

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI
ÇALIŞMA EKONOMİSİ BİLİM DALI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ:
TOPLUMSAL YANSIMA ÖRNEKLERİ

Doktora Tezi

EGEMEN CEVAHİR

İstanbul, 2013

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI
ÇALIŞMA EKONOMİSİ BİLİM DALI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ:
TOPLUMSAL YANSIMA ÖRNEKLERİ

Doktora Tezi

EGEMEN CEVAHİR

Danışman: DOÇ.DR. ŞULE DALDAL

İstanbul, 2013

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ONAY BELGESİ

ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ Anabilim Dalı ÇALIŞMA EKONOMİSİ Bilim Dalı DOKTORA öğrencisi EGEMEN CEVAHİR'nın TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ : TOPLUMSAL YANSIMA ÖRNEKLERİ adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 28.06.2013 tarih ve 2013-24/18 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği / ~~oy çokluğu~~ ile Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi 27.08.2013

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmzası

1.	Tez Danışmanı	Doç. Dr. ŞULE DALDAL	
2.	Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. ÖZGÜR MÜFTÜOĞLU	
3.	Jüri Üyesi	Prof. Dr. METİN ATEŞ	
4.	Jüri Üyesi	Prof. Dr. KUVVET LORDOĞLU	
5.	Jüri Üyesi	Doç. Dr. AZİZ ÇELİK	

GENEL BİLGİLER

İsim ve Soyadı	: Egemen CEVAHİR
Anabilim Dalı	: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri ilişkileri
Program	: Çalışma Ekonomisi
Tez Danışmanı	: Doç.Dr. Şule DALDAL
Tez Türü ve Tarihi	: Doktora, Ağustos 2013
Anahtar Kelimeler	: Sağlık Politikaları, Sağlık Sistemleri, Sağlık Sisteminin Dönüşümü

ÖZET

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ: TOPLUMSAL YANSIMA ÖRNEKLERİ

Dünyada değişen ekonomi politikalarına bağımlı olarak sağlık politikaları ve sistemleri de değişmektedir. Bu bağlamda değişen ekonomi politikaları ile birlikte devletin sağlık hizmetlerinde aldığı rol ve sorumlulukların da değiştiği görülmektedir. Bu çalışmada yeni-liberal politikalar doğrultusunda Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşüm süreci, kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu çerçevesinde, ekonomi politik yaklaşım ile değerlendirilmeye çalışılmıştır. Sağlık sisteminin dönüşüm süreci bu yaklaşım çerçevesinde sınıfsal ilişkiler doğrultusunda biçimlenen iktisat politikalarının bir yansıması olarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda Türkiye Sağlık Sisteminin neden dönüştüğü ve neye dönüştüğü değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışma kapsamında yapılan alan araştırmasının amacı ise Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümünün toplum kesimleri tarafından nasıl yaşandığı ve değerlendirildiğini saptamaya çalışmaktır. Bu doğrultuda sağlık sisteminin dönüşüm sürecinin; sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık çalışanları, kamu sağlık sektörü yöneticileri, sağlık meslek temsilcileri ve özel hastane ortak-yöneticisi tarafından nasıl yaşandığı ve değerlendirildiği yapılan niteliksel alan araştırması ile saptanmaya çalışılmıştır.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Egemen CEVAHİR
Field : Labour Economics and Industrial Relations
Programme : Labour Economics
Supervisor : Associate Professor Şule DALDAL
Degree Awarded and Date : PhD- August 2013
Keywords : Health Policies, Health Systems,
Transformation of the Health System

ABSTRACT

HEALTH CARE SYSTEM TRANSFORMATION IN TURKEY: EXAMPLES OF THE SOCIAL REFLECTION

Health policies and systems are determined by the changes in the World's economic policies. Therefore the role and the responsibilities of governments in the health sector are also susceptible to change. In this work, with the implementation of new liberal policies, the transformation process, the finances and the services provided by the public health system have been evaluated through the lens of the political economic approaches for the health system in Turkey. The transformation of the health system has been seen as a reflection of economic policies that were shaped by the relationships between classes. The focus of this thesis is why the changes has taken place and the new formation of the Turkish health care system. The aim of this field research was to assess how the changes in the health system have been seen by the public segments and how it has affected people. The qualitative field research has been conducted to understand how this transformation has affected and been seen by the end users, health workers, public health administrators, representatives of the health professionals, as well as a share holder and administrator of a private hospital.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET	i
KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIKLA İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı	4
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği	5
2.2.1. Kamu Sağlık Hizmetlerinin Niteliği	7
2.2.2. Özel Sağlık Hizmetlerinin Niteliği	8
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Türleri	9
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	10
2.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	11
3. SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ	12
3.1. Sosyal Devletin Ortaya Çıkışı	12
3.2. Sosyal Devlet Uygulamaları	15
3.3. Yeni Liberalizmin Ortaya Çıkışı	20
3.4. Yeni Liberal Devlet Uygulamaları	22
3.5. Sağlık Sistemleri	27
3.5.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri	31
3.5.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi	32
3.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri	34
3.5.2.1. Almanya Sağlık Sistemi	35
3.5.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri	39
3.5.3.1. İngiltere Sağlık Sistemi	40
3.5.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri	44
3.5.4.1. Küba Sağlık Sistemi	45

3.6. Sağlık Politikalarını Etkileyen Uluslararası Örgütler.....	48
4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ.....	51
4.1. Türkiye’de İzlenen Sağlık Politikaları.....	51
4.1.1. 1923-1929 Sağlık Politikası.....	51
4.1.2. 1930-1939 Sağlık Politikası.....	54
4.1.3. 1940-1945 Sağlık Politikası.....	56
4.1.4. 1946-1960 Sağlık Politikası.....	56
4.1.5. 1961-1980 Sağlık Politikası.....	59
4.1.6. 1980-2002 Sağlık Politikası.....	65
4.1.7. 2003 Sonrası Sağlık Politikası.....	71
4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	77
4.2.1. Genel Sağlık Sigortası.....	80
4.2.1.1. GSS Kapsamı	81
4.2.1.2. GSS ile Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri.....	85
4.2.1.3. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Koşulları.....	87
4.2.1.4. Katılım Payı.....	88
4.2.1.5. Sevk Zinciri.....	91
4.2.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemi ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi.....	92
4.2.1.7. GSS Primleri ve Devlet Katkısı	94
4.2.1.8. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Değerlendirilmesi.....	95
4.2.2. Aile Hekimliği Sistemi.....	99
4.2.2.1. Aile Hekimliği Sistemi Personeli.....	100
4.2.2.2. Personelin Statüsü.....	100
4.2.2.3. Personel Ücretleri.....	101
4.2.2.4. Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi....	103

	Sayfa No.
4.2.2.5. Kişilerin Aile Hekimini Seçebileceği Bölgeler.....	104
4.2.2.6. Aile Hekimliği Sisteminin Temel Özellikleri.....	105
4.2.2.7. Aile Hekimliği Sisteminin Değerlendirilmesi.....	107
4.2.3. Kamu Hastaneleri Birlikleri.....	111
4.2.3.1. Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu.....	112
4.2.3.2. Genel Sekreter ve Hastane Yöneticisinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	113
4.2.3.3. Birlik Personelinin Niteliği ve Statüsü.....	114
4.2.3.4. Sözleşmeli Personelin Mali Hakları ve Yükümlülükleri..	117
4.2.3.5. Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması ve Denetimi.....	119
4.2.3.6. Kamu Hastaneleri Birliklerinin Değerlendirilmesi.....	120
5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ: TOPLUMSAL YANSIMA ÖRNEKLERİ ALAN ARAŞTIRMASI.....	122
5.1. Alan Araştırmasının Çerçevesi.....	122
5.1.1. Alan Araştırmasının Konusu.....	122
5.1.2. Alan Araştırmasının Sınırlılıkları.....	122
5.1.3. Alan Araştırmasının Amacı.....	123
5.1.4. Alan Araştırmasının Yöntemi.....	123
5.1.5. Derinlemesine Görüşme Kılavuzları.....	124
5.1.6. Örneklem.....	125
5.1.7. Alan Araştırmasının Yürütülmesi.....	127
5.1.8. Gözlem ve Derinlemesine Görüşmelerin Değerlendirilmesi.....	130
5.2. Sağlık Hizmeti Kullanıcıları ile Yapılan Derinlemesine Görüşme Bulguları.....	131
5.2.1. Aile Hekimliği Sistemi.....	131
5.2.2. Kamu Hastane Hizmetleri.....	139
5.2.3. Genel Sağlık Sigortası.....	164
5.2.4. Sağlık Hizmeti Kullanıcıları ile Yapılan Derinlemesine Görüşmelerin Değerlendirilmesi.....	173

	Sayfa No.
5.3. Sağlık Çalışanları ile Yapılan Derinlemesine Görüşme Bulguları....	179
5.3.1. Sağlık Sistemi Dönüşümünün Gerekçesi.....	179
5.3.2. Genel Sağlık Sigortası.....	181
5.3.3. Aile Hekimliği Sistemi.....	186
5.3.4. Kamu Hastane Hizmetleri.....	194
5.3.5. Kamu Hastaneleri Birliği	196
5.3.6. Kamu Sağlık Hizmetlerinin Niteliği.....	199
5.3.7. Sağlık Sistemi Dönüşümünün Sağlık Çalışanlarına Etkisi.....	204
5.3.8. Etik Dışı Ödeme Biçimleri.....	218
5.3.9. Sağlık Çalışanlarının Gözünden Toplumun Sağlık Sistemi Dönüşümünü Değerlendirmesi.....	220
5.3.10. Sağlık Çalışanları ile Yapılan Derinlemesine Görüşmelerinin Değerlendirmesi.....	223
5.4. Uzman Görüşü Derinlemesine Görüşme Bulguları.....	230
5.4.1. Sağlık Sistemi Dönüşümünün Gerekçesi.....	230
5.4.2. Genel Sağlık Sigortası.....	232
5.4.3. Aile Hekimliği Sistemi.....	244
5.4.4. Kamu Hastaneleri Birliği	253
5.4.5. Sağlık Sistemi Dönüşümünün Sağlık Çalışanlarına Etkisi.....	256
5.4.6. Sağlık Harcamaları.....	262
5.4.7. Uzmanların Gözünden Toplumun Sağlık Sistemi Dönüşümünü Değerlendirmesi.....	264
5.4.8. Uzmanların Sağlık Sistemi Dönüşümüne İlişkin Genel Değerlendirmesi.....	267
5.4.9. Uzman Görüşü Derinlemesine Görüşmelerinin Değerlendirilmesi.....	271
6. SONUÇ.....	280
EKLER.....	289
KAYNAKÇA.....	309

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

AHK: Aile Hekimliği Kanunu

AHPÖSY: Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan
Personelerle Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında
Yönetmelik

AHUY: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

AKP: Adalet ve Kalkınma Partisi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CHP: Cumhuriyet Halk Partisi

ÇUŞ: Çok Uluslu Şirket

DB: Dünya Bankası

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü

DTÖ: Dünya Ticaret Örgütü

GP: Aile Hekimi (General Practitioner)

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

GSS: Genel Sağlık Sigortası

GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

IMF: Uluslararası Para Fonu (International Monetary Found)

KHB: Kamu Hastane Birlikleri

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

MSB: Milli Savunma Bakanlığı

NHS : Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service)

OECD: Ekonomi Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)

RG: Resmi Gazete

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SHI: Resmi Sağlık Sigortası (Statutory Health Insurance)

SSCB: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği

SSGSS: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

SUT: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TTB: Türk Tabipleri Birliği

4a: 5510 sayılı Kanun'un 4.madesinin a bendi kapsamında sağlık güvencesi olanlar (işçiler)

4b: 5510 sayılı Kanun'un 4.madesinin b bendi kapsamında sağlık güvencesi olanlar (serbest çalışanlar)

4c: 5510 sayılı Kanun'un 4.madesinin c bendi kapsamında sağlık güvencesi olanlar (memurlar)

G0: 5510 sayılı Kanun kapsamında aile içindeki kişi başına düşen gelirin brüt asgari ücretin 1/3'ünden az olan kişilerin yararlandığı primsiz sağlık güvencesi statüsü

G1: 5510 sayılı Kanun kapsamında aile içindeki kişi başına düşen gelirin brüt asgari ücretin 1/3'ü ile brüt asgari ücret arasında geliri olan ve asgari ücretin üçte biri üzerinden sağlık primi ödeyen kişilerin sağlık güvencesi statüsü

1. GİRİŞ

Dünyada değişen ekonomi politikalarına bağımlı olarak sağlık politikaları ve sistemleri de değişmektedir. Bu bağlamda değişen ekonomi politikaları ile birlikte devletin sağlık hizmetlerinde aldığı rol ve sorumlulukların da değiştiği görülmektedir.

Kapitalist sistemin tarihsel süreci içinde, II. Dünya Savaşı sonrasında “sosyal refah” döneminde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletlerin ağırlıklı olarak rol almaya başladıkları -özellikle merkez kapitalist ülkelerde belirgin olarak- görülmektedir. Bu dönemle birlikte sağlık hizmetleri meta ilişkileri dışına taşınarak “gayri metalaşma” sürecine girmiş ve kamu sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmıştır. 20. Yüzyılın başlarında kapitalist ülkelerde piyasa tipi sağlık sistemleri yaygınken, II. Dünya Savaşı sonrasında “sosyal refah” dönemiyle birlikte genel olarak, sağlık sistemleri refah yönelimli ve kapsayıcı tip sağlık sistemlerine doğru gelişmiştir. Ancak 1970 sonrası uygulanmaya başlanan yeni-liberal politikalarla birlikte, devletlerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki rol ve sorumlulukları değişmiştir. Yeni-liberal politikalarla birlikte sağlık hizmetleri “yeniden metalaşma” sürecine girmiş ve kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması süreci başlamıştır.

1929 krizinin ardından, sermayenin kendini yeniden üretme çabaları, dünyada yayılan sosyalist sistem ve işçi sınıfı hareketinin etkisi ile birlikte kapitalist devletler, “sosyal devlet” uygulamalarına yönelmiştir. “Sosyal devlet” uygulamaları ile devletler iktisadi alanda düzenleyici ve girişimci bir rol almış, toplumsal sistemin ve üretim süreçlerinin sürekliliği açısından ise sağlık alanındaki rol ve sorumlulukları artmıştır. 1970’lerdeki kriz, ekonominin yeniden düzenlenmesini gündeme getirmiştir. Yeni-liberal politikalarla birlikte devletin iktisadi hayat içindeki girişimci rolü terk edilerek mal, hizmet ve sermayenin serbest dolaşımı ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Bu dönemde sermaye lehine düzenlemeler yapılırken, sosyal harcamalar kısılmış ve “sosyal devlet” anlayışından vazgeçilmiştir. “Sosyal devlet” anlayışından uzaklaşılması ile birlikte sağlık sistemleri serbest piyasa tipi sağlık sistemlerine doğru değişme eğilimine

girmiştir. Devletler, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanından çekilmeye ve bu alanları özel kesim hizmet sunucularına bırakmaya yönelmiştir.

“Sosyal refah” döneminin, Türkiye’ye yansımaları 1961 sonrasında görölmektedir. 1961 Anayasası ile birlikte devletin niteliği sosyalleşmiştir. Bu dönemde, devletin iktisadi hayat içindeki düzenleyici ve girişimci rolü artmış, iktisadi yaşamda planlı kalkınmanın gerçekleştirilmesi hedeflenirken, sağlık hizmetlerinin sunumu yaygınlaştırılmış ve sağlık hizmetlerinin sunumunda kamuya öncelikli rol verilmiştir.

1980 sonrası Türkiye’de izlenen ekonomi politikalarında bir dönüşüm yaşanmış ve yeni-liberal dönem başlamıştır. Bu dönemde Türkiye’de devletin iktisadi yaşam içindeki girişimci rolü azalmış ve serbest piyasa ekonomisi lehine yapısal dönüşümler gerçekleşmiştir. 1982 Anayasası ile birlikte “sosyal devlet” ilkelerinden uzaklaşmaya başlanmıştır. Bu bağlamda kamunun sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanından çekilmesine yönelik uygulamalar başlatılmıştır. 1990 sonrası “Sağlık Reformu” başlığı altında sağlık sisteminin değıştirilmesine yönelik girişimler başlamış ve 2003’te “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adını alarak, Türkiye Sağlık Sisteminin dönüşümü bu program çerçevesinde yürütölmüştür.

Bu çalışmada Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşüm süreci, kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu çerçevesinde, ekonomi politik yaklaşımla değerdendirilmeye çalışılmıştır. Sağlık sisteminin dönüşüm süreci bu yaklaşım çerçevesinde sınıfsal ilişkiler doğrultusunda biçimlenen iktisat politikalarının bir yansıması olarak değerdendirilmiştir. Bu doğrultuda Türkiye Sağlık Sisteminin neden dönüştüğü ve neye dönüştüğü değerdendirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışma kapsamında yapılan alan araştırmasının amacı ise Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümünün toplum kesimleri tarafından nasıl yaşandığı ve değerdendirildiğini saptamaya çalışmaktır. Bu doğrultuda sağlık sisteminin dönüşüm sürecinin; sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık çalışanları, kamu sağlık sektörü yöneticileri, sağlık meslek temsilcileri ve özel hastane ortak-yöneticisi tarafından nasıl yaşandığı ve değerdendirildiği yapılan niteliksel alan araştırması ile saptanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışma kapsamında, çalışmanın ikinci bölümünde sağlıkla ilgili kavramsal çerçeveye giriş yapılmış, üçüncü bölümde değişen ekonomi politikaları ile birlikte “sosyal devlet” ve yeni-liberal devlet uygulamalarına, devletlerin sağlık hizmetlerinde aldığı rol ve sorumluluklarının değişimi ile birlikte sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yer verilmiştir. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması en karakteristik özellikleri gösteren ülke örnekleri ile sağlık sistemlerinin özellikleri anlatılmıştır. Tezin dördüncü bölümünde “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü” başlığı altında, Türkiye’de izlenen sağlık politikalarına değinilerek, Sağlıkta Dönüşüm Programı: Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği Sistemi ve Kamu Hastaneleri Birliği çerçevesinde değerlendirilmiştir. Tezin beşinci ve alan araştırma bölümünde ise Türkiye’de Sağlık Sistemi Dönüşüm sürecinin; sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık çalışanları, kamu sağlık sektörü yöneticileri, sağlık meslek temsilcileri ve özel hastane ortak-yöneticisi tarafından nasıl yaşandığı ve değerlendirildiği üzerine yapılan niteliksel alan araştırmasının bulguları sunulmuştur. Tezin sonuç kısmında ise Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşüm süreci ve alan araştırmasında elde edilen bulgular değerlendirilmeye çalışılmıştır.

2. SAĞLIKLA İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı

Sağlık kavramı, diğer kavramlar gibi sosyal, ekonomik, siyasal, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki insanlığın tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı değişen, gelişen bir kavramdır (Ateş, 2011a:1). Tarihsel süreç içerisinde sağlık kavramı “hastalığın” olmaması şeklinde tanımlanmaya başlanmış ve 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Alma Ata Konferansı’nda “kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olması” şeklinde tanımlanarak genel kabul görmüştür. Sağlık günlük hayatın kaynağını ve fiziksel kapasiteleri ifade ettiği kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır (WHO/HPR/HEP/95.1, 1986:1).

Sağlık en temel insan hakkıdır. Sağlığın ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal fark gözetmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak olduğu uluslararası bir belgede ilk kez 1946 yılında DSÖ’nün Anayasa’sında yer almıştır (SB, 1997:7). 1948 yılında ise sağlık hakkı Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’na kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir” ifadesiyle “tıbbi bakım alma hakkı” temel bir insani hak olarak yer almıştır.

II. Dünya Savaşı’nın hemen ardından sağlığın ve sağlık hizmeti almanın bir hak olarak kabul edilmesi, rastlantısal değildir. Bir yandan savaşın yaşattığı acıları azaltma zorunluluğu diğer yandan iki kutuplu dünyada, sosyalist ülkelerin sağlık hizmetlerindeki başarısı merkez kapitalist ülkeleri sağlık hizmetleri ile ilgili kapsamlı önlemler almaya yöneltmiştir (Pala, 2007a:2). 1929 krizinin ardından dünya kapitalizmi Keynesyen ekonomi politikaları ile “sosyal refah devleti” uygulamalarına yönelirken, devletler “sağlık hakkı”nı da temel bir insani hak olarak tanımış, “sosyal devlet”

kapsamında sağlık hizmetleri sunumunu kendisi için bir dev olarak görerek, kamu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelmiştir.

Sağlığın geliştirilmesi için 1986 yılında Ottawa’da yapılan uluslararası bir konferansın sonucunda açıklanan Sağlığı Geliştirme Ottawa şartı’nda, sağlık için temel koşullar ve kaynaklar olarak: barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik olarak belirlenmiştir. Ekonomik, politik, kültürel, çevresel faktörler sağlığı olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların daha sağlıklı bir yaşam için gereksinimlerini desteklemeli ve sağlık sektörüyle daha geniş sosyal, politik, ekonomik ve fiziksel evre bileşenleri arasında kanallar oluşturmalıdır (WHO/HPR/HEP/95.1, 1986:1-3). Bu bağlamda, toplumdaki her bireyin sağlıklı olabilmesi için öncelikli olarak barışçıl bir ortamda yaşaması, uygun düzeyde eğitim almış olması, yeterli ve dengeli bir şekilde beslenmesi, yeterli gelire sahip olması, çevresel koşulların uygun olması, yönetimlerin sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine uygun davranması gerekmektedir. Bireylerin sağlıklı olması için sahip olması gereken bu önkoşulların yanı sıra devletlerin de kendi sağlık sorun ve öncelikleri ile kaynaklarını dikkate alan sağlık politikası, finansman ve örgütlenme modelini oluşturması gerekmektedir (Ateş, 2011a:2). Bir toplumun sağlığı, herkes için özellikle de daha zayıflar için, sağlıklı ortamı sağlayan, hazırlayan ve koşulları yaratan politikalara bağlıdır (Illich, 2011:15).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Sağlık hizmetleri; kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyen ya da sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü olarak da ifade edilebilir (ztek, 2001a:295).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. Ancak her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz. İşte o zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan

“hastalığın tedavisi” söz konusu olur. Bugünkü bilgilerimiz ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak iyileştirilemez; bazıları ölür, bazıları sakat kalır, bazıları hastalıkları ile birlikte yaşamaya devam etmek zorunda kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı, sakatların ve kronik hastaların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak yani rehabilite etmektir (Öztek, 2001a:295).

Modern anlamdaki sağlık sektörü, yataklı tedavi kurumları, ilaç endüstrisi, tıbbi alet, cihaz ve sarf malzemeleri endüstrisi ile sağlık hizmetleri alanının kendisi hem emeğin yeniden üretildiği hem de sermayenin değerlendirilmesi alanı olarak ortaya çıkmıştır. Ekonomik açıdan ise sağlık sektörü bir hizmet sektörüdür. Sağlık sektörü ekonomik sisteme, üretim faktörlerinden emeğin üretim sürecindeki sürekliliğini sağlayan bir unsur olarak eklenmiş bir sistemdir. Sağlık hizmetleri, işgücünün yeniden üretiminde ve işgücü kayıplarının önlenmesinde işlev görerek, işgücünün verimliliğine katkı yapmaktadır (Ünal ve Ateş, 2002:14).

Kapitalizmin bilgi ve deneyimleriyle ulaştığı bugünkü aşamasında, varlığını sürdürebilmesi için emekçilere asgari sağlık koşullarının sağlanması gerektiğidir. Sağlıklı bir üretici sınıfının varlığı kapitalizmin gelişmesini de olumlu etkiler ve tıp, kapitalizmin döngüsüne bu aşamada girmektedir (Ersoy, 1998:25). Sağlık hizmeti üretimi, maddi malların üretimine destek sistemi görür. Kapitalist ekonomide üretilen sağlık hizmeti, maddi üretim sürecinde yer alan işçi ve emekçilerin emek güçlerinin ertesi günkü üretim için yenilenmesini, dolayısıyla da üretimin sürekliliğini sağlamaktadır (Belek, 1995:14).

Sağlık hizmetleri kapitalist ekonominin sürekliliği için vazgeçilmezdir. Kapitalist işlerlik, sağlık hizmetlerini toplumsal düzeyde üretmek ve asgari bir sağlık hizmetinin, toplumsal olarak üretimini garantilemek durumundadır (Belek, 1995:15). Bu, kapitalizmin üretim süreçlerinin, dolayısıyla da sermayenin karlılığının ve sistemin sürekliliğinin vazgeçilmez bir parçasıdır.

Sağlık hizmetlerinin niteliğini belirleyen özellikler; verilen hizmetlerden kimlerin yararlandığı, hizmetin kim tarafından verildiği, finansmanının nasıl sağlandığı şeklinde sıralanabilir. Sağlık hizmetlerinin kamusal kısmından toplumun tümü

yararlanırken özel kısmından, bireyler gelirleri oranında yararlanabilir. Kamusal sağlık hizmetleri devletler tarafından sunulup, finanse edilirken, özel nitelikteki sağlık hizmetleri serbest piyasa koşullarında verilmekte ve büyük oranda özel harcamalarla finanse edilmektedir (Ateş, 2011a:4).

2.2.1. Kamu Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Sağlık hizmetlerinde kamuya özel bir görev yüklenmesinin önemli bir nedeni sağlık hizmetlerine bakış açısından kaynaklanmaktadır. Günümüzde yaygın olarak kabul gören eşitlik anlayışı ve adalet yorumu, sağlık hizmetinin gelir, ırk, din, dil, cinsiyet, toplumsal statü gibi etkenlere bağımlı olmayan bir şekilde sunulmasını öngörmektedir (Şenatalar, 2003:26). Toplumun bütün kesimlerin “sağlık hakkı”ndan yararlanabilmesini sağlayabilmek noktasında kamu sağlık hizmetlerinin sorumluluğu ve niteliği ön plana çıkmaktadır.

Kamusal sağlık hizmetleri bir yönüyle toplumsal yatırım, diğer yönüyle toplumsal tüketime yol açan nitelikleriyle tipik bir toplumsal sermaye harcamasıdır. Özel sermaye birikiminin karlı olabilmesi için gerekli bir harcamadır ve üretime dolaylı yoldan katkıda bulunmaktadır (Saybaşı, 1994:69). Emek gücünün verimliliğini artırarak ve emeğin yeniden üretim giderlerini toplumsallaştırarak sermaye birikim sürecine bir girdi sağlar. Üretim süreci dışındaki kesimler için sağlanan sağlık hizmetleri ise “toplumsal meşruluk” ve “toplumsal uyum” harcamalarının bir parçasıdır (Ünal ve Ateş, 2002:14; Leys, 2011:32).

Kamu sağlık hizmetlerinin genişlemesi ve sektörel olarak büyümesinde emek hareketi de rol oynamıştır. Kamusal kaynakların kendi sınıfsal talepleri doğrultusunda kullanılmasının mücadelesini veren işçi sınıfı, sağlık hizmetlerinin sınıfsal tabanlarına ulaşmasının kamu hizmetleri ve kamu fonlamasıyla olabileceğini görmüşlerdir. İşçi sınıfının, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde sürekli bir talebi olmuş ve yönde günümüze dek mücadele etmişlerdir (Ünal ve Ateş, 2002:14).

Kamu sağlık hizmetlerinin niteliği meta ilişkileri dışında sağlık hizmetlerinin sunulmasını içerir. Kamu sağlık hizmetlerinin kapsamı uygulanan makro-ekonomik politikalar ile doğrudan bağlantılıdır. Sağlık hizmetlerinin kamusal yanı izlenen ekonomi politikalarına göre “sosyal devlet” aşamasında genişlerken, yeni-liberal ekonomi politikaları ile birlikte kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sürecine girilmiş ve sağlık hizmetleri “yeniden metalaşma” sürecine dahil olmuştur.

2.2.2. Özel Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Özel kesimin sunduğu sağlık hizmetleri metalaştırılmış sağlık hizmetleridir. Özel kesimin sunduğu sağlık hizmetleri, özel olarak da klinik hizmetleri, sermaye yoğun bir hizmet üretimidir, üretilen hizmetler üreticinin kendisi için değil, başkaları için tasarlanmış ve başkalarıyla birlikte üretilen bir üründür (Illich, 2011:142). Sağlık mal ve hizmeti, piyasa koşulları içerisinde, piyasanın ürettiği herhangi bir mal, bir metadır. Özel sağlık hizmetlerinin bu niteliğine karşın, sağlık hizmeti talebinin ortaya çıkış özellikleri gereği ve toplum tarafından –doğal olarak- herhangi bir mal gibi değerlendirilmeyişi sonucunda, pratikte birçok sorun ve tartışma yaşanmaktadır (nal ve Ateş, 2002:14).

Özel sağlık hizmetleri, diğer mal ve hizmet üretimi sektörlerinde olduğu gibi, piyasa aktörleri tarafından kar maksimizasyonu çerçevesinde, sağlık hizmetinin talep edenlere sunulduğu, cretlendirildiği ve hizmet üretim sürecinde artı değerin yaratılıp, sermaye birikiminin oluşturulduğu bir alandır. Başka bir anlatımla sağlık hizmetinin metalaştırıldığı ve sermaye birikiminin yaratıldığı bir alan olarak anlam kazanmaktadır (Cevahir, 2004:7). Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri çerçevesinde metalaştırılmış biçimi olan özel sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine ulaşımda sorunlara neden olması ve eşişsizlikler yaratması anlamında, en temel insan haklarından biri olan “sağlık hakkı”nı zedeleyen bir hizmet üretim ve sermaye birikim sürecini ifadesi etmesi bakımından toplumsal sorunlara neden olmaktadır.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Türleri

Sağlık hizmetleri, sağlık kavramının bütünlüğü içinde sağlığın korunması, hastalık durumunda sağlığın yeniden kazanılması ve hastalık sonrasında verilen sağlık hizmetlerini kapsayacak ve yaygın olarak kabul gören şekliyle üç başlık altında incelenmektedir: koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri. Bu sınıflandırma sağlık hizmetlerinde piyasa ve kamunun etkinlik alanları, sağlığın özel ve kamusal yönlerini ve sağlıktaki özel kesimin faaliyet alanlarını açıklamak açısından da uygun bir sınıflamadır.

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin ve toplumun sağlıklı olma durumunu korumak amacıyla, hastalık yapıcı veya sağlığı bozucu etkenleri, insan ve çevresinden uzak tutmak veya etkilerini azaltmak için kişiler ve çevreleri üzerinde yapılan çalışmalardır. Kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan birey üzerinde veya bireye yönelik olarak hekim, hemşire, sağlık memuru vb. sağlık meslek üyeleri tarafından kişinin sağlıklı olma durumunu korumaya yönelik olarak yapılan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler şunlardır: bağışıklama (aşılama), ilaçla koruma, erken tanı, beslenmeyi düzenleme, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlık eğitimi ve kişisel hijyen, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadeledir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, insanın çevresindeki sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok etmek veya insanlar üzerindeki etkisini en aza indirmek için yapılan çalışmalardır. Çevre kalitesinde yapılacak bir iyileştirme, sürekli yükselen sağlık bakım harcamalarından (tedavi harcamalarından) sağlık alanında daha büyük verimliliğe sahip olacaktır (Zweifel ve Breyer, 1997:98).

Atıkların zararsız hale getirilmesi, su güvenliği ve temizliği, hava kirliliğinin önlenmesi, gürültü ile mücadele, gıda kontrolü ve besin güvenliği, çevre kirliliğinin

önlenmesi gibi çalışmalar çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin başlıcalarıdır. Görüleceği üzere, çevre sağlığı çalışmaları multi-disipliner, entegre bir iştir, sağlık profesyonelleri dışındaki meslekten insanların yoğun katılımlarını gerektirir (Ünal ve Ateş, 2002:21).

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri; sağlıklı olma durumunu kaybetmiş kişilerin hastalıklarının tanısı, tedavisi, vücut arazlarının azaltılması ve ölümünün önlenmesi için, hekimlik yöntemleri ve uygun teknolojiler kullanılarak yapılan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici hizmetler: muayene, teşhis ve tedavi süreçlerini içermektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamağa ayrılmaktadır:

1. Basamak: Hastaların tedavilerinin evde veya ayaktan yapıldığı hizmetleri ifade eder. Aile Sağlığı Merkezleri (eski sağlık ocakları) ve poliklinikler gibi kuruluşlar bu tür hizmetlerin verildiği yerlerdir.

2. Basamak: Yatarak tedavi hizmetinin verildiği sağlık hizmetlerini ifade eder. Birinci basamakta tedavi edilemeyen veya doğrudan hastaneye başvurulması gereken durumlarda, klinik veya genel hastane hizmetlerini kapsar. Yataklı tedavi kurumları olan hastaneler bu tür hizmetlerin verildiği kuruluşlardır.

3. Basamak: Yüksek teknolojinin kullanıldığı, belirli dallar üzerine uzmanlaşmış, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü hastane hizmetlerini ifade eder. Onkoloji merkezleri, kalp cerrahisi ve ruh hastalıkları hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri ve üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnektir.

2.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bedensel ya da ruhsal yönden engelli kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar (Öztek, 2001a:298). Geçirmiş oldukları hastalık veya kazalara bağlı olarak işgücünü kısmen veya tamamen kaybeden insanların tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu söz konusudur. Tıbbi rehabilitasyon ile bedensel arazların mümkün olduğunca azaltılması amaçlanır. Protez, işitme cihazları, koltuk değneği ve tekerlekli sandalye gibi. Sosyal rehabilitasyon ile eski işinde çalışamayacak olan kişiye yeni iş öğrenme ve beceriler kazanma olanakları sağlanmakta, yeni durumuna uyum sağlamak için çeşitli pedagojik destek programları sunulmaktadır (Ünal ve Ateş, 2002:22).

3. SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ

3.1. Sosyal Devletin Ortaya Çıkışı

Kapitalizm, 1929’da ABD borsasının çökmesiyle belirginleşen ve II. Dünya Savaşı sonrasına dek süren uzun ve derin bir kriz dönemi yaşamıştır (Somçağ, 2002:154). 1929 krizi büyük ekonomik ve sosyal tahribata yol açarken, politik sonuçları da büyük olmuştur (Shutt, 2004:19).

1929 krizinin ardından ekonominin yeniden düzenlenmesinin teorik altyapısı İngiliz iktisatçı John Maynard Keynes’in 1936 yılında yayınlanan İstihdam Para ve Faizin Genel Teorisi (The General Theory of Employment, Interest and Money) adlı eserine dayanır. Keynes Genel Teori’de Klasik ve Neo-Klasik iktisadı bazı yönleriyle eleştirmiş ve ekonominin işleyişini açıklamakta yetersiz kaldığını belirtmiştir. Keynes Genel Teori’de ekonominin temel sorunlarını, tam istihdamı sağlamadaki başarısızlık, servet ve gelirin eşitsiz dağılımı olarak tanımlamıştır. Keynes, serbest piyasa mekanizmasının kendiliğinden tam istihdamı sağlamasının mümkün olmadığını, böyle bir ekonomide serbest piyasa mekanizmasının tam istihdamı sağlamasının ancak tesadüfen ortaya çıkabilecek bir durum olduğunu ileri sürmüştür. Bu nedenle, hükümetlerin işsizliği azaltmak için piyasa mekanizmasının işleyişine müdahale etmeleri, aktif iktisat politikası izlemeleri gerektiğini belirtmiştir. Tam istihdamın kamu müdahalesi ile sağlanabilecek bir durum olduğunu vurgulamıştır. Servet ve gelirler arasındaki eşitsizliğin giderilmesi yönünde ise faiz ve vergilendirme gibi maliye politikası araçları ile gelirin yeniden bölüşümü ile ilgili önerilerde bulunmuştur. Keynes mevcut kapitalist sistemin içine girdiği krizden çıkışı ve sistemin sürekliliğinin sağlanabilmesi için, tüketim eğilimi ve yatırımların uyarılması için devletin işlevlerinin genişletilmesini gerektiği görüşlerini ileri sürmüştür (Keynes, 2010:315-321).

Keynes, Klasik ve Neo-Klasik iktisat okullarının “kendiliğinden tam istihdam dengesi”ne dayanan teorik temellerini ve bazı temel ilkelerini altüst etmiştir. Keynes ve takipçileri kapitalizme karşı değildir, tam istihdamı sağlamak bakımından yetersiz kalan

sistemin, bu aksaklığını gidererek sistemin devamlılığını sağlamak amacıyla. (Kazgan, 2009:218).

1930’lu yıllarda serbest piyasa ekonomisinin çökmesi, artan işsizlik oranları ve yoksulluk şeklinde kendini gösteren kapitalist krizin, dünyada genişleyen sosyalist bloğun tehdidi ve işçi sınıfı hareketinin etkisi ile dünya kapitalizmi teorik temelleri Keynes’e dayanan, “sosyal refah devleti” diye adlandırılan bir döneme girmiştir. II. Dünya Savaşı sonrasında 1970’lere kadar “sosyal devlet” uygulamaları ile kapitalizmin aşırılıklarının törpülediği, kapitalizmin “altın çağı” olarak da ifade edilen bir dönem yaşanmıştır (Cevahir, 2004:18).

“Devlet, sınıf karşıtlıklarını frenleme gereksinmesinden doğduğuna, ama aynı zamanda, bu sınıfların çatışması ortasında doğduğuna göre, kural olarak en güçlü sınıfın, iktisadi bakımdan egemen olan ve bunun sayesinde, siyasal bakımdan da egemen sınıf durumuna gelen ve böylece ezilen sınıfı boyunduruk altında tutmak ve sömürmek için yeni araçlar kazanan sınıfın devletidir.” (Engels, 2002:201)

Devletin temel işlevi, Engels’in vurguladığı gibi, uzlaşmaz karşıtlar arasındaki kaçınılmaz çatışmayı “düzen” sınırları içinde tutmak ve frenleyerek düzenin sürekliliğini sağlamaktır. “Sosyal refah devleti”, Engels’in vurguladığı devletin bu işlevin belirginleştiği bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemdeki devletin sınıf çatışmalarını frenleme ve “düzen” sınırları içinde tutma gibi işlevleri nihayetinde, kapitalist devletin burjuva sınıfının siyasal egemenlik aygıtı olmasından kaynaklanmaktadır. Ortodoks Marksist yaklaşıma göre devlet temelde egemen sınıfın siyasal egemenlik aygıtıdır. Ortodoks Marksist yaklaşımın dışında Düzenleme Okulunun devletin görece özerkliğini savunan görüşleri ve başka yaklaşımların devlet kuramları da mevcuttur.

Düzenleme Okulu’nun devletin görece özerkliği yaklaşımına göre, devlet yalnızca egemen sınıfın basit bir egemenlik aygıtı değildir. Devlet görece özerkliğe sahip bir yapılanmadır. Devletin sahip olduğu görece özerklik, devlet yapılanmasının belirli bir tarihsel süreçte aldığı biçime göre değişebilmektedir. Devletin görece özerkliği, sınıf ilişkilerinin biçimi, paylaşım ilişkilerinin biçimi, hukuki yapının şekillenmesine, özgürlükler ve demokrasinin geldiği düzeye bağlı olarak farklı

biçimlerde şekillenebilir. Devlet toplumun farklı sınıflarının çıkarlarını dengeleyen bir yapılanma olabileceği gibi egemen sınıfın çıkarlarını diğer sınıf aleyhine çok daha keskin bir şekilde savunan bir konum da alabilir. Kapitalizmin farklı iktisat modellerinde devletin işlevlerinde belirli değişimler gerçekleşir ve görece özerkliği ön plana çıkar. Keynesyen iktisat politikalarının izlendiği dönemde devlet sadece egemen sınıfın basit bir egemenlik aygıtı değil, aynı zamanda toplumdaki her türlü çıkar çatışmasının sonucu elde edilen kazanımlarında yerleşik kılındığı bir mekanizmadır. Düzenleme okulunun görece özerk devleti yaklaşımına göre, Keynesyen iktisat politikalarının uygulandığı “sosyal devlet”, farklı sınıfların çıkarlarının konsensüs çerçevesinde bir araya geldiği, iktisadi birikim süreçlerinde sınıf karşıtlıklarının azaltıldığı, başta sömürülen sınıflar olmak üzere, toplumdaki her türlü eşitsizliğin mağdurlarının kazanılmış haklarının güvenceye alındığı bir devlettir (Daldal, 2010).

Devletin ne olup olmadığı veya devlet kuramları bu çalışmanın kapsamına dolaylı olarak girmektedir. Dolayısıyla bu çalışmada devlet tartışmalarından öte değişen ekonomi politikaları ile birlikte devletin değişen rolleri ve bunun sağlık sistemlerine etkileri üzerinde durulmaktadır.

I. Dünya Savaşı sürecinde Sovyetler Birliği’nin kurulması ve sosyalizmin kapitalizmin varlığını tehdit eden bir örnek olarak ortaya çıkması, 1929 ekonomik krizi, II. Dünya Savaşı sonrası genişleyen sosyalist blok, kapitalist ülkeleri -özellikle yakın tehdit altındaki Avrupa ülkeleri- “sosyal devlet” uygulamalarına yönelmek zorunda bırakmıştır. ABD gibi birkaç istisna dışında, kapitalist ülkeler, “sosyal devlet” çerçevesinde, emeklilik, işsizlik, sağlık ve eğitim gibi temel hizmet alanları başta olmak üzere devletin, toplumsal içerikli yatırımlara önemli fonlar ayırıp yatırımlar yapmasına yönelmişlerdir (Cevahir, 2004:19).

Kapitalizm, içine girdiği krizden Keynesyen politikalar aracılığıyla çıkmaya çalışmıştır. Keynes, kapitalist ekonominin kapitalist niteliğini yok etmeksizin daha iyi işletilmek üzere yönetilebileceğine inanıyordu. Kapitalist ekonomi yönetilmeliydi; çünkü kendi haline bırakıldığında iktisadi kaynakların, özellikle emek gücünün tam istihdamını sağlayamıyordu (Çaklı, 1998:79). Keynes, kapitalizmin üç ana aktörü –devlet, kapitalistler ve işçiler- arasındaki politik ve ekonomik ilişkilerin

düzenlenmesiyle ideal bir toplumun yaratılabileceği inancını taşıyordu (Köse ve Öncü, 2003:122). Keynes bu düzenlemeyle, kapitalizmin içine girdiği krizden çıkacağı ve sistemin devamlılığının da sağlanacağı düşüncesini taşımaktaydı.

Keynes iktisadi işleyişe müdahale edilerek, kapitalist sistemin sınırları içinde belirli iktisadi elemanlara müdahale ederek işleyişin düzenlenebileceğini ve kapitalizmin kriz yaratan karakterinin dizginlenebileceğini savunmuştur. Keynes'e göre kapitalist işleyiş piyasa dinamiklerine bırakıldığında krizler ortaya çıkmaktaydı ve bu nedenle Keynes piyasanın işleyişine müdahale edilmesi gerektiğini savunmuştur (Daldal, 2010:98). Bu müdahalelerin başında ise finans sermayenin birikeceği kanala müdahale gelmektedir. Finans sermayeyi kontrol altına almak sermayenin marjinal etkinliğini yönlendirecektir. Finans sermaye yatırımlarına giden kanal, faiz oranları reel sektöre akan sermayenin marjinal kar oranından daha düşük olduğunda, kontrol altına alınacaktır. Bu durumda sermaye reel sektör yatırımlarına akmakta ve kapitalist sermaye birikimi gerçek üretim kanallarından gelişimini sürdürecektir. Bu müdahalenin kendisi aynı zamanda istihdam yaratacak bir imkânda sisteme sunacaktır (Daldal, 2010:300).

“Sosyal devlet”, 20. Yüzyılın ikinci yarısında kapitalist devletin aldığı yeni bir biçimdir. Bu nedenle, kapitalist devletin temel yapısı korunmakla birlikte, bu yapıda gerekli ve zorunlu değişiklikler yapılmıştır. “Sosyal devlet”, kapitalist devletin temel ilkelerini ve kurumlarını korumuştur, ancak değişen ve gelişen ekonomik ve sosyal koşulları dikkate alarak kendi yapısı içinde değişiklik yapmıştır (Göze, 1995:97).

3.2. Sosyal Devlet Uygulamaları

“Sosyal devlet”, “vahşi kapitalizm”in devletinden farklıdır. “Sosyal devlet”te ne olursa olsun kar elde etme, sömürme mantığı ikinci plandadır. Sömürü yine vardır, ancak sömürünün koşullarını garanti altına almak için, artı değerden bir miktar fedakarlık etmenin gerekliliği görülmüş ve kabul edilmiştir (Belek, 2009:301). Devletin aldığı önlemler sistemin sürmesi amacıyla düzenlenmektedir. Devlet zaman zaman tarafsız bir aracı rolüne bürünerek, grup çıkarları ile yönetici sınıf arasında arabulucu

olmaktadır. Hatta gerginleşen sınıflar arası anlaşmazlıkları yumuşatmak ve arabulucu olmak yine devlete düşmektedir (Dobb, 2001:68).

“Sosyal refah” dönemiyle birlikte kapitalist devletin niteliği ve rollerinde değişimler olmuştur. Devletin bu aşamada ortaya çıkan rolünü nitelendirmek istersek iki önemli özelliği karşımıza çıkmaktadır. Devlet, ekonomik ve sosyal yaşama seyirci değil, az ya da çok müdahaleci roledir. Devletin, ekonomik büyümenin sürdürülmesi veya değişen dünyaya uyumun sağlanması açısından etkin bir rol oynaması gibi, sosyal denge ve uzlaşma sağlayıcı rolü de önemli görünmektedir (Koray, 2000:58).

“Sosyal devlet”, kapitalist devletin özel mülkiyete, girişim özgürlüğüne, ekonomik özgürlüğe dayanan yapısını korur, ancak ekonomik alandaki gelişmelerin zorunlu kıldığı kısıtlamaları ve devlet müdahalelerini de öngörür (Göze, 1995:97). 1950’yi izleyen çeyrek asır boyunca devlet, hem üretici, hem yatırımcı, hem de düzenleyici bir nitelik sergilemiştir (Yeldan, 2003:446). Devletin, girişimci ya da kamu hizmetlerini sağlayıcı olarak ekonomiye bu şekilde dahil olması, temel ideolojik ilkeler dolayısıyla değil, toplum ve ekonominin büyük ölçüde o dönemde ortaya çıkan gereksinimlerine pragmatik bir cevap olarak gerçekleşmiştir (Shutt, 2004:18).

Dünya kapitalist sistemi politikalarını, talep yönetimi araçlarını kullanarak -para ya da maliye politikası araçları- ekonomik faaliyet düzeyini kontrol edebilmenin ve böylece işsizlik oranını, refah ve sosyal güvenlik bütçelerini mali yükünün fazla ağırlaştımadığı bir seviyede tutabilmenin mümkün olabileceği varsayımına dayandırmışlardır (Shutt, 2004: 29).

Keynes’in öngördüğü çeşitli düzenleme mekanizmaları vardır. En önemli düzenleme mekanizması ise finans sermayenin birikim olanaklarına kısıtlama getiren, spekülatif para hareketlerini engelleyen uluslararası düzenlemelerdir. 1944 yılında imzalanan Bretton Woods Anlaşması ile dünya finans sermayesinin birikim mekanizmalarına sınırlama getirilmiş ve sermayenin reel sektör üzerinden birikimine yönlendirmesine ve istihdam olanakları yaratmasına neden olmuştur (Daldal, 2010:53).

Hükümetler üretim ve istihdam düzeyini etkilemek üzere makro ekonomik yönetim politikalarını uygulamaya girişmenin yanında, ekonomik faaliyetlerin

canlandırılmasına yardımcı olmak üzere başka müdahale biçimlerine de başvurmuşlardır. Bunlar arasında en göze çarpanı, yatırımların teşvikine yönelik müdahalelerdir. Özel yatırımlar, devlet sübvansiyonları, teşvikler ya da devletin şirketlere doğrudan sermaye iştiraki yoluyla canlandırılmaya çalışılmıştır (Shutt, 2004:29).

Devletin ekonomideki artan rolü, İngiltere'nin 20. Yüzyıldaki ekonomik gelişmesindeki en önemli etkenlerden biri olmuştur. Devletin ekonomiye müdahalesi oldukça kapsamlıdır. Sosyal politikaların yanı sıra, devlet endüstri ve ticareti düzenler, emek pazarına müdahale ederek endüstri ilişkilerini yönlendirir, altyapı hizmetlerini gerçekleştirir, doğrudan malların üretim ve satışını yapar ve makro ekonomik politikaların uygulanmasından sorumludur (Caslin, 1993:290).

Kapitalist üretim ilişkileri içinde devlet, birikimin devamını, yani var olan üretim tarzının devamını sağlarken bir taraftan da sisteme bir meşruiyet kazandırma işlevine de sahiptir. Devlet var olan üretim tarzı olarak kapitalizmi korumak ve devamını sağlamak üzere bazen kapitalizmin temel unsuru olan sermaye sahiplerinin kısa dönemli çıkarları aleyhine kararlar almak durumundadır (Özuğurlu, 2003:77). Bu durum kapitalist üretim ilişkileri açısından bir tehdit olmaktan çok kapitalist sistemin devamlılığı amacını gütmektedir. Devletin yaptığı sosyal harcamaların sermaye birikimine doğrudan ya da dolaylı olarak herhangi bir katkısı yokmuş gibi görünmekle birlikte sınıfsal gerginlikleri yumuşatıcı etkisine bağlı olarak uzun dönemde sistemin devamını sağlayıcı nitelik taşımaktadır (Önder, 2003b:253).

Kapitalist ekonominin dayandığı temel düzenleme mekanizması olarak piyasa mekanizması, karların maksimize edilmesine dayanmaktadır. Buna bağlı olarak piyasa, toplumsal üretime bireyin var olma hakkını yeteri kadar sağlayacak düzeyde dağıtmaz yani, gelir bölüşümünün eşitsizliği, bireylerin var olma hakkını sınırlandırmaktadır. Dolayısıyla, kapitalist sistemde toplumsal üretimden alınan pay, mülkiyet sahibi olmaya bağlı olarak daha başından itibaren bir eşitsizlik içermektedir. Bu eşitsizliği meşru kılmak yani bireyin var olma hakkını sağlayacak bir gelir bölüşümü ile piyasa mekanizmasının temel mantığını bozmayacak bir ekonomik etkinlik arasındaki çelişkileri gidermek devletin sorumluluğundadır (Özuğurlu, 2003:78). Diğer bir

ifadeyle, piyasanın ortaya çıkaracağı gelir dağılımındaki eşitsizlikleri gidermek üzere refah hizmetlerinin, kamu harcamalarını ve kamu gelirlerinin kullanılması gerekmektedir (Arın, 1997: 82-84). Bu kapsamda “sosyal refah devleti”, yeniden bölüşüm rolü aracılığıyla gelir dağılımındaki eşitsizlikleri ve buna bağımlı gelişen olumsuzlukları gidermeye çalışmaktadır.

Bu dönemde, özel sektörün sağlamadığı ya da sağlayamadığı temel eğitim, su temini gibi kamu hizmetleri hükümet tarafından sağlanmaktadır. O zamanki Almanya ve diğer kıta Avrupa’sı ülkeleri hükümetlerinin daha çabuk gördükleri gibi, bu tür devlet yatırımları ve refah programları büyük şirketlerin çıkarınadır; çünkü onlar sadece sosyal istikrarın sağlanmasına yardımcı olmamakta, aynı zamanda daha gelişkin bir fiziksel altyapı ve daha sağlıklı ve eğitilmiş bir işgücü de sağlamaktadır (Shutt, 2004:73).

Bu dönemde merkez kapitalist ülkelerde kamu harcamalarının GSMH içindeki oranı çok yükselmiştir. Geçmişte şiddetlenen işçi eylemleri ve SSCB’nin yükselişi bir yandan, kapitalizmin içine girdiği krizler, iki büyük Dünya Savaşının yarattığı yıkıntı diğer yandan, yürürlükteki kapitalizmi tehdit ederken, gerçekten dengeleyici bir devlete olan ihtiyaç artmıştır; 19. Yüzyılın son çeyreğindeki “ekonomideki çok küçük bir devletin” yerini 20. Yüzyılın son yarısında “ekonomide giderek büyüyen bir devlet” almıştır (Kazgan, 2002:39).

Sosyal politikanın ve refah devletinin yayılma döneminde yüksek bir istihdam düzeyi sağlandığı gibi, üreticilerin ücret ve çalışma koşulları yükselmiş, sosyal güvelik uygulamaları zenginleşmiş ve genişlemiştir (Koray, 2008:97). Modern kapitalizmin tarihindeki en uzun istikrarlı büyüme dönemi, 1940’ların sonu ve 1970’lerin başı arasında yaşanmıştır (Somçağ, 2002:154).

II. Dünya Savaşı sonrasında başlayan Keynesyen politikaların etkisi ile yaklaşık 25 yıl süren toparlanma ve genişleme döneminde, kapitalist ekonomiler yüksek büyüme hızına ulaşmış, dış ticaret hacmi artmıştır. 1971’de ABD’nin doları altına endekslemekten vazgeçtiğini açıklamasıyla Bretton Woods Para Sistemi çökmüştür. ABD, doların kur sistemine bağımlılığına son vererek, Keynesyen politikaların önemli

bir unsuru olan para hareketlerine müdahale mekanizmasına son vermiş ve paranın dünya çapında spekülâtif dolaşımının önü açılmıştır (Daldal, 2010:138). Yaşanan ekonomik krizin sonucunda petrol fiyatlarının 1973 sonunda dört kat artması ve ABD'nin Vietnam yenilgisi bu dönemin doruk noktasını oluşturmaktadır. 1974'ten itibaren bütün göstergelerin olumsuzlaştığı görülmüyordu; sermayenin kar haddi hızla düşmüş, petrol ithalatçısı ülkeler yoğun bir durgunluğa girmiştir. Durgunluk her yerde fiyatların artışıyla birlikte devam etmiş, dünya ekonomisi stagflasyona girmiştir (Kazgan, 2002:93).

Yaşanan ekonomik krizin faturası Keynesyen iktisat modeline çıkartılarak, tekrar dünya çapında liberal iktisat politikalarına yönelinmiştir (Daldal, 2010:138). 1970'ler bir dönüm noktası olmuştur. Yüksek vergiler ve müdahaleci devlet aleyhine kamuoyu biçimlenmeye başlamıştır. Vergilerin miktarını kısıtlayan anayasal düzenlemeler yapılmıştır. Denk bütçe lehine öneriler gündeme gelmiştir. Kamu harcamalarını kısıtlamak için bir kampanya başlatılmıştır. Yeni-liberal iktisatçılar, uluslararası serbest ticareti savunmuşlardır; kısıtlayıcı uygulamalara, ücret ve fiyat kontrollerine karşı çıkararak; kurumlar vergisinin kaldırılmasını, parasal tabanın kısıtlanmasını ve hükümetin enflasyondan yararlanmasının önlenmesini savunmuşlardır (Çaklı, 1998:78).

1950'lerden 1970'lerin başına kadar savaş sonrası hızlı büyümenin niteliksel olarak birikimin farklı bir aşaması olduğu görüşü yaygındır. Bu dönem Keynesyen refah devleti, tekelci devlet kapitalizmi, fordist rejim ve birikimin sosyal yapısı gibi değişik şekillerde adlandırılmakta ve kitle üretim teknolojisi, artan derecede tekellecilik ve uzlaşmacı endüstri ilişkileri sistemi ve birikimin istikrarının ulus devlet yoluyla sağlanması gibi özelliklerle tanımlanmaktadır. 1970'lerde yaşanan krizin ardından başlayan yeni-liberal dönemin genel çerçevesi çok net olmamakla birlikte, yeni üretim teknikleri, küresel ölçekte rekabet, ensek endüstri ilişkileri ve birikimin düzenlenmesinde ulus devletin rolünün önemli ölçüde azalması gibi özelliklerle tanımlanmaktadır (Kurtulmuş-Kıroğlu, 2006:18).

3.3. Yeni Liberalizmin Ortaya Çıkışı

“Sosyal refah” döneminde kamu harcamaları iyice genişlemiştir. 1970’lerden sonra ekonomik büyümesi yavaşlayan gelişmiş ülkelerde, sosyal politika uygulamalarının kısıtlanması gerektiği yolunda görüşler ortaya çıkmıştır. Devletin ekonomik ve toplumsal yaşamdaki rolünü azaltmayı amaçlayan ve yeni-liberalizm adını alan Friedmancı yaklaşımların temel amacı kamu harcamalarını ve kamu hizmetlerini kırmaktır (Koray, 2000:43). Yeni-liberal ideoloji, krize gerekçe olarak devletin ekonomi üzerindeki hakimiyetini göstermekte ve çözüm olarak da ekonomi üzerindeki devlet hakimiyetinin kaldırılmasını sunmaktadır (Öngen, 2003:167).

1970’lerde yaşanan ekonomik krizin ardından, Milton Friedman’ın temellerini neo-klasik iktisattan alan Monetarist görüşleri çerçevesinde ekonomik alan yeni-liberal ekonomi politikaları ile yeniden düzenlenmeye başlanmıştır. Friedman kendi ekonomik ve siyasi bakış açısını liberalizm şeklinde tanımlamaktadır. Friedman, Keynesçi politikalar çerçevesinde uygulanan devlet kontrol ve müdahalelerini eleştirmiştir. Ekonomik etkinliklerin serbest piyasada faaliyet gösteren özel girişim aracılığı ile örgütlenmesi gerektiğini savunmuştur. Friedman, özel sektörün serbest piyasa ekonomisi koşullarında istikrarlı olduğunu, piyasayı dengeden uzaklaştıran sorunların piyasadan değil, kamu müdahalelerinden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Piyasa aktörlerinin özgür bir şekilde hareket edeceği serbest piyasalarda, iktisadi alışverişlerin her iki tarafında çıkarına sonuçlar yaratacağını ileri sürmüştür. Bu nedenle devletin serbest piyasanın işleyişine müdahale etmemesi gerektiğini savunmuştur. Devletin temel faaliyet alanlarının: hukuku ve düzeni koruyup sürdürmek, mülkiyet haklarını tanımlamak, oyunun kurallarını koymak, kuralları uygulamak, anlaşmazlık durumlarında hakemlik yapmak, rekabeti geliştirmek ve yüksek maliyetli kamu hizmetleri olarak sınırlandırılması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca devletin serbest piyasa koşullarının sağlaması-geliştirmesi ve para sisteminin kontrolünü sağlamak gibi görevleri yerine getirmesi gerektiğini belirtmiştir (Friedman, 2008).

“Sosyal devlet” anlayışı, sosyalist rejim karşısında bir subap sayılmaktaydı; bu da, her yerde piyasaları “sosyalleştirirken” devlete yükler getirmekte ve devletin büyümesine yol açmaktaydı. 1980’li yıllarla beraber yeni-liberal politikalarla devletin

sosyal niteliği ve bu yöndeki sorumluluklarından kaçınılmaya başlanmıştır. 1989-1991 süreci sonunda “sosyalizm tehdidi” de ortadan kalkınca, ekonominin insan boyutu tümünden geri plana itilmiş; sanki ekonomi insan için değil, insan ekonomi için hizmet eden bir araçtan ibaret olmuştur (Kazgan, 2002:94).

Kapitalizmin 1970’lerde yaşadığı krizden çıkış için, öncülüğünü Frederich A. Hayek, Milton Friedman ve James M. Buchanan’ın yaptığı “yeni-liberal” ekonomi politikaları başta İngiltere ve ABD olmak üzere bir çok kapitalist ülkede benimsenmiştir (Müftüoğlu, 2001:264). Yeni-liberal görüşler çerçevesinde, kamu gelirlerini ve kamu harcamalarını, dolayısıyla da devletin ekonomideki rolünü azaltmayı haklı gösteren teoriler kurulmaya; iktisat politikasında da “talep yönetimi” yerine ekonominin “arz yönü”nü vurgulayan politikalar gündeme gelmeye başlamıştır (Kazgan, 2009:256).

1970’li yıllarda yaşanan krize bağlı olarak sermaye birikim sürecinde belirgin anlayış değişimini öngören ciddi dönüşümler yaşanmış ve özellikle 1980’li yılların başından itibaren yeni-liberal politikalar uygulanmaya başlanmıştır. Yeni-liberalizm, ekonomik işleyişin tümüyle piyasaya bırakılması gerektiğini belirtmekte ve uluslararasılaşmayı güçlendirici öneriler sunmaktadır. Bu çerçevede mal, hizmet ve sermaye hareketlerinin önündeki tüm engellerin kaldırılması için korumacı politikalardan vazgeçilmesi, devlet girişimciliğine son verilmesi, temel politikalar olarak ortaya çıkmaktadır (Sönmez, 1997:98).

Yeni-liberalizmin krizden çıkış önerilerini daha açık olarak şu şekilde özetlemek mümkündür: devlet ekonomiye müdahaleden vazgeçmeli, liberalizmin “laissez faire” ilkesi yani serbest piyasa anlayışı tekrar geçerli olmalıdır; para arzındaki artış, ekonominin suni biçimde şişirilmesine engel olacak biçimde sınırlandırılmalıdır; dünya ölçeğinde meta, para ve sermaye akımlarına karşı her türlü engel ortadan kaldırılmalıdır; sermaye üzerindeki vergi yükü hafifletilmeli, devlet harcamaları yeniden bölüşümcü ve sosyal ücreti artırıcı olmaktan çıkartılıp sermayeye yardım edici bir yapıya sokulmalıdır (Müftüoğlu, 2001:264).

Liberalizmin hakim bir ideoloji olarak hegemonya projesini biçimlendirdiği dönemlerde siyasetin söylemini iktisat oluştururken, devlet de doğrudan hakim

kapitalist sınıfların özel çıkarlarına hizmet eden bir örgütlenmeye dönüşmektedir (Köse ve Öncü, 2003:114). Yeni-liberal politikalarla birlikte kapitalist devletin sınıfsal niteliği de bu çerçevede daha belirginleşmiş ve ön plana çıkmıştır.

3.4. Yeni Liberal Devlet Uygulamaları

“Sosyal refah” devleti döneminde “talep yönetimi” politikaları uygulanmıştır. Bu dönemin ardından, enflasyon ve durgunluğun yoğunlaşmasını izleyerek, ekonominin toplam arz eğrisinin dışarı doğru genişlemesini savunan, “arz yönlü iktisad”a dayanan ve bunu da devletin ekonomideki rolünün azalmasıyla gören, politikalar uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulamalar, vergilerin düşürülerek ve kamusal denetimin azaltılarak bireyleri daha fazla çalışmaya, şirketleri daha fazla tasarruf ve yatırım yapmaya teşvik ederken, yaygın “sosyal refah” harcamaları da azaltılmıştır. Keynesyen teori ve politikaların yerini yeni-liberal dönemde, monetarist ve arz yönlü iktisadına bırakırken, devletin ekonomideki rolü de azaltılmıştır. Yani “bırakınız yapsınlar” ideolojisi geri gelmiştir (Kazgan, 2009:256).

1970’lerdeki krizin nedeni devletin ekonomideki rolü olarak görülmüş ve bu nedenle devletin ekonomideki rolünü azaltmak amacıyla “özelleştirme” politikaları uygulanmaya başlanmıştır. Özelleştirme politikaları; dar anlamda kamu iktisadi teşebbüslerinin mülkiyetinin özel kişi veya kuruluşlara devredilmesini, geniş anlamda ise devletin ekonomik faaliyetlerinin en aza indirilmesi ya da tümüyle ortadan kaldırılmasına yönelik uygulamalar şeklinde gerçekleşmektedir. Özelleştirmenin gerekçesi olarak üzerinde en fazla durulan konulardan birisi kamu sektörünün verimliliğinin düşük olması ve bu nedenle kaynak israfına neden olduğu gösterilmektedir. Kamu sektörünün verimsizlik nedenleri olarak; bu kuruluşların piyasa kurallarına uymayan amaçlara yönlendirilmiş olması (kar amacı dışında sosyal faydayı amaç edinmesi), teknolojik gelişmeleri yakından izlememesi, siyasal tercihli istihdam politikaların uygulanması ve rasyonel yatırım programlarının uygulanmaması gösterilmektedir (Müftüoğlu, 1996:42; Cevizoğlu, 1998:18).

Özelleştirme ile kamu sektörünün sınırlarının daraltılarak verimsizliğin önüne geçilmesi ve ulusal anlamda ortalama verimlilik düzeyinin yükselmesi beklenmektedir.

Özel kesimin kamu kesimine göre daha verimli olduğu savı, ideolojik bir söylemdir. ABD’de Stiglitz, İngiltere’de Millward ve Türkiye’de Boratav’ın çalışmalarında görüldüğü gibi, sermayenin mülkiyet biçimi ile verimlilik arasında doğrudan ve yakın bir ilişki bulunmamaktadır (Önder, 2003a:96).

Yeni-liberal dönemde, devlet yatırımcı ve/veya üretici niteliğinden arındırılmış ve toplumsal gelir dağılımını –sermaye lehine- düzenleme işlevini sürdürmeye devam etmiştir (Yeldan, 2003:446). Yeni-liberal politikalar, sermaye birikiminin gereklerine bağlı olarak devletin sistem içindeki konumunu, sermaye birikiminin korunması ve devamlılığını sağlayıcı yönde güçlendirirken, meşruiyeti sağlama işlevini neredeyse ortadan kaldırarak, üretim araçları mülkiyetinden yoksun olan toplumsal kesimlerin giderek yoksullaşmasına neden olmaktadır (Özügurlu, 2003:76).

Yeni-liberal dönemin sınıf politikalarına baktığımızda, çalışma ilişkilerinin tamamen sermayenin gereksinimlerine göre yeniden biçimlendirildiği, bu yönde köklü kurumsal ve normatif düzenlemelerin gerçekleştirildiği görülmektedir. Yeni iş ve sosyal güvenlik yasaları, çalışanların kazanılmış hak ve özgürlüklerini geri almaya, örgütlü gücünü ve pazarlık yeteneğini azaltmaya dönük, esnekleştirme, sendikasılaştırma uygulamalarına baktığımızda kapitalist sınıf iktidarının bu süreçte despotik bir eğilim taşıdığı görülmektedir (Öngen, 2003:165).

1974-1975 yıllarında çok uluslu firmaların gelişmesi, ulusal kapitalist akımdan daha önce var olan ABD’de egemenliğindeki “sermayenin uluslararasılaşması” biçimindeki yeni çözümlere yol açmıştır (Brunhoff, 1992:152). Bugün dünya ölçeğinde faaliyet gösteren ÇUŞ’lar (Çok Uluslu Şirket) ve DB (Dünya Bankası), IMF (International Monetary Found), DTÖ (Dünya Ticaret Örgütü) gibi uluslararası finansal sermaye şebekesi, küreselleşme ideolojisini bir çağdaşlık projesi olarak sunmaya çabalarken, bu kavramın ardındaki sınıfsal güçleri ve dünya kaynaklarının uluslararası kapitalist şirketler tarafından paylaşım mücadelesini gizlemeye çalışmaktadırlar (Yeldan, 2003:430).

Yeni-liberalizm, sermayenin hareketini kısıtlayan “sosyal devlet” uygulamalarını değiştirmeyi kendine bir hedef olarak belirlemiştir. Buna göre, devletin

gerek yeniden dağıtım fonksiyonu gereği sermayeden aldığı vergiler, gerekse sermaye dışı kesimlerden (prim, vs) aldığı fonların, yine bu sermaye dışı kesimlerin yaşamlarını sürdürebilme (işsizlik sigortası, malüllük, emeklilik, vb) veya diğer yaşamsal gereksinmelerini (sağlık, eğitim, vb) karşılayabilmeleri için kullanılmaktadır. Devletin bu işlevi, karı ve birikimi sınırlayan bir etken olarak görülmektedir (Savran, 1988:52). Bu nedenle yeni-liberal akım devletin, toplumsal amaçlı harcamaları kısıtlamayı ve bu amaçla sermaye kesiminden aldığı vergileri kısıtlamasını öngörmüştür (Müftüoğlu, 2001:265).

Yeni-liberal politikalarla birlikte pek çok ülkede gelir eşitsizliklerinin arttığı görülmektedir. Bunun nedenlerinden biri de, devletlerin vergi ve harcama rejimlerindeki değişimdir. Bu süreçte pek çok devlet, vergi yükünü çeşitli yollarla yeniden yapılandırmaya gitmiştir; şirketlerin vergi yükleri azaltılmış, gelir vergisinin aşamalılığı düşürülmüş (üst vergi oranlarını düşürerek ve daha çok insanı gelir vergisi neti içine sokarak), toplanan vergiler içindeki dolaylı vergilerin (katma değer vergilerinin) payı ağırlıklı hale getirilmiştir (Pierson, 2000:178). Böylelikle sermaye üzerindeki vergi yükü azaltılmış ve dolaylı vergilere ağırlık verilmiştir.

Kapitalist dünya ekonomisi, belli üretim türleri -nispeten tekelleşmiş ve bu yüzden yüksek kar getiren- aracılığıyla en büyük sermaye birikim mevkileri haline gelen, bunların sınırlı bölgelerde yoğunlaşmasına dayanan ve bunun sonucu olarak da hiyerarşik dağılım eşitsizliğini içeren bir sistemdir. Kapitalizm eş zamanlı ve eşitsiz gelişimi içinde barındıran bir sistemdir (Wallerstein, 1998:34).

Wallerstein'a göre, liberal ekonomi politikalar çerçevesinde, tüm ülkelerin eşzamanlı olarak kalkınmasının hiçbir yolu bulunmamaktadır. (Wallerstein, 1998:161). Bunun nedeni; sermaye birikim süreci, artı değerın hem mekansal olarak, hem de sınıflar açısından eşitsiz biçimde dağıldığı hiyerarşik bir sistemi gerektirmesidir. Kapitalizm tarihsel gelişim sürecinde dünya, değer aktarımları açısından merkez ve çevre ülkeler olarak iki bloğa ayrılmıştır. Merkez ile çevre arasındaki ilişki eşitsiz olup, merkez ülkeler çevre ülkelere düşük ücretler, düşük karlar, düşük sermaye yoğun malların tanımladığı bir ekonomik yapıdan merkeze artık aktarmaktadır (Ercan,

2001:142). Yeni-liberal dönemde değer aktarımları artmakta ve merkez-evre arasında ki bu eğitsizlik derinleşerek devam etmektedir.

Bununla birlikte yeni şekillenmekte olan işbölümünün ortaya çıkardığı bir gerçekliği de gözden kaçırmamak gerekir: imalat sektörünün sadece niteliksiz emek gücü ve düşük teknoloji gerektiren kısımları değil, aynı zamanda nitelikli emek gücü ve yüksek teknoloji gerektiren aşamaları da evre ölkelerde gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bazı evre ölkeler bilgisayar yazılım şirketlerinin ana taşeron firmalarının bulunduğu ve binlerce nitelikli mühendisin çalıştırıldığı, merkez ölkelerle aynı üretkenliğe sahip fabrikaların bulunduğu yerler haline gelmiştir. Bugün evre, dünya piyasasına rekabet gücü yüksek, ileri teknoloji ve nitelikli emek gücü içeren mallar sunmaktadır (Kars, 2008:358). evre ölkelerde gerçekleşen bu üretim, artan rekabet nedeniyle; ucuz, korunmasız ve güvencesiz yedek işçi ordusunun varlığı nedeniyle üretimin bu ucuz emek gücü kullanımını mümkün kılan bölgelere kaymasından kaynaklanmaktadır (Kurtulmuş-Kıroğlu, 2006:29).

Yeni-liberal dönemde faiz oranlarının serbest piyasa içinde belirlenmesi nedeniyle, dünya çapında finansal yatırımların spekülasyona dönüşen bir seyir izlediği ve çok büyük kar oranları ile reel sektör kar oranlarına baskı yaptığı bir durum ortaya çıkmıştır. Finans sektörünün elde ettiği karlar ile yarışan reel sektör, en ucuz üretimi gerçekleştirmek adına yoğun bir rekabet içine girmiştir. Dünya çapında mal ve hizmet üretimi piyasalarında kontrollerin ortadan kalkması ile en ucuza doğru “dibe doğru yarış” gerçekleşmektedir. Emek maliyetleri üzerinden baskılanan reel sektör yatırımları uluslararası ölçekte ücretlerin ve alım gücünün düştüğü, işsizliğin arttığı, gelir dağılımının bozulduğu bir dünya yaratmıştır. Emek maliyetlerinin baskılanması alım gücünü düşürmekte, reel sektör yatırımlarının istikrarını bozmakta, işsizliğin artmasına neden olan bir kısır döngüye ortaya çıkarmıştır (Daldal, 2012:302).

Yeni-liberalizmin öngördüğü politikalar, özellikle 1979 yılından sonra gelişmiş ve gelişmekte olan ölkelerde yaygın olarak uygulanmaya başlamıştır. Böylece devletler, yeniden bölüşüm fonksiyonunu gerçekleştirmek için yaptıkları harcamalar yerine sermayeye desteği artırmışlar, kamusal hizmet veren uygulamalardan hızla uzaklaşmaya başlamışlardır. Öte yandan, gelişmekte olan ölkelerde uygulanan ithal-ıkameci

kalkınma politikaları yerine ihracata dayalı dışa açık büyüme politikaları uygulamaya konulmuş ve bu ülkelerde koruma duvarları kaldırılmıştır (Müftüoğlu, 2001:265).

Kapitalist devletin temel işlevi sermaye birikim süreçlerinin karlılığının ve sürekliliğinin sağlanmasıdır. Bu işlevi “sosyal refah” döneminde olduğu gibi yeni-liberal dönemde de devam etmektedir. “Bırakınız yapsınlar”ın kendisi bir devlet politikasıdır (Polanyi, 2000:201) yani bir şeyi ele geçirmek için kullanılan bir yöntem değil, ele geçirilecek şeyin kendisidir (Köse ve Öncü, 2003:96). Devlet, sermayenin yeniden üretiminde aktif olarak bir rol oynamadıkça, sermayenin genişletilmiş yeniden üretimi gerçekleşemez (Öngen, 2003:167).

1980 sonrasında devlete yeni-liberal görüş açısıyla bir çok eleştiri yöneltilmekte ve devletin küçülmesinden söz edilmektedir. Ancak bugün de en liberal anlayışın egemen olduğu ülkeler ve dönemler açısından bile, hemen her ülkede, devletin azalan değil artan bir etkinlik içinde olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu açıdan 21. Yüzyıla girerken bir çok ülkede devletin rolü ve etkinlikleri değişmektedir, artık devletler egemen emperyalist sermayenin çıkarlarını korumakla yükümlü hale gelmiştir (Brunhoff, 1992:152). Yeni-liberal dönemle birlikte devletin rolünün azalacağı öngörülmekle birlikte, devletin rolü azalmamış, dönüşmüştür (Kurtulmuş-Kıroğlu, 2006:27). Yeni-liberal dönemde devletin yanı sıra, uluslararası kuruluş ve AB gibi ulusüstü örgütlenmeler de sermayenin çıkarlarını korumak amacıyla devreye girmektedirler (Koray, 2000:58).

Devletin küçültülmesi ve özellikle devlet yatırımlarına son verilmesi tezi, uluslararası sermayeye kar alanları açılması amacıyla özellikle bağımlı-çevre ülkelere yönelik olarak gündeme getirilmektedir. Çevre’de ulusal ekonomilerin uluslararası sermayeye engelsizce açılmasına yönelik özelleştirmeci yaklaşımlarla, bağımlı ülkelerde devlet işletmeciliği hızla yok oluşa sürüklenmektedir (Şener, 2001:1).

Yeni-liberal teorisyen ve politikacılar, devletin küçülmesi adına, devletin ekonomiye müdahaleden elini çekmesini, en başta sosyal hizmet ve yardımlara kaynak ayırmaktan vazgeçmesini önerirler. Eğitim, sağlık vb. gibi alanlardan kamunun

çekilmesi gibi devletin küçültülmesi yaklaşımı, bu hizmetlerin metalaştırılması ve sermayeye yeni birikim alanlarının açılması anlamını taşımaktadır.

3.5. Sağlık Sistemleri

1929 krizinin ardından Keynesyen iktisat politikaları ile birlikte devletler sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında ağırlıklı olarak rol ve sorumluluk almaya başlamışlardır. Bu dönemde özellikle belirgin bir şekilde merkez kapitalist ülkelerde ve çevre ülkelerde “sosyal devlet” uygulamaları ile birlikte sağlık sistemlerinin kapsayıcılığı genişlerken, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamunun payı ağırlıklı bir hale gelmiştir. 1960’ta OECD ülkelerinde kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı ortalama %60 iken 1975’te bu oran %77 seviyesine ulaşmıştır (OECD Health Data 2013). Sağlık sistemlerinin kapsamlarının genişletilmesi ve kamusal sağlık hizmet sunumu ve finansmanının sağlanması, Keynesyen iktisat politikalarının sağlık alanına yansımaları olarak uygulamaya geçmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetleri, kamusal hizmetler kapsamına alınırken, “gayri metalaşma” sürecine girmiştir. 1970’lerde yaşanan krizin ardından yeni-liberal iktisat politikaları ile birlikte devletler sağlık hizmeti sunumundan çekilme eğilimine girmişlerdir. Genişleyen sağlık sistemlerinin kapsamı ve kamusalılığı, piyasa tipi sağlık sistemlerine doğru yönelmeye başlamıştır. 1975’te OECD ülkelerinde kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı ortalama %77 iken bu oran yıllar içinde düşerek 2010 yılı için %71 seviyesine gerilemiştir (OECD Health Data 2013). “Sosyal devlet” döneminde meta ilişkileri dışına taşınan sağlık hizmetleri “yeniden metalaşma” sürecine dahil olmuş ve kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sürecine girilmiştir (Yücesan-Özdemir, 2008:207; Panitch ve Leys, 2010:9-11).

1948 yılında sağlık hizmeti almak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde yer alarak en temel insan hakları arasında yer almıştır. Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service-NHS) 1948’de İngiltere’de uygulanmaya başlanmıştır. 1950’lerde güçlü bir işçi sınıfı hareketinin mevcut olduğu hemen her ülkede, devletler herkese açık kamusal sağlık hizmetleri talebinin önünde duramaz hale gelmişlerdir. Sosyal sigorta

veya genel vergi sistemi üzerinden finanse edilen, çalışanları olduğu gibi kadınları ve çocukları da kapsamına alan sağlık sistemleri ortaya çıkmıştır. 1965 yılında ABD dahi çok yoksullar (Medicaid) ve 65 yaşın üzerindeki (Medicare) için ücretsiz sağlık hizmetlerini sunmaya başlamıştır. Sosyalist devletlerde ise sosyalist devrimlerin hemen ardından toplumun tümüne kamusal, ücretsiz ve eşit şekilde sunulan sağlık hizmetleri standart uygulama halini almaya başlamıştır. 1970’lerdeki yeni-liberal karşı devrimden sonra ise “sosyal devlet” döneminde genişleyen kamusal sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve sağlık hizmetlerinin “yeniden metalaştırılması” süreci başlamıştır (Leys, 2010:27-33).

Sağlık sistemleri, yalnızca insanların sağlığını koruma, tedavi etme ve yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak sorumluluklarına da sahiptirler. Sağlık sistemlerinin üç temel amacı vardır. Bunlar; hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek, insanların beklentilerine yanıt vermek, hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005:7).

Sağlık sistemleri çeşitli sınıflandırmalar altında incelenebilmektedir. Bu çalışmada devletin sağlık hizmetlerinde aldığı role/sorumluluğa göre Milton I. Roemer tarafından geliştirilen, genel olarak kabul gören ve yaygın olarak kullanılan sağlık sistemleri sınıflandırılmasını tercih edilmiştir.¹ Milton I. Roemer, sağlık sistemlerini; Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri, Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri, Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri ve Sosyalist Sağlık Sistemleri şeklinde sınıflandırmıştır (Roemer, 1991:97).

¹ Diğer sağlık sistemi sınıflandırmaları için bkz: Ateş, Metin., **Sağlık Sistemleri**, Beta Basım, 1. Baskı, İstanbul, 2011; Ertük-Atabey, Selin., **Sağlık Sistemleri ve Politikaları**, Gazi Kitabevi, Birinci Baskı, Ankara, 2012; Sargutan, Erdal., **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006; Belek, İlker., **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayınevi, 3. Baskı, İstanbul, 2009

Tablo 1: Sağlık Sistemlerinin, Ülkelerin Ekonomik Seviyelerine ve Sağlık Sistemi Politikalarına Göre Sınıflandırılması (1986 yılı için)

Ülkelerin Ekonomik Seviyeleri	Sağlık Sistemi Politikaları			
Kişi başına gelir	Serbest Piyasa	Refah Yönelimli	Kapsayıcı	Sosyalist
Yüksek	ABD	Almanya	İngiltere	SSCB
Orta	Filipinler	Peru	İsrail	Küba
Düşük	Gana	Hindistan	Tanzanya	Çin

Kaynak: Roemer, M. I., **National Health Systems of the World, Vol. 1: The Countries**, New York: Oxford University Press, 1991:97

Roemer, sağlık sistemlerini sınıflandırırken öncelikli olarak ekonomik sistemi temel almış ve ardından içinde bulunulan ekonomik sistemde izlenen sağlık politikaları doğrultusunda nasıl bir sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının sağlandığına göre bir sağlık sistemi sınıflandırılmasına gitmiştir. Roemer'in sağlık sistemleri sınıflandırması, ekonomik sistemleri göz önünde bulundurması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletin rol ve sorumluluklarını açıklaması yönünden, genel olarak kabul gören ve yaygın olarak kullanılan bir sınıflamadır (Belek, 2009:162; Ertürk-Atabey, 2012:43; Ateş, 2011a:67; Sargutan, 2006:52).

Tablo 2: Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırması ve Ayırt Edici Özellikleri

Serbest Piyasa	Refah Yönelimli	Kapsayıcı	Sosyalist
Kişisel doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı özel (bazen de kamu) hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep asıl uygulamalardır.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, kişisel prim ödemeli, kamu (bazen özel) hastalık (bazen sağlık) sosyal sigortasıyla talep asıl uygulamalardır.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamadır.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak/ kollektif sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamadır.
Kamu sektörü sağlık hizmetinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur, arzda daha az olabilir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.
Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir.	Özel sektör sağlık sektörünün arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır.

Kaynak: Sargutan, Erdal., **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006:53

Roemer'in sağlık sistemleri sınıflandırılması ve her bir sağlık sisteminin özellikleri bir sonraki bölümde detaylı bir şekilde incelenmiştir.

3.5.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

Liberal ekonomi politikalarının sağlık sistemine yansımaları ifade eden bu sağlık sistemi, serbest piyasa koşullarında sağlık hizmetlerinin sunulduğu, sağlık hizmetlerinin “meta” olarak değerlendirildiği bir sağlık sistemidir. Bu sistemde kamu sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının kapsamı çok dardır.

Bu sistemde sağlık hizmetleri serbest piyasa koşullarında, özel sigortacılık temelinde yürütülmektedir (Navarro, 2003:443). Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, kişisel sağlık hizmeti ihtiyaçlarının talebi için, esas olarak kişilerin doğrudan ve/veya prim ve benzerleri türünde yarı-doğrudan harcama yapmak zorunda olmaları; buna karşılık, devletin vergilerin bir bölümüyle bu hizmetlerin giderlerine dolaylı olarak katılımlarıyla oluşan kamu kaynakları kullanımının çok daha az olmasıdır. Sağlık güvencesi imkanı, genellikle maddi olanağı olanların gönüllü olarak sağlık sigortasına katılmasıyla sağlanır. Bu sebeple teorik olarak, nüfusun sadece maddi imkanı olan kısmı sağlık hizmeti güvencesi edinebilir. Sağlık hizmeti arzı harcamalarının büyük bir kısmını özel sektör karşılar, hastane yataklarının büyük bir bölümü özel sektörün elindedir. Bu sağlık sistemi tipi, sağlık hizmetleri arz ve talebinin esas olarak serbest piyasa koşullarında gerçekleştiği, yeterli olmayan kamu sektörü yanında ana unsur olarak özel sektör sağlık hizmetleri arzının ve kişisel talebin yaygın olduğu bir ortamı tanımlamaktadır. Diğer alanlarda da olduğu gibi, sağlık sektöründe de arz ve talep dengesinin pazarda serbest biçimde gerçekleşmemesinin ve sağlık hizmetlerinin pazar şartlarına uyumsuzluğunun yarattığı sonuçların, sağlık sisteminden beklenen yararları olumsuz olarak etkilediği görülmektedir (Sargutan, 2005:416; Sargutan, 2006:55). Günümüzde bu sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında ABD, Güney Afrika Cumhuriyeti, Brezilya, Cezayir, Tayland, Filipinler, Azerbaycan ve Türkmenistan sayılmaktadır. Bu sistemin en tipik örneği ABD’dir (Belek, 2009:162; Ertürk-Atabey, 2012:106; Ateş, 2011b:108; Sargutan, 2006:120). Serbest piyasa tipi sağlık sistemi ABD örneği üzerinden detaylı bir şekilde incelenmiştir.

3.5.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi

ABD sağlık sistemi, özel kesim hizmet sunum ve finansmanı ağırlıklı, çok dar kamusal finansman ve sunum organizasyonlarının olduğu, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda büyük eşitsizliklerin yaşandığı, dünyanın en pahalı sağlık sistemidir (Terzi, 2007:2). ABD Sağlık Sistemi, günümüzdeki uygulama biçimiyle, kapsamı, finansmanı, organizasyonu ve hizmet sunumu çerçevesinde aşağıda ele alınmıştır.

Kapsam

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık güvencesi kapsamının temelinde özel sağlık sigortaları vardır. 2010'da ABD nüfusunun %84'ü sağlık güvencesine sahiptir. Toplumun %64'ü özel sağlık sigortaları (%55 işverenlerce, %9'u ise sigortalının kendisi tarafından) ve %20'si ise kamu sağlık sigortaları kapsamında (%16'sı Medicare ve Medicaid sigortası, %4'ü ise askeri sağlık sigortası) sağlık güvencesine sahiptir. 50 milyon kişi nüfusun %16'sı sigortasızdır ve sağlık güvencesinden yoksundur (U.S. Census Bureau, 2011:82).

Sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri, sağlık sigortasının tipine ve sağlık sigortası paketlerine göre değişiklik göstermektedir. 2006 Ocak ayından itibaren; Medicare'in kapsamı ayakta hasta reçeteli ilaçlarını kapsayacak şekilde ve Medicaid'inde yaşlı ve özürlü kimselerin evde bakımını ve sağlık bakımını kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Squires, 2010:54).

Finansman

Sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynağı özel sağlık sigortası şirketleridir. ABD'de 1200'den fazla kar amaçlı ya da kar amacı gütmeyen sağlık sigortası şirketi bulunmaktadır (Squires, 2010:54). Bunun dışında Medicare, Medicaid ve askerlerin sağlık giderleri kamu sigortaları kapsamında finanse edilir. Medicare, yaşlıları (65 ve üstü) ve 65 yaş altı bazı özürllüleri ve son evre böbrek hastalarını kapsayan sosyal bir sigorta programıdır. Federal hükümetlerce idare edilir ve maaşlardan kesinti, primler ve genel federal gelirlerden finanse edilir. Medicaid, belirli bir kesim fakir insanı kapsayan

birleşik federal devlet sağlık sigortası programıdır. Medicare ve Medicaid programları 1965'te uygulamaya konulmuştur (Irvine ve Clarke, 2011:2-3).

2010 yılı itibariyle ABD'deki toplam kamu harcamalarının içinde sağlık harcamalarının payı %22, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı %53, kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise %9 olarak gerçekleşmiştir (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012:91). 2010 yılı için satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı 8.233 ABD Dolarıdır ve toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı %17,6'dır. Bin kişi başına düşen hekim sayısı 2,4; hastane yatağı sayısı 3,1 (2009) ve kişi başı ortalama doktora başvuru sayısı 3,9'dur (2008). ABD'de doğumda beklenen yaşam süresi 79 yıl olup, canlı doğumda bebek ölüm oranı yüzbinde 24 (2008) (OECD Health Data 2012), bir yaş altı bebek ölüm oranı binde 7 (2009) ve beş yaş altı çocuk ölüm oranı binde 8'dir (2009) (WHO, World Health Statistics 2011).

Organizasyon ve Hizmet Sunumu

Birinci basamak sağlık hizmetleri özel çalışan aile hekimleri tarafından sağlanır. Aile hekimlerinin daha ileri bir sağlık bakımı için hastane seçme veya sevk etme fonksiyonu yoktur (bazı sigorta paketleri hariç). Doktorların büyük bölümü özel çalışmaktadır. Doktorların ödemeleri çeşitli yöntemlerle yapılır; ücretler özel sağlık sigortaları tarafından ödenir (bazı sigorta planları kişi başı ödeme sözleşmesi yapar) ya da ücretler kamu programları tarafından ödenir. Sigortalı hastalar genel olarak doktor ödemelerinin bir bölümünü üstlenir ve sigortasız hastalar bütün doktor masraflarını ödemekle yükümlüdür (Squires, 2010:55). 2009 yılı itibariyle hastanelerin %22'si kamu, %20'si kar amaçlı ve %58'i ise kar amacı gütmeyen özel hastanelerdir (U.S. Census Bureau, 2012:119).

ABD sağlık sistemi eşitsizlik temelinde, sağlık hizmetlerine erişimin özel sağlık sigortasına bağımlı olduğu bir sistemdir (Irvine ve Clarke, 2011:12). ABD gelişmiş ülkeler arasında vatandaşlarının tamamına sağlık hizmeti sunmayan tek ülkedir (Bureau of Labor Education at the University of Maine, 2003:27). ABD'nin bir "sağlık sistemi" yoktur. Ancak bunun yerine çeşitli kamu ve özel sağlık kuruluşları sağlık

hizmetlerinin finansmanını ve sunumunu sağlar. Nüfusun %16'sının sağlık sigortası yoktur ve sağlık güvencesinden yoksundur. Sağlık sigortası paketleri sağladığı teminat kapsamına ve hasta payı derecesine göre çok çeşitlidir. Doktorların büyük çoğunluğu özel çalışmakta ve ödemeyi yapana göre değişen bir ödeme usulüne göre ücret almaktadır. Hastanelerin büyük çoğunluğu özel hastanedir (Squires, 2010:4).

3.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri

Refah yönelimli sağlık sistemleri Keyneysen iktisat politikaların sağlık sistemlerine bir yansıması olarak uygulanmakla birlikte, kapsayıcı tipteki sağlık sistemleri kadar kamusal sağlık hizmeti sunumu ve finansmanını sağlamaz. Bununla beraber II. Dünya Savaşı sonrasında Keynesyen politikaların etkisi ile birlikte bu sağlık sisteminin kapsamı genişlemiştir.

Bu sistemde, kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerini birlikte sunmaktadır. Özel sektör tedavi hizmetlerine yönelirken; kamu sektörü, koruyucu hizmetler ağırlıklı olmak üzere tedavi edici hizmetlerin sunumunda da yer almaktadır. Harcamaların büyük bir kısmı kamu programlarından, geri kalan kısmı ise özel sektördendir. Kamu harcamalarının önemli bir kısmı zorunlu sigorta fonlarından karşılanır ve genel bütçeden desteklenir (Belek, 1995:23).

Bu sistemin belirgin özelliği, kişisel tedavi hizmeti ihtiyaçlarının talebi için esas olarak, kişilerin prim türünde yarı-doğrudan ve katılım payı ve benzerleri türünde doğrudan bir sağlık harcaması yapmak zorunda olmaları; buna karşılık, devletin vergilerin bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine dolaylı olarak katılmalarıyla oluşan kamu kaynakları kullanımının daha az olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin arzında kamu ve özel sektör bir arada bulunabilir (Ateş, 2011b:119). “Refah Yönelimli Sağlık Sistemi” adlandırması, devletin, bir “sosyal refah” projesi olarak kabul ettiği sağlık hizmetlerini, kamu adına/niteliğinde düzenlediği zorunlu ve primli sağlık sigortası yoluyla kişilere sağlamayı esas aldığı sağlık sistemlerini vurgulamaktadır. Refah yönelimli modelin, bir diğer sağlık hizmetleri güvencesi modeli olan ve kamu kaynaklarıyla ücretsiz sağlık güvenliği sağlamayı amaçlayan kapsayıcı tipteki sağlık sisteminden farkı, sağlık hizmeti

güvencesinin primli sağlık sigortası yoluyla sağlanmasıdır. Bu sağlık sistemi zengin ülkelerde başarıyla uygulanmakla birlikte aynı model gelişmekte olan pek çok ülkede de yaygın olarak uygulanmaktadır. Ancak Türkiye gibi gelir seviyesi düşük ve dağılımı dengesiz olan ülkelerde sürekli ve çeşitli olumsuzluklar yaygın olarak görülebilmektedir (Sargutan, 2005:419; Sargutan, 2006:58). Günümüzde bu sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, İsviçre, Çek Cumhuriyeti, Japonya, Macaristan, Meksika ve Türkiye sayılmaktadır. Bu sistemin en tipik örneği Almanya'dır (Belek, 2009:162; Ertürk-Atabey, 2012:106; Ateş, 2011b:108; Sargutan, 2006:120). Refah yönelimli sağlık sistemleri yeni-liberal politikalarla birlikte aşındırılmaya başlanmıştır. Sağlık harcamalarının finansman kaynağı olan hizmet kullanıcılarından alınan prim oranları yükseltilmiş, hizmet kullanımı aşamasında katılım payları uygulamaları ve ücretleri arttırılmıştır. Bu sistem de yeni-liberal politikalardan etkilenirken biçimsel olarak -sağlık hizmetleri finansmanının sağlık primleri ile karşılanması anlamında- refah yönelimli olmakla birlikte, içerik ve eğilim olarak piyasa yönelimli bir sürece girmiştir. Refah yönelimli sağlık sistemi Almanya örneği üzerinden detaylı bir şekilde aşağıda incelenmiştir.

3.5.2.1. Almanya Sağlık Sistemi

Alman sağlık sisteminin temeli, 1883 yılında çıkarılan “Resmi Sağlık Sigortası”na (Statutory Health Insurance-SHI, Almanya’da Gesetzliche Krankenversicherung-GKV olarak adlandırılır) dayanmaktadır. Dünyanın ilk sosyal güvenlik sigortası olan Alman sosyal güvenlik sistemi 1883’te Otto von Bismarck tarafından kurulmuştur (Bismarck sistemi olarak da adlandırılmaktadır). Alman sosyal sigortası, dayanışma, yerellik (subsidiarity) ve korporatizm ilkeleri çerçevesinde Bismarck tarafından oluşturulmuş, zamanla gelişerek, değişime uğrayarak günümüze kadar gelmiştir (Green, Irvine ve Clarke, 2012:2; Busse ve Riesberg, 2004:12). SHI, 1884 yılında iş kazası ve sakatlık durumlarını, 1889 yılında yaşlılık ve sakatlık ve 1927 yılında ise işsizlik durumlarını kapsayacak şekilde sağlık güvencesinin kapsamını genişletmiştir. SHI, 1885 yılında nüfusun %10’una sağlık güvencesi sağlarken,

zamanla 1913'te %35'ine, 1925'te %51'ine, 1960'ta %83'üne ve günümüzde ise nüfusun %85'ine sağlık güvencesi sağlamaktadır (Busse ve Riesberg, 2004:15).

Alman sağlık sistemi serbest piyasa ekonomisi koşullarında “sosyal devlet” uygulamasının bir bileşeni olarak uygulanmaktadır. Alman sağlık sistemi SHI kapsamında topluma, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini verir. Alman sağlık sisteminin karakteristik iki temel özelliği, kollektif finansman ve özel hizmet sunumudur (Deppe, 2005 akt:Öcek,2007:85). Almanya Sağlık Sistemi, günümüzdeki uygulama biçimiyle, kapsamı, finansmanı, organizasyonu ve hizmet sunumu çerçevesinde aşağıda ele alınmıştır.

Kapsam

Almanya'da bütün vatandaşlar iş durumuna (gelirine) bağlı olarak kamu ya da özel sağlık sigortası kapsamında sağlık güvencesine sahiptirler. 2009 yılı itibariyle ayda €4.125 ya da yılda €49.500'dan az kazanan bütün vatandaşlar zorunlu kamu sağlık sigortası olan “Resmi Sağlık Sigortası” (Statutory Health Insurance-SHI) kapsamındadır. Bunların bakımında olanlar (kazancı olmayan eş ve çocuklar) ücretsiz olarak sigorta kapsamındadırlar. Brüt gelirleri birbirini takip eden üç yıl boyunca yılda €49.500'yu aşan bireyler ya gönüllülük esasına göre kamuca finanse edilen sağlık sigortasında kalabilirler ya da kendi özel sağlık sigortalarını seçebilirler. Resmi Sağlık Sigortası (SHI) nüfusun %85'ini kapsam altına alır (2009 yılı). Büyük bölümünü devlet memurları ve kendi işi olanlar olmak üzere nüfusun yaklaşık %10'u özel sağlık sigortaları tarafından kapsam altına alınmıştır (2009 yılı). Askerler, polisler gibi kişiler (%5) özel bir sigorta rejimine tabidir (Green, Irvine ve Clarke, 2012:2).

SHI, koruyucu hizmetleri, yatan ya da ayakta hastane hizmetlerini, doktor hizmetlerini, akıl sağlığı hizmetlerini, diş sağlığı, reçeteli ilaçlar, tıbbi yardım ve hastalık izni tazminatını kapsamaktadır (Busse ve Stock, 2010:28; Green, Irvine ve Clarke, 2012:4)

SHI sağlık hizmeti kullanımında düşük bir hasta payı (katılım payı) karşılığını içermekteydi (özellikle ilaçlar ve diş sağlığı için), ancak 2004 yılından itibaren katılım payı uygulamaları ve miktarları arttırılmıştır. 2004'ten sonra, 18 yaşından büyük

yetişkinler için ayaktan tedavilerde (aile hekimi, uzman hekim, diş hekimi) sigortalı payı ödemeleri (€10 her bir çeyrekteki ilk ziyaret için ya da takip eden sevsiz ziyaret için) getirilmiştir. Diğer sigortalı payı ödemeleri tek tiptir: her bir hasta reçetesi için €5 ila €10, hastanede tedavi rehabilitasyon için yatılan gün başına 10€ (yılda toplam 28 güne kadar) alınmaktadır. Hasta payı hane halkı gelirin %2'si ile sınırlandırılmıştır. Kronik hastalığı olan kişiler için hasta payı, yıllık brüt gelirin %1'i ile sınırlandırılmıştır (Busse ve Stock, 2010:28).

Finansman

SHI planları rekabet içindeki 150 sağlık sigorta fonu (özel, otonom) tarafından işletilmektedir. 2012 yılı itibariyle SHI kapsamında olan sigortalıların sigorta prim oranı çalışan için brüt ücretinin %8,2, işveren payı ise brüt ücretin %7,3'ü olmak üzere, SHI toplam prim oranı %15,5'dir (Green, Irvine ve Clarke, 2012:5). İşsiz kimseler primlerinin belli oranını işsizlik maaşından öder, ancak uzun dönem işsiz ve sabit bir düşük işsizlik ücreti alan kimseler için (Hartz IV diye adlandırılmaktadır) hükümet kişi başı sabit bir prim öder. Bütün primler, merkezi sağlık fonu tarafından bir havuzda toplanır. Bu fon her bir sağlık sigorta fonuna kaynakları, bir kişi başına risk ayarlama formülü esasına göre dağıtılır. Hastalık fonları 2009'dan bu yana, eğer alınan kaynaklar yetersiz ise sigortalılardan ek nominal bir prim alabilmektedirler (şimdiye dek sadece tek bir hastalık fonu ekstra bir prim artışı yapmıştır). 2004'ten bu yana, SHI tarafından sağlanan sigorta dışı faydalar için (özellikle çocukları kapsayan) vergiyle finansmanı yapılan bir sübvansiyon artarak sürmektedir. Bu giderler kamu faydası olarak değerlendirilmekte ve böylelikle (bir bölümü) genel vergilerle karşılanmaktadır (Busse ve Stock, 2010:29).

Özel sağlık sigortaları, çoğunlukla SHI kapsamı dışında (belli bir gelir seviyesinin üstünde) olan insanları kapsam altında almıştır. Yaşam boyu güvence esaslı sözleşmeler yolu ile sigorta sistemine giriş üzerine risk değerlemesi yapılır, risk bazlı prim ödenir. Özel sağlık sigortaları devlet tarafından regüle edilir ve bu sayede sigortalıların yaşları arttıkça büyük oranda artan primlerle karşılaşmalarının ve gelirleri düşerse aşırı bir prim yükü altında kalmalarının önüne geçilir (Busse ve Stock, 2010:29).

2010 yılı itibariyle Almanya’da toplam kamu harcamalarının içinde sağlık harcamalarının payı %19, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı %77, kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise %9 olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık sigortalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %13 ve direk cepten yapılan sağlık harcamalarının payı ise %10 (SHI kapsamında ödenen hasta katılım payları) olarak gerçekleşmiştir. (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012:124). 2010 yılı için satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı 4.338 ABD Dolarıdır ve toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı %11,6’dır. Bin kişi başına düşen hekim sayısı 3,7; hastane yatağı sayısı 8,3 ve kişi başı ortalama doktora başvuru sayısı 8,9’dur. Almanya’da doğumda beklenen yaşam süresi 80 yıl olup, canlı doğumda bebek ölüm oranı yüzbinde 7 (2008) (OECD Health Data 2012), bir yaş altı bebek ölüm oranı binde 3 (2009) ve beş yaş altı çocuk ölüm oranı binde 4’dir (2009) (WHO, World Health Statistics 2011).

Organizasyon ve hizmet sunumu

Almanya’da sağlık sisteminin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı ve SHI olmak üzere, sorumluluk, eyaletler, federal hükümet ve sivil toplum kuruluşları arasında paylaştırılmıştır (Green, Irvine ve Clarke, 2012:3). Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından sağlanır. Aile hekimlerinin hastaları daha ileri bir ikincil tıbbi hizmet için sevk etme fonksiyonu varken, hastane seçme gibi bir fonksiyonu yoktur. Ayaktan sağlık hizmetleri çoğunlukla özel çalışan uzman doktorlarca sağlanmaktadır. Ayaktan tedavi hizmetlerinde doktorlar hizmet başına ödeme alırlar. Hastalık fonları yıllık toplu ödemeler için bölgesel doktor örgütleri ile sözleşmeler yaparlar. Hastaneler ana olarak maaşlı doktorlar istihdam ederler. Uzman doktorlar sigortalı hastaları hizmet başına ücret esasıyla dışarıda muayene ve tedavi edebilirler. Hastanelerin %50’si kamuya aittir (Busse ve Stock, 2010:29-30).

Almanya vatandaşlarının büyük bir çoğunluğu (%85) SHI kapsamında sağlık güvencesine sahiptir, geri kalan nüfus ise özel ve askeri sağlık sigortası kapsamında sağlık güvencesine sahiptir. SHI işveren ve çalışan katkıları (sigorta primleri) ile finanse edilmektedir. 1960 yılında bürüt ücret üzerinden alınan toplam (çalışan ve işveren payı toplamı) sağlık prim oranı %8,4 iken, 1987 yılında %12,6, 1997’de %13,5 (Busse ve

Riesberg, 2004:15) ve 2012’de ise %15,5 seviyesine ulaşmıştır (Green, Irvine ve Clarke, 2012:5). Bu finansman bir havuzda toplanıp risk ayarlama formülü ile hastalık fonlarına geri aktarılmaktadır. Yüksek gelirli kişiler zorunlu sisteme alternatif olarak özel sigorta yaptırabilirler ve nüfusun kabaca %10’u bu kapsamdadır. Poliklinik doktorlar çoğunlukla tek çalışanlar ve hizmet bedeli şeklinde ödeme alırlar. Hastanelerin kabaca yarısı devlete ait yarısı ise özeldir. Hastane doktorları genellikle maaşlıdır ve belirli durumlar dışında dışarıdan hasta bakmalarına izin verilmemiştir (Busse ve Stock, 2010:2).

3.5.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri

Kapsayıcı sağlık sistemleri, Keynesyen iktisat politikalarının sağlık sistemlerine bir yansıması olarak II. Dünya Savaşı sonrasında uygulanmaya başlanmıştır. Bu sistemin temel özelliği sağlık hizmeti sunumu ve finansmanında kamunun ağırlıklı olarak rol alması, sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri dışında var olmasıdır.

Sistemin bütün nüfusu kapsamayı, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması ve sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmeleri bu tip için tanımlayıcı özelliklerdir (Belek, 2009:163). Bu sistemde, sağlık hizmetlerinin talebi ve arzında mümkün olduğunca kamu kaynakları kullanılarak, tüm bireylerin zorunlu kamu sağlık hizmetleri güvenliği kapsamına alınması ve tüm ihtiyaçlarının kamu sağlık kurumlarınca ücretsiz olarak karşılanması esastır. Sağlık hizmetlerinin arzında kamu sektörü asıl olmakla birlikte güncel uygulamalarda kamu ve özel sektör bir arada bulunabilir (Sargutan, 2005:420; Sargutan, 2006:58).

Uygulanma biçimine bağlı olarak, sağlık hizmeti üreten ve arz eden birimler devlete ait oldukları gibi, doktor ve diğer sağlık personelinin çoğu, ücret sistemiyle kamuda çalışır. Sistemin asıl uygulama biçiminde, sağlıkla ilgili hizmet arz ve talep faaliyetlerinin hemen tamamında kamu sorumluluğu esastır ve sistemin özünde, nüfusun tamamı için tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından üretilmesi ve ücretsiz

olarak, sağlık güvencesi kapsamında verilmesi öngörülür (Sargutan, 2005:421; Sargutan, 2006:59).

Daha önce refah yönelimli tipte sağlık sistemlerine sahip olan bazı lkeler, II. Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sosyal, politik ve ekonomik sebeplerle, kapsayıcı sisteme yönelmişlerdir (Belek, 2009:163). Günümüzde izlenen yeni-liberal ekonomi politikalar, dünyada genişleyen “sosyal harcamaların azaltılması” ve zelleştirme gibi uygulamalara paralel olarak, kapsayıcı tip sistemlerin asıl biçimi kısmen değiştirilerek, sadece sağlık hizmetleri finansmanının kamu kaynaklarından karşılanması, hizmet arzında kamu yanında özel sektöre de yer verilmesi, ayrıca çeşitli nedenlerle oluşabilecek özel hizmet talepleri için de özel sektörden yararlanılmasını içeren uygulamalar yaygınlaşmaktadır. Bunların dışında halkın, sağlık giderlerine, genel vergilere ek olarak ayrıca sağlık vergileri veya primlerle de katılmasının mümkün veya zorunlu olduğu durumlarda, ek kaynak yaratmak amacıyla veya başka gerekçelerle, ilave finansman yolu olarak prim, özel vergi, katkı, katılım ve benzeri uygulamalara da başvurulabilmektedir. (Sargutan, 2005:421-422; Sargutan, 2006:59). Günümüzde bu sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında İngiltere, Danimarka, İsveç, Norveç, İspanya, İtalya, İrlanda, Yunanistan, Yeni Zelanda, Ermenistan ve Sri Lanka sayılmaktadır. Bu sistemin en tipik rneği İngiltere'dir (Belek, 2009:163; Ertürk-Atabey, 2012:107; Ateş, 2011a:100; Sargutan, 2006:120). Kapsayıcı tip sağlık sistemi İngiltere rneği üzerinden detaylı bir şekilde aşağıda incelenmiştir.

3.5.3.1. İngiltere Sağlık Sistemi

II. Dünya Savaşı sonrasında iktidara gelen İşçi Partisi, Beveridge'in 1942'de hazırladığı raporu temel alarak, herkese eşit, parasız ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sunma ilkeleri çerçevesinde 1946'da yasallaştırılan Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service-NHS), 1948'de uygulanmaya başlanmıştır (Moran, 1999:25; Lopes ve diğerleri, 2010:90). II. Dünya Savaşı sonrasında, İngiltere'de Keynesçi “sosyal devlet” anlayışının bir yansıması olarak, finansı genel vergilerden sağlanan, parasız, kapsamlı, eşitlikçi bir sağlık sistemi ortaya çıkmıştır. Başlangıçta ve uzun bir süre parasız olarak

sunulan ve genel vergilerden finanse edilen NHS, zamanla sistemin finansmanına katkı sağlaması açısından başvurulardan, reçete ve diş tedavilerinde katkı payı alınmaya başlanmıştır. Yeni-liberal süreçte 1979’da Muhafazakarlar’ın iktidara gelmesinin ardından, DB, DTÖ ve DSÖ üzerinden sağlık reformu süreci başlamıştır. NHS’nin finansmanına genel vergilerin yanında sigorta katkıları eklenmiş ve sağlık hizmeti kullanımında alınan katılım payları ücretleri arttırılmış ve özel kesimden hizmet satın alınmaya başlanmıştır. Reformlarla birlikte ortaya çıkan temel dönüşüm, “sosyal devlet”in yeni-liberal piyasa ekonomisine dönüşmesidir (Aksakoğlu ve Giray, 2007:336-342). Sağlık reformu çalışmalarıyla devletin sağlık hizmetleri sunma ve finanse etme rolü aşındırılmış olmasına karşın, yine de İngiltere Sağlık Sistemi’nde devletin hizmet sunum ve finansmanında ağırlıklı rolü ve sorumluluğu devam etmektedir. İngiltere Sağlık Sistemi, günümüzdeki uygulama biçimiyle, kapsamı, finansmanı, organizasyonu ve hizmet sunumu çerçevesinde aşağıda ele alınmıştır.

Kapsam

NHS İngiltere’de ikamet eden herkesi kapsamaktadır. Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS); koruyucu hizmetler, yatan hasta, ayaktan hasta, hastane uzman doktor bakımı, aile hekimi bakımı, yatan hasta ayaktan hasta ilaçları, diş sağlığı, akıl sağlığı, öğrenme bozuklukları ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar (Boyle, 2010:19).

Kamuya kapsama alınan hizmetlerle ilgili olarak hasta katılım payı alınmaktadır. İngiltere’de hastalar NHS altında aile hekimleri (General Practitioner-GP), diş doktorları ve uzmanlar tarafından yazılmış reçeteli ilaçları için reçete başına £7.20 sabit ücretle ücretlendirilirler. 16 yaşından küçük çocuklar, tam gün eğitim alan 16-18 yaşındaki kişiler, 60 yaş ve üzerindeki kişiler, düşük gelirli kimseler, hamile kadınlar, son 12 ay içerisinde bebeği olmuş kişiler ve belirli sağlık sorunları ve özürleri olanlar reçete bedelinden muaf tutulmuşlardır. Yüksek miktarda reçeteli ilaç kullananlar için önceden ödemeli sertifika yolu ile indirimler bulunmaktadır. NHS’de diş hekimliği hizmetlerinde her bir diş tedavisi için £198 ücret alınır, ancak tarihsel nedenlerle bazı bölgelerde ulusal sağlık hizmetlerinin diş sağlığı hizmetlerine erişim zordur. Ayrıca düşük gelirli kimselerin sağlık hizmeti alacakları yerlere geliş ve gidiş ücretleri de ödenmektedir (Boyle, 2010:19).

Finansman

İngiltere sağlık hizmetlerinin ana finansmanı NHS tarafından sağlanmaktadır. NHS'nin temel gelir kaynağı ise genel vergilerdir, bunun dışında ise ulusal sağlık sigortası, hasta katılım payları ise NHS'nin diğer gelir kaynaklarını oluşturur. NHS dışında ise nüfusun yaklaşık %10'unun üye olduğu özel sağlık sigortaları ve kişilerin özel sektörden aldığı hizmetler karşılığı ödediği cepten ödemelerde sağlık hizmetlerinin diğer finansman kaynaklarını oluşturur (Boyle, 2010:19). 2010 yılı itibariyle Birleşik Krallık'taki toplam kamu harcamalarının içinde sağlık harcamalarının payı %16, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı %84, kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise %8 olarak gerçekleşmiştir (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012:157). Özel sağlık harcamalarının %90'dan fazlası doğrudan cepten ödeme şeklinde olmaktadır (Boyle, 2010:19). 2010 yılı için satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı 3.433 ABD Dolarıdır ve toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı %9,6'dır. Bin kişi başına düşen hekim sayısı 2,7; hastane yatağı sayısı 3 ve kişi başı ortalama doktora başvuru sayısı 5'dir (2009). Birleşik Krallık'ta doğumda beklenen yaşam süresi 80 yıl olup, canlı doğumda bebek ölüm oranı yüzbinde 12 (2008) (OECD Health Data 2012), bir yaş altı bebek ölüm oranı binde 5 (2009) ve beş yaş altı çocuk ölüm oranı binde 5'dir (2009) (WHO, World Health Statistics 2011).

Organizasyon ve Hizmet Sunumu

Ulusal Sağlık Hizmetleri, 10 adet yerel stratejik sağlık otoritesi tarafından idare edilmekte olup bunlar Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışırlar. Yerel anlamda ise hizmetler, sağlık hizmetleri komisyonları (152 adet PCT) ile hizmet sağlayıcıları (aile hekimleri ve hastaneler) arasında yapılan sözleşmeler aracılığıyla sağlanır. PCT'ler Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) bütçesinin yaklaşık %80'inin kontrol eder ve kendi yerel nüfuslarının birincil ve kamu sağlığı hizmetlerinin sağlanmasından sorumludurlar (Boyle, 2010:20).

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilir. Aile hekimleri genellikle hastalar için ilk başvuru noktası olmakta ve daha ileri sağlık

hizmetleri için sevk ve hastane seçimi yapmaktadırlar. Aile hekimlerinin çoğu özel olarak yıllık sözleşmeler altında çalışırlar ve ödemeleri (maaş, hasta başı ödeme ve hizmet bedeli birleşimi) doğrudan PCT'ler tarafından yapılır. Uzman doktorlar ana olarak Ulusal Sağlık Hizmetleri hastanelerinde çalışırlar ayrıca özel hasta bakımı da yapabilirler (Boyle, 2010:20).

Hastaneler doğrudan Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumlu, Ulusal Sağlık Hizmetleri kuruluşlarıdır. 2004'ten sonra hastaneler özerk kendi yönetimlerine sahip kuruluşlara dönüşmüştür. NHS bazı sağlık hizmetlerini özel kesimden sağlamaya başlamıştır, fakat son yıllarda özel kesimden satın alınan hizmetlerin düzeyinde belirgin bir artış yaşanmıştır (Boyle, 2010:20).

İngiltere'de sağlık hizmetleri bütün yerleşik kişilere, hastane, doktor hizmeti ve reçeteli ilaçlar dahil olmak üzere Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) aracılığıyla sağlanır. NHS öncelikle genel vergilerden, ulusal sağlık sigortasından ve küçük bir miktarda hasta paylarından (ana olarak, ayakta tedavi görenlerin reçeteli ilaçları, diş bakımı, göz bakımı) finanse edilir. Yerleşik kişilerin yaklaşık %10'u, uzman seçme, acil olmayan cerrahi operasyonları daha çabuk yaptırma gibi durumları kapsayan tamamlayıcı özel sigortası yaptırmaktadır (Lopes ve diğerleri, 2010:107). NHS bütçesinin %80'ni doktorlarla ve hastanelerle sözleşme yapan 152 Birincil Bakım Hizmetleri (Primary Care Trusts-PCT) tarafından, coğrafik nüfus dağılımına bakım sunmak üzere kullanılmaktadır. Hastaneler Sağlık Bakanlığına karşı sorumludur ve çeşitli derecelerde özerkliğe sahiptirler. Uzmanlar ana olarak maaşlı hastane çalışanlarıdır, bununla birlikte bir çoğu ilave olarak özel hastalara bakmaktadırlar. NHS 2003 yılından bu yana küçük ama artan bir oranda, ameliyat ve teşhisler için özel kesimden hizmet satın almaya başlamıştır (Boyle, 2010:2).

3.5.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri

Marksist iktisadın sağlık sistemlerine yansıyan biçimidir. Sosyalist devrimlerin gerçekleştirildiği ülkelerde hayat bulmuştur. Temel özelliği toplumun tamamına eşit, ulaşılabilir, kamusal ve ücretsiz bir sağlık hizmeti sunumu sağlamaktır.

1917 Devrimi'nden sonra Sovyetler Birliği ile birlikte sosyalist sağlık sistemleri ortaya çıkmıştır. Sosyalist sağlık sistemlerinde, harcamaların hemen hemen tamamı devlet bütçesinden karşılanmış/karşılanmaktadır (Belek, 2001:163). Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı kamu tarafından sağlanır ve özel sektör yoktur. Sağlık sistemini sosyalist ve merkezi planlama esaslarına göre düzenlemiş olan ülkelerde en fazla vurgu yapılan ilkeler: sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanıp yürütülmesi, öncelikleri toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenen hizmetlerin toplum mülkiyetinde üretilmesi, herkese toplum kaynaklı sağlık güvencesi kapsamında ücretsiz sağlık hizmeti verilmesidir (Sargutan, 2005:425; Sargutan, 2006:62).

Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve önem verilir. Kişi başına sağlık personeli sayısı yüksek, dağılımı dengeli ve tümü kamu görevlisidir. Sosyalist sağlık sistemi ilk defa 1917 Devrimi'nden sonra Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde (SSCB) kurulmuş, özelliklerinin hemen hepsi SSCB sağlık sistemi içinde oluşturulmuş ve geliştirilmiş olması sebebiyle, bu ülkenin sağlık sistemi ve politikaları dünya çapında bir örnek teşkil etmiştir. Birçok yönü başka ülkelere tamamen veya kısmen örnek alınmış, temel özellikler ilke olarak aynı kalmak üzere sistem çeşitli ülkelerde ülkelerin özellikleri, ekonomik güçleri ve politik yaklaşımlarına göre çeşitli biçimlerde uygulanmıştır (Sargutan, 2005:425-426; Sargutan, 2006:63).

Sosyalist sağlık sistemleri, sosyalist devrimlerin ardından SSCB başta olmak üzere, sosyalist Doğu Avrupa ülkeleri, Kuzey Kore ve Küba'da uygulama alanı bulmuştur. Sosyalist sağlık sistemi Küba örneği üzerinden detaylı bir şekilde aşağıda incelenmiştir.

3.5.4.1. Küba Sağlık Sistemi

Küba sağlık sisteminde 1959'dan sonra önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Küba, kamu sağlığı hedefleriyle uyumlu biçimde, ekonomide, eğitim sektöründe ve çalışma yaşamında radikal değişiklikler gerçekleştirmiştir. ABD ambargosuna bağlı olarak ortaya çıkan ve devam eden sorunlara rağmen, Küba, sosyoekonomik değerlerinin halk sağlığı öncelikleriyle uyumlu olmasına bağlı olarak, halk sağlığında önemli gelişmeler göstermiştir. Küba, ekonomik seviyesinin düşüklüğüne rağmen, sağlık göstergeleri gelişmiş kapitalist ülkeler seviyesindedir, hatta bazı konularda onlardan da daha iyi durumdadır. Küba ekonomik güçle sağlık standartları arasındaki yaygın bağı kırmıştır. Küba sağlık sistemi yalnızca gelişmemiş ülkeler için değil gelişmiş ülkeler için de örnek olabilecek niteliktedir. Sağlık sistemi ağırlıklı olarak devlet bütçesinden finanse edilmektedir. 1959 devrimi öncesinde, Küba'nın sosyal, ekonomik ve sağlık bakımından durumu diğer Latin Amerika ve az gelirli ülkelerin durumuna benzerdi. Bugün ise kıt kaynaklarına rağmen sağlık düzeyi diğer ülkelere göre çok daha iyi olan bir ülkedir. Bu, önemli oranda sosyalizmin gereği olarak tercih edilen sosyal politikalarla ilişkilidir (Belek, 2009:199-200; Erkoç ve Çağlayan, 2007:459).

Devrim öncesinde Küba'da sağlık hizmetleri, özel sektör ağırlıklı, çok dar ve gelişmemiş bir kamu sektörü tarafından sağlanıyordu. Bir tane üniversite hastanesi vardı. Sağlık hizmetleri kent merkezlerinde yoğunlaşmış, kırsal alanlar sağlık hizmetlerine ulaşmada büyük yoksunluk yaşıyordu, kırsal alanda sadece bir hastane vardı. Hekimlerin %66'sı Havana'da çalışıyordu (Cooper, Kennelly ve Ordunez-Garcia, 2006:818; Sixto, 2002:325). Hizmet kalitesi değişik toplumsal sınıflar için farklılık gösteriyordu. Kentlerde orta sınıflar için paralı özel sağlık hizmeti ve küçük özel hastaneler vardı. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yoksullar için kentlerde hastaneler işletmekteydi. Özel sanayi ve tarım şirketlerinin kendi çalışanları için kurdukları küçük özel hastaneler vardı. Bu hastaneler işveren ve işçilerin katkılarıyla finanse ediliyordu (Belek, 2009:201).

Küba'da devrimle birlikte sağlık hakkı Anayasa ve yasaların garantisi altına alınmıştır. Kamu Sağlığı Yasa'sı (Public Health Law) devrimden hemen sonra Şubat

1959'da yayınlanmıştır. 1976 yılında kabul edilen son Anayasa devlete, bütün vatandaşlara parasız, evrensel, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunma, bireylerin sağlıklarını koruma görevini vermiştir. 43. maddede, bu bakımdan ırk, cinsiyet, inanç, etnisite farklılığına izin verilmeyeceği, 48. madde de yaşlı insanların sağlık bakımı ve 49. madde de çalışanların sağlık bakımının sağlanması ayrıntılı olarak tanımlanmış ve kamusal güvence altına alınmıştır. 1983'te yeni Kamu Sağlığı Yasa'sı (Public Health Law) yürürlüğe girmiş ve bu yasa ile devlet sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda sorumlu kılınmıştır. Yasa ile Halk Sağlığı Bakanlığı diğer kamu kuruluşları ile birlikte, kırsal alanlar dahil sağlık hizmetlerinin (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve dış sağlığı hizmetleri dahil) organizasyonundan ve ücretsiz bir şekilde sunumundan sorumlu tutulmuştur (Evenson, 2005:8).

23 Ocak 1960'ta Kırsal Sağlık Hizmetleri kurulmuş ve kırsal kesim sağlık hizmetlerin geliştirilmesine öncelik verilmiştir. 1959'da kırsal kesim hastane sayısı bir iken 1989 yılında kırsal kesimdeki hastane sayısı 64'e yükselmiştir. Kırsal sağlık hizmetlerine verilen önem sayesinde, kent-kır arasındaki eşitsizlikler giderilmiştir (Sixto, 2002:326).

Organizasyon ve hizmet sunumu

Küba Sağlık Sistemi, kapsamlı, bölgesel ve yerelleşmiş uygulamalarla sağlık hizmeti sunumunu sağlar. Küba sağlık sistemi üç düzeyde organize edilmiştir: ulusal, eyalet ve belediye düzeyinde. Ulusal düzey Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından temsil edilir, Bakanlık yönetsel olarak hizmet verir. Üniversite merkezleri, tıbbi araştırma merkezleri ve tıbbi ilaç üretim ve dağıtım merkezleri Bakanlığa bağlıdır. Eyalet düzeyi eyalet halk sağlığı komisyonunca temsil edilir ve aynı düzeydeki yönetim konsülünün doğrudan yönetsel ve finansal yönetimi altındadır. Hastaneler, kan bankaları, sağlık ve epidemiyoloji merkezleri ve sağlık çalışanları için eğitim merkezleri bu düzeyde Eyaletle bağlı olarak çalışırlar. Belediye düzeyinde belediye halk sağlığı ofisleri vardır ve bunlar da belediye yönetim konsülünün finansal ve yönetsel otoritesi altındadır. Belediye halk sağlığı ofisleri, poliklinikleri, kırsal, yerel, belediye hastanelerini, ağız sağlığı kliniklerini, rehabilitasyon merkezlerinin denetimini yapmaktan sorumludur (Sixto, 2002:327; PAHO, 2001).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda Kuba 1984 yılında aile hekimliği sistemine geçmiştir. Her mahallenin sorumluluğu bir aile hekimi ve bir hemşireye verilmiştir. Aile hekimleri hizmet verdikleri alanda yaşarlar. Kişiy ve çevreye yönelik koruyucu ve tedavi edici birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği ekibi tarafından sağlanmaktadır. Coğrafi ve aile temelli bir sistemdir. Her aile hekimi 120-160 aileden sorumludur (Cooper, Kennelly ve Ordunez-Garcia, 2006:818; Sixto, 2002:327).

Finansman

Kuba sağlık sistemi vatandaşlarının tümünü kapsamaktadır. Kuba’da bütün sağlık kurumları kamunundur ve personelin tümü, profesyonellik dereceleri, deneyimleri ve eğitimi dikkate alınarak ücretlendirilir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet bütçesinden sağlanmaktadır. Koruyucu, rehabilite edici ve hastanelerden yatarak alınan sağlık hizmetleri, kronik rahatsızlıklar ve diş sağlığı hizmetleri topluma ücretsiz olarak sunulur. Cepten ödemeler yalnızca ayaktan tedavide yazılan ilaçlar, işitme cihazları, diş ve ortopedik cihazlar, gözlük, tekerlekli sandalye ve benzeri cihazlar için katkı payı biçiminde yapılmaktadır. Bu durumlar içinde katkı payı ücretleri düşük tutulmuş ve devlet desteği sağlanmaktadır (PAHO, 2001).

2010 yılı itibariyle Kuba’da toplam kamu harcamalarının içinde sağlık harcamalarının payı %14, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı %91, kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise %10 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılı için satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı 607 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. Kuba’da doğumda beklenen yaşam süresi 80 yıldır (2009) (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012:70). Bin kişi başına düşen hekim sayısı 6,4 ve hastane yatağı sayısı 5,9’dur. Kuba’da canlı doğumda bebek ölüm oranı yüzbinde 53 (2008), bir yaş altı bebek ölüm oranı binde 5 (2009) ve beş yaş altı çocuk ölüm oranı binde 6’dır (2009) (WHO, World Health Statistics 2011).

Kuba sosyal ve ekonomik sorunlarını radikal sistem değişikliğiyle önemli derecede çözmüş bir ülkedir. Hem üçüncü dünya ülkelerinin hem de yüksek gelirli

kapitalist ülkelerin Küba'dan öğrenebileceği çok şey vardır. Eşitlikçi ekonomik sistem, insani eğitim, sağlık kaynaklarına ulaşım da eşitlik, toplum katılımı ve toplumun sosyalist organizasyonu, sağlık programlarının etkin uygulanması açısından gerekli zemini oluşturmuştur (Belek, 2009:207). Küba'da sağlık hizmetleri, toplumun tümüne evrensel, kapsayıcı, ücretsiz, eşit bir şekilde kamu eliyle sunulmaktadır. Küba'nın ekonomik seviyesinin düşüklüğüne rağmen, Küba sosyalist sağlık sisteminin temel sağlık göstergeleri, gelişmiş kapitalist ülkeler seviyesindedir. Küba sağlık sistemi, topluma sunduğu sağlık olanakları açısından (kişi başına düşen hekim ve hasta yatağı vb.) çoğu gelişmiş kapitalist ülkeden daha ileri bir seviyededir.

3.6. Sağlık Politikalarını Etkileyen Uluslararası Örgütler

II. Dünya Savaşı sonrasında 1946 yılında toplanan Birleşmiş Milletler toplantısında alınan karar doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası oluşturulmuş, iki sene bir ara komisyon tarafından kuruluş çalışmaları devam etmiş ve 1948 yılında DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) kurulmuştur. DSÖ sağlık alanında uluslararası işbirliğinin sağlanması ve en üst düzey sağlık seviyesine ulaşmak amacıyla kurulmuştur. DSÖ 1948-1980 yılları arasında uluslararası sağlık alanında oldukça etkili olmuştur. Bu süreçte DSÖ, tıbbi konularda teknik danışmanlık ve yardım sağlamak, standartları belirlemek, sağlık politikalarındaki değişimleri yönlendirmek ve desteklemek vb. gibi fonksiyonlar üstlenmiştir. 1980'den sonra ise sağlık alanında DB (Dünya Bankası) ön plana çıkmaya başlamıştır (Yıldırım ve Yalçın, 2001:549).

Devletin yeniden yapılandırılmasında “yapısal uyum” yöntemi, 1980'li yıllarda biçimlenen yeni bir dünya sistemi temelinde ve varlığı serbest piyasaya endekslenmiş bir demokratikleşme öngören yeni sağ ideoloji çerçevesinde ortaya çıkmıştır (Güler, 2005:83). DB ile yapılan anlaşmalar için 1980 yılı dönüm noktası olmuştur. DB'nin açtığı kredilerin 1980'li yılların başından itibaren niteliği değişmiş ve Yapısal Uyum Kredileri (Structural Adjustment Loans) adı altında politika üreten krediler sistemine geçilmiştir. Bu krediler ile iktisadi, sosyal, yönetsel yapının değiştirilmesi amaçlanmaktadır (Özkal, 2000:63). Uluslararası finans çevreleri (DB ve IMF) diğer

sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün de yeniden şekillenmesinde etkili olacak yapısal uyum programları ile kamusal harcamaların kısılması, deregülasyonu, kamu hizmetleri için kullanıcı katkıları gündeme getirmiştir (Yıldırım, 2000:63). Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından sağlık hizmeti üretenlerin özelleştirilmesi ve kamu kurumlarında kullanıcı ödentileri aracılığıyla özel finansmanın attırılması savunulmaktadır. Ayrıca kamu hizmetlerinin yabancı yatırımcılara ve piyasalara açılmasını hedefleyen ticari eğilimler, DTÖ (Dünya Ticaret Örgütü) tarafından şekillendirilmekte ve desteklenmektedir (Whitehead ve diğerleri, 2003:273).

Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşların baskıları sonucu yeni-liberal anlayışa uygun olarak sağlık hizmetlerinde reform süreci tüm dünyada yaygınlaşmaya başlamıştır (Küçük, 2010:198). Çevre ülkelerde uygulanan bu programlar, bütçe ve ödemeler dengesini kapatmakta genelde başarısız kalmış, hatta bir çok kez açıkların büyümesine de neden olmuştur. Çevre ülkelerin ekonomileri bu kredilerle daha da bozulmuştur. Dünya Bankası ve IMF'nin (International Monetary Found) gözetimi altındaki borçlu devletlerin harcamalarında birinci sırayı bu kuruluşlardan aldıkları borçların ana para ve faiz ödemeleri gelmektedir (Martin, 1995:59).

Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) önderliğinde Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS) çerçevesinde ülkelerin kamu hizmetlerinin dış yatırımlara ve piyasalara açılması öngörülmüştür. Bu çerçevede ülkelerin kamu hizmetlerinin karşılıklı serbestleştirilmesi için bir dizi yapısal reformlar gerçekleştirilmiştir. Bu girişim küreselleşme çerçevesinde uluslararası bir aktör olan DTÖ'nün yukarıdan aşağıya bir yaklaşımla sağlık da dahil olmak üzere tüm hizmetleri uluslararası düzeyde özelleştirmesi anlamına gelmektedir (Yıldırım ve Yalçın, 2004; Özen, 2002:183).

Sağlık alanındaki reform gündeminin temelini oluşturan en önemli ilke, sosyal yardım hizmetlerinin ve diğer devlet hizmetlerinin alıcılarını, bu hizmetlerin üreticilerinden ayırmadır. Sav, hükümetlerin sosyal yardım hizmetlerini finanse etmeyi sürdürmesi gerektiğidir. Hükümetler politikaların çerçevesini sunacak ve uygulamasını izleyeceklerdir. Ancak genel olarak bu hizmetlerin üreticisi olmayacaklardır (Pierson, 2000:162). Hizmeti finanse edenle sunan kurumu ayırmanın amacı, hizmetin sunum

kısının özel kesime devir edilebilirliğini sağlamaktır. Alıcıların üreticilerden ayrılması, devletin hizmet sunumundan çekilmesinin altyapısını sağlamış olacak ve bu sosyal alanlar özel kesim mal ve hizmet sunucuları için terk edilecektir. Bu bakış açısına göre devletin sağlık alanındaki sorumluluğu, finansmanı veya finansman örgütünün organizasyonunu sağlayarak, sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ve uygulamayı izleyip politika üretmektir.

Yeni-liberal dönemde Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası örgütler “sağlık reformları” adı altında ülkelerin sağlık sistemlerini piyasalaştırmasında aktif rol oynamışlardır. Bir yandan devletin rolü ve işlevlerinde bir dönüşüm yaşanırken, bu doğrultuda kamu sağlık hizmetlerinde bir paradigma dönüşümü yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, sunum ve yönetiminde kamunun rolü ve temel hizmet ilkelerinde köklü bir değişim yaşanmıştır. Bu dönüşümün arkasında sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması düşüncesi yer alırken, uluslararası örgütler tarafından ön planda tutulan gerekçeler; kamu kesimi harcamalarının sürdürülemez bir biçimde artması, “kamunun hantal yapısı”, kamu hizmetlerinin kalite ve etkinlikten uzak olması ve hizmet talebine cevap verememesi olmuştur (Ünlütürk-Ulutaş, 2011:19-27). Bu doğrultuda “sağlık reformları” adı altında ülkelerde, kamunun sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi, kamu hastanelerinin özleştirilip özelleşmesi, sağlık sektörünün uluslararası sermaye dolaşımına açılması yönünde düzenlemeler yapılmıştır.

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ

4.1. Türkiye’de İzlenen Sağlık Politikaları

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de değişen ekonomi politikalarına bağımlı olarak sağlık politikaları da değişmektedir. Türkiye’de izlenen sağlık politikaları, izlenen iktisat politikaları temel alınarak dönemselleştirilmiştir.² Sağlık politikalarının dönüşüm süreci iktisat politikalarının bir yansıması olarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda Türkiye Sağlık Sisteminin neden dönüştüğü ve neye dönüştüğü bu bölümde değerlendirilmeye çalışılmıştır.

4.1.1. 1923-1929 Sağlık Politikası

Türkiye Cumhuriyeti, 1923 yılında yeni bir devlet olarak ortaya çıktığında, uzun savaşlardan yıpranmış; tarım kesiminin başat olduğu, kentsel alanlarda ise, kapitalizm öncesi manifaktür aşaması olarak kabul edilebilecek basit üretim aşamasından öteye gidemeyen bir ekonomik yapı üzerine kurulmuştur (Önder, 2003c:11). 1923-1929 dönemi, Lozan Antlaşmasının gölgesinde, I. İzmir İktisat Kongresi kararları çerçevesinde liberal politikaların uygulandığı bir süreci ifade etmektedir. Bu dönem, genel olarak devlet müdahalesinin olmadığı, serbest piyasa ekonomisi kurallarının hakim olduğu bir süreçtir. Devlet bu dönemde, özel kesimi teşvik etmiş ve doğrudan girişimci olmaktan olabildiğince uzak durmuştur (Önder, 2003b:265; Müftüoğlu, 1996:65). Devlet ekonomik yaşantıda pek az rol almış, kıt kaynaklarını bazı altyapı kurumlarının kurulması ve yabancı sermaye elinde bulunan ve toplumun ortak gereksinimlerini karşılanmasında kullanılan kuruluş ve tekellerin devletleştirilmesine ayırmıştır (Talas, 1999:495).

² Sağlık politikalarının dönemselleştirilmesinde şu kaynaklar kullanılmıştır: Boratav, Korkut., **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009**, İmge Kitapevi, 17. Baskı, Ankara, 2012; Koray, Meryem., **Sosyal Politika**, İmge Kitapevi, 3. Baskı, Ankara, 2008; Soyer, Ata., “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, Sayı:9, Kış-Bahar 2003, s:301-319; Soyer, Ata., **Sağlığın Öyküsü**, Sorun Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2004; Talas, Cahit., **Ekonomik Sistemler**, Ezgi Kitapevi, 5. Baskı, Bursa, 1999

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. 1924 Anayasa'sında sağlık hakkı ile ilgili bir madde bulunmamaktadır. Günümüze ulaşan verilere göre 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmekteydi (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:19). 1923 yılında 950 yatağa sahip 3 devlet (memleket) hastanesi, 635 yatağa sahip 6 belediye hastanesi, 2450 yatağa sahip 45 özel idare hastanesi ve 2402 yatağa sahip özel, yabancı ve azınlık hastanesi vardı (Soyer, 2004:70). Cumhuriyet'in kuruluş yıllarında sağlık alanındaki temel sorunlar ise bulaşıcı hastalıklar ve sağlık çalışanlarının yetersizliğidir (Fişek, 1991:2; Aksakoğlu, 2008:6). Bu sorunlar dönemin izlenen sağlık politikalarını ve dolayısıyla da Sağlık Bakanlığı'nın önceliklilerini belirlemiştir.

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, toplumsal bir sorun haline gelen bulaşıcı hastalıklarla mücadelede öncelik vermiştir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermiş, salgın hastalıklarla mücadele amacıyla dikey örgütlenme yapısı geliştirmiştir. Dikey örgütlenmede, tek hastalıkla savaşan örgütler söz konusudur. Sağlık Bakanlığı, sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıklarıyla savaşmak üzere ayrı ayrı örgütler kurmuştur. Bu yapılanma içinde koruyucu sağlık hizmetleri topluma ücretsiz olarak sunulmuştur. Bu dönemde koruyucu hizmetleri özendirmek amacıyla, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere, tedavi edici hizmetlerde çalışan hekimlerden daha yüksek ücret verilmiştir (Fişek, 1991:2-3; Aksakoğlu, 2008:7).

Sağlık Bakanlığı sorumlu olduğu devlet hastaneleri dışında özel idarelere yol göstermek amacıyla 1924 yılında 4 adet Numune Hastanesi açmıştır (Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas'ta). Bu hastanelerin il merkezlerinde olması dolayısı ile il merkezi dışında yaşayan halkın sağlık hizmetlerine ulaşım problemi nedeniyle, ilçe merkezlerinde 1924 yılında 150 adet "Muayene ve Tedavi Evi" açılmıştır (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:19). Muayene ve Tedavi Evleri 5-10 yataklı, ağırlıklı olarak tedavi hizmetlerinin sunulmasının yanında, koruyucu sağlık hizmetlerinin de

verildiği sağlık birimleridir. Buralarda verilen muayene ve tedavi hizmetleri, verilen ilaçlar ücretsiz olarak sunulmuştur (Soyer, 2004:70).

Bu dönemde koruyucu hizmetlere verilen önemin aksine, tedavi edici hizmetlerin sunumunda ana rolün Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmemiş olması, hastanecilik hizmetlerinin yerel yönetimlere bırakılmış olması, sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi prensibine aykırı olup bu dönemin eksikliği olarak görölmektedir. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu hükümet tabipleri aracılığıyla gerçekleştirmeye çalışmış, ancak yetersiz kalmıştır. Bu hizmet hekim muayenahanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürölmüştür (Fişek 1991:3). Sağlık Bakanlığı, bu dönemde açtığı birkaç “Numune Hastanesi” dışında tedavi hizmetleri alanına girmemiştir. Sağlık Bakanlığı’nın tedavi hizmetlerinde sorumluluk almaması, bu hizmetlerin sunumunda özel kesimden bir beklenti içinde olduğunu düşündürtmektedir.

Bu dönemde hekim yetersizliği sorununu çözmek için tıp öğrenci yurtları açılmış ve öğrencilerin okuma, barınma, giyinme ve yaşama giderlerini karşılamıştır. Tıp fakölte si yurtlarında kalarak eğitimini bitirenlere, 4 yıl Sağlık Bakanlığı’nda zorunlu hizmet kuralı getirilmiştir (Öztek, 2001b:61). Böylece hekim sayısı 1930 yılında 1.182’ye ulaşmış olmasına karşın, bu sayı ö lke ihtiyaçlarının karşılanmasında çok yetersiz kalmıştır. Bu dönemde sadece bir tıp fakölte si bulunmaktadır (İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakölte si). Hekim yetiştirilmesi amacıyla yeni tıp fakölte lerinin kurulmaması Refik Saydam’ın en büyük eksikliği/hatası olarak değ erlendirilmektedir (Fişek, 2012).

Bu dönemde izlenen sağlık politikaları ana hatları ile şöyledir: koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiş, dikey örgütlenme modeli ile bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmiş ve harcamalar genel bütçeden finanse edilmiştir. Hastane hizmetlerinin yürütölmesi yerel idarelere bırakılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmemiştir. Bu hizmet hekim muayenahanelerinde, hastane polikliniklerinde sürdürölmüştür (Fişek, 1991:2-3).

Bu dönemde, devlet bütçesinin 137,3 milyon TL olduğu 1923 yılında Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 3 milyon TL (%2,21), 1925 yılında devlet bütçesi 183,9 milyon TL iken Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 4,8 milyon TL (%2,64), 1930 yılında devlet bütçesi 222,6 milyon TL iken Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 4,5 milyon TL (%2,02) olarak gerçekleşmiştir (SB, Sağlık İstatistikleri 2002:22).

4.1.2. 1930-1939 Sağlık Politikası

Cumhuriyetin ilk yıllarından beri her türlü devlet kolaylığı ve himayesini görmüş olan özel girişim, hareketsiz, pasif ve devletin endüstrileşme arzusunda etkisiz, isteksiz ve yetersiz kalmıştır (Talas, 1999:514). 1923-1929 yıllarında izlenen liberal politikaların endüstrileşmede başarılı olamaması (Koray, 2008:169), Lozan Anlaşmasına göre Osmanlı borçlarının ödenmeye başlaması ve 1929 yılında patlak veren Dünya Kapitalizminin krizi sonucunda izlenen ekonomik politikalardan vazgeçilerek, korumacı-devletçi politikalara yönelinmiştir. 1930-1939 döneminde iktisat politikaları bakımından iki belirleyici özellik vardır: korumacılık ve devletçilik. Bu yıllarda, dünya ekonomisi büyük krizin içinde sürüklenirken, Türkiye ekonomisi dışa kapanarak, devlet eliyle bir milli endüstrileşme denemesine girmiştir (Boratav, 2012:59-62).

Bu dönem, öncelikle sağlık altyapısının olduğu, sağlık alanının hukuksal çerçevesinin çizildiği bir dönem olmuştur. Dönemin en kritik gelişmelerinin başında, ülkedeki koruyucu sağlık hizmetlerinin anayasası diye nitelendirilebilecek olan, 1930 tarihli ve 1539 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gelmektedir (Soyer, 2004:75; Aksakoğlu, 2008:8). Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile gündeme gelen yeni sağlık stratejisi şu şekilde özetlenebilir: Ülkenin sağlık koşullarını düzeltmek, halkın sağlığına zarar veren bütün hastalıklar ve diğer zararlı etmenlerle mücadele etmek, gelecek kuşakların sağlıklı yetişmesini sağlamak, halkı tıbbi ve sosyal yardıma kavuşturmak devletin genel hizmetlerindendir (Madde 1). Genel sağlık hizmetlerine ilişkin devlet görevleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yerine getirilir. Bakanlık bu konuda, Milli Savunma Bakanlığı hariç, il özel idareleriyle belediyelere ve diğer yerel

idarelere bırakılan hizmetlerin yerine getirilmesini denetlemekle de görevlidir (Madde 2).

İlk adımları 1923'te başlayan bulaşıcı hastalıklarla savaş, 1930 sonrasında hem sistemli bir hale gelmiş hem de ulusal bir sağlık politikası özelliği almıştır. Bunda Umumi Hıfzısıhha Kanunu çok etkili olmuştur. Bu dönemde izlenen dışa kapalı devletçi kalkınma politikaları, sağlık alanında kendini, yerli aşı ve serum üretimine başlanması şeklinde göstermiştir. 1928 yılında bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla kurulan Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü'nde, 1931'de serum ve aşı üretimine başlanmıştır. 1933'de Simple Metodu ile kuduz aşısı, 1937'de kuduz serumu üretimine başlanmış ve 1934'de çiçek aşısı üretimi ülke ihtiyacını karşılayacak düzeye ulaşmıştır (Soyer, 2004:76-78; Aksakoğlu, 2008:8).

İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi bu dönemde (1936) açılmıştır. Bununla birlikte numune hastanelerinin sayısı 5'e ulaşmıştır. Tedavi hizmetlerindeki yetersizlik sonucunda Sağlık Bakanlığı 1936 yılında 20 tane daha "Muayene ve Tedavi Evi" açmıştır. (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:20). 1930'da 12 olan devlet hastanesi sayısı, dönem sonunda 15'e, yatak sayısı ise 2095'den 4.130'a yükselmiştir. Bu dönemde hekim sayısı 1.182'den 2.387'ye çıkarken, hemşire sayısı 202'den 405'e, ebe sayısı ise 400'den 616'ya çıkmıştır (Soyer, 2004:78).

Sağlık hizmetlerinin kırsal kesime ulaştırılabilmesi amacıyla, "seyyar tabiplik" uygulaması da bu dönemde başlamıştır. Devlet tarafından atanan, olanakları il özel idarelerince sağlanan, bir ayın 20 günü köy ziyaretleri yapmakla yükümlü olan, köyde ayaktan tedavi yapan ve ilaçları ücretsiz dağıtan bu hekimler birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda önemli işlevler görmüştür (Soyer, 2004:79).

İzlenen devletçi politikaların bir yansıması olarak bu dönemde Sağlık Bakanlığı'nın devlet bütçesi içindeki payı artarak devam etmiştir. Devlet bütçesinin 190 milyon TL olduğu 1935 yılında Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 4,8 milyon TL (%2,54), 1940 yılında devlet bütçesi 268,4 milyon TL iken Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 8,2 milyon TL (%3,05) olarak gerçekleşmiştir (SB, Sağlık İstatistikleri 2002:22).

4.1.3. 1940-1945 Sağlık Politikası

Türkiye, II. Dünya Savaşı'na girmemesine karşın savaş ekonomisinin tüm olumsuz yansımalarını yaşamıştır (Talas, 1999:529). Yetişkin nüfusun büyük bir bölümünün askere alınması üretimde büyük düşmelere neden olmuştur. Endüstri yatırım programları, savaş ekonomisi nedeniyle savunma harcamalarının bütçeye hakim olmasından dolayı ertelenmiştir. 1940-1945 dönemi iktisadi gelişmenin durduğu bir dönem olmuştur (Boratav, 2012:81).

Bu dönem, iktisadi ve sosyal yaşantıda olduğu gibi, sağlık alanında da olumlu gelişmelerin kesintiye uğradığı bir süreç olmuştur. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı, artan bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye ağırlık vermiş, temel programlar sürdürülmüş ve aşı üretim miktarları artırılarak devam etmiştir. 1942-44 yılları arasında yaşanan çiçek hastalığı salgınında 6 bini aşkın çiçekli tespit edilmiş ve hastalığa yakalananlardan 678'i ölmüştür. Savaş sırasında yükselen başka bir hastalık da sıtma olmuştur. Bunda nüfus hareketlerinin yanı sıra, sıtma ilaçlarının ithalinin savaş nedeniyle aksamış olması da etkili olmuştur. 1942 ve 1943 yıllarında sıtmanın yükselmesi sonucunda, sıtma oranı %32'ye çıkmıştır. Tüberküloz da, savaş ortamında hızla artan ve ölümleri de sıklaşan bir başka bulaşıcı hastalık olmuştur. Tüberkülozdan ölümler, toplam ölümler içinde %13,5'a ulaşmıştır (Soyer, 2004:84).

Tedavi hizmetleri de, savaş ortamından etkilenmiş, yatırımlar önemli ölçüde aksamıştır. Bu dönemde, İstanbul Göğüs Cerrahi Merkezi (1941), İstanbul Baltalimanı Kemik Hastanesi (1943), Aydın Doğum ve Çocuk Bakımevi (1942), vb. birkaç örnek dışında yeni sağlık kurumu açılmamıştır (Soyer, 2004:85). Bu dönemde Türkiye'nin 2. tıp fakültesi 1945 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi açılmıştır.

4.1.4. 1946-1960 Sağlık Politikası

1929 dünya bunalımı ile birlikte uygulamaya konulan kapalı, korumacı, dış dengeye dayalı, içe dönük, devletçi iktisat politikaları, 1946 yılından itibaren terkedilmiştir (Soyer, 2004:85). Bu dönemde, tutarlı bir ekonomi politikası yerine

değişen, yalpalayan, devletçilik ile özel girişimcilik arasında bocalayan, başka bir deyimle ekonomik yaşantıda devlete ağırlık vermeyi düşünmeyen bir politika güdülmüştür (Talas, 1999:549). 1950-1960 döneminde özel kesime önem veren bir endüstrileşme politikası izlenmiş olmasına karşın, özel kesimde yeterli sermayenin bulunmaması nedeniyle de devletçi ekonomik politika da tam olarak terk edilememiştir (Koray, 2008:172).

Bu dönemde, II. Dünya Savaşı sonrasında oluşan; sıtma, çiçek, frengi ve cüzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu çıkarılmış (SB, Sağlıkta Dönüşüm 2003:9), 1952 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü kurulmuş ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri açılarak dikey yapılanmalar daha da yaygınlaştırılmıştır (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:20).

1950'lere yönelirken Türkiye'nin sağlık politikası aşınmaya başlamıştır. Bunun temel nedeni çok partili rejime geçiş öncesi hükümetin halkın beğenisini kazanmaya yönelik popülist davranmasıdır. Bu yaklaşımla ilçelere hükümet tabipleri atanmaya başlanmıştır. 1950'lere girerken hükümet tabipliği temelinde örgütlenen ve resmi belge damgalamaktan öte bir işlevi olmayan bir kamusal yapılanma, ondan bağımsız çalışan çok az sayıdaki devlet hastanesi ve bunların üzerinden beslenen özel muayene hekimleri, sağlık örgütlenmesi modelinin temelini oluşturmaktaydı (Aksakoğlu, 2008:9).

Bu dönemde kırsal kesimin sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verileceği sağlık merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Bu merkezlere 2 hekim, 1 sağlık memuru, 1 ebe ve 1 ziyaretçi hemşire ile 10'ar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memuru atanmaya çalışılmıştır. Sağlık merkezleri sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'te 181'e ve 1960 yılında 283'e yükselmiştir (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:21).

Kırsal kesimin sağlık hizmetlerinden yararlanması için açılan sağlık merkezlerinin yetersizliğinden dolayı bu dönemde kırsal bölgelerde yaşayanlar çok

büyük zorluklar yaşamaya devam etmişlerdir. Bu dönemde tedavi hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığının rol üstlenmeye başlamasına karşın devlet hastanelerinin yetersizliği, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerin zorunlu olarak özel muayene hekimlerine yöneltildiği bir döngüye neden olmuştur. Bu dönemde özel muayene hekimi ve yetersiz devlet hastaneleri ikilisi hastaların sömürülmeye yönlendirildiği bir yapılanma oluşturmuştur (Aksakoğlu, 2008:10).

Bu dönemde hastanecilik hizmetleri ile ilgili anlayış değişmiş, yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altında olduğu ilkesi benimsenmiş, belediye hastaneleri 1953 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir ve Bakanlık il ve bazı ilçelerde devlet hastaneleri açmaya başlamıştır (Öztek, 2001b:62). Böylelikle temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:20).

Hastanecilik hizmetlerine verilen önem ve öncelik sonucunda, koruyucu hizmetlerde ve kırsal kesimde çalışan pratisyen hekimler daha cazip olan kentlerdeki hastanelere kaymıştır (Öztek, 2001b:62). Sağlık Bakanlığı tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda rol almaya başlarken, bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri ve kırsal kesimde yürüttüğü sağlık hizmetlerini ikinci plana itmesi bu dönemin olumsuz uygulamaları olarak görülmektedir.

Bu dönemde Genel Sağlık Sigortası'nı kurulması için çalışmalar başlatılmış, uzun çalışmalar sonucunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir (Fişek, 1991:3). Bunun üzerine 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş ve SSK 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamıştır (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:22). Emekli Sandığının oluşumuyla ilgili çalışmalar da bu dönemde başlatılmış ve 1949 tarihinde 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu çıkartılarak, sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır.

Bu dönemde 3. tıp fakültesi olarak Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında açılmıştır. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020'den 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1.658'e, ebe sayısı ise 1.285'ten 3.219'a yükselmiştir. 1950 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı 118 kurumda 14.581 yatak sayısı var iken, 1960 yılına gelindiğinde 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşılmıştır (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:21-22). Tedavi kurumlarındaki artışın ana kaynağı belediyelere bağlı sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devrinden kaynaklanmaktadır.

Bu dönemde, 1950 yılında Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 60,6 milyon TL (%4,08), 1955'de 152,5 milyon TL (%5,18), 1960 yılında ise Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 382,7 milyon TL (%5,27) olarak gerçekleşerek, Cumhuriyet tarihinde devlet bütçesi içinde en yüksek Sağlık Bakanlığı paylarının ayrıldığı bir dönem olmuştur (SB, Sağlık İstatistikleri 2002:22). Ancak bu kaynaklar ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetlere aktarılmıştır.

Cumhuriyetin başından beri genel politika ya da resmi politikaya hakim olan görüş, sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olması ise de, alttan alta bu hizmetlerin özel sektör aracılığıyla götürülmesi görüşü hep var olmuştur. Bu durum ikircikli bir yapıya neden olmuştur, bir yandan kamu eliyle sunulan sağlık hizmetleri olabildiğince güçlendirilmek ve yaygınlaştırılmak istenirken, öte yandan da özel kuruluşların gelişmesi için büyük çaba harcanmıştır. Sağlık politikaları alanında var olan bu zıt yapı, 1952'den sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde, hizmetlerin özel sektör ve kuruluşlarına devredilmesi anlayışı hakim görüş haline gelmeye başlamıştır (Akdur, 1998:1988).

4.1.5. 1961-1980 Sağlık Politikası

1950'li yıllarda izlenen, özel girişimi teşvik edici ve dışa bağımlı ekonomik politikalar, 1950'lerin sonlarında dış ödeme gücü ve enflasyonla sonuçlanmıştır. Bu gelişmeler, özellikle sivil ve askeri bürokrat kesiminin sermaye kullanımında planlamaya gidilmesi görüşlerinin belirmesine neden olmuştur. 27 Mayıs 1960 askeri darbe sonrasında bu görüşler doğrultusunda planlı ekonomi dönemi başlamıştır

(Müftüoğlu, 1996:71). Türkiye’de, 1960-1980 döneminin belirgin özelliği, planlı ve ithal ikameci politikaların uygulamaya sokulmasıdır. 1961 Anayasası ile kurulmuş olan Devlet Planlama Teşkilatı öncülüğünde, beş yıllık kalkınma planları doğrultusunda yeni bir kalkınma ve endüstrileşme hamlesine girilmiştir.

1961 Anayasası geniş bir sosyal haklar kataloğu getirmiştir. Bu sosyal haklar: ailenin korunması, mülkiyet hakkının toplum yararına düzenlenmesi, çalışma ve sözleşme özgürlüğü, ekonomik ve sosyal hayatın ve çalışma alanının düzenlenmesi, sosyal güvenlik hakkı, sağlık hakkı, öğrenimin sağlanması, çalışma hakkı, sendika ve grev hakkıdır. Devlet, kişiye tanınan bu hakları yerine getirmekle yükümlüdür (Yıldırım, 1994:48). Bu dönemde sosyal güvenlik sistemi yaygınlaşmaya başlamıştır. Ayrıca eğitim ve sağlık gibi pek çok kamu hizmetinin ayırım yapılmadan parasız sunulması da bu dönemde gerçekleşmeye başlamıştır (Boratav, 2003:58).

1961 Anayasası “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”(Madde 49) hükmüyle devlet, sağlığı temel bir insani hak olarak tanımlamış ve bu hizmetin vatandaşlara sunumunda kendisini dönemin “sosyal devlet” anlayışına uygun olarak sorumlu kılmıştır.

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ve bu yasaya dayandırılarak uygulanan Sosyalleştirme Programı yürürlüğe girmiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Hakkındaki Kanun 1963 yılından itibaren uygulanmaya başlanmış ve 1980’e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir. Sosyalleştirme programı ile yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışı içinde sağlık evleri ve sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya yönelinmiştir (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:23).

224 sayılı Kanun bir ilkeler kanunudur, bu ilkeler şunlardır: 1- Eşit ve Sürekli Hizmet: Sağlık hizmeti almak bir insan hakkıdır. Dolayısıyla herkese ve her yerde verilmelidir. Sosyalleştirme uygulaması içinde, halkın yaşadığı en uç noktadaki köylere

kadar ulaşılabilecek bir sağlık hizmet ağı kurulması öngörülmüştür. 2- Entegre Hizmet: 1961 yılına kadar sağlık hizmetleri “geniş bölgede tek yönlü hizmet” modeline uygun olarak örgütlenmiştir (sıtma savaşı, trahom savaşı gibi). Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ise “dar bölgede çok yönlü hizmet” ilkesini getirmiştir. Bu hizmetler çok amaçlıdır, koruyucu ve tedavi edici hizmetler aynı birim tarafından (sağlık ocağı) verilir. Bu tür hizmete entegre hizmet denir. 3- Kademeli Hizmet: Hastaların, önce birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına (sağlık ocağı) başvurmaları, evde ve ayakta tedavi edilemeyenlerin ikinci basamakta olan hastanelere sevk edilmeleri gerekir. Böylece, hastaneler gereksiz yükten korunacak, hastalar hastaneye gitme zahmetinden kurtulacak, aynı zamanda daha erken ve kolayca tedavi edilebileceklerdir. 4- Katılımlı Hizmet: Halk, sağlık hizmetlerini benimser ve ona sahip çıkarsa, başarı artar. Bu nedenle, hizmetlerin planlanması ve uygulanması aşamalarında o hizmeti alacak kişilerle ilişki kurmak ve onları karar mekanizmasına katmak esastır. Kanun çerçevesinde her sağlık ocağında kurulması gereken “sağlık ocağı sağlık kurulu” vardır. Bu kurul bölge muhtarı, imam, okul müdürü ve belediye başkanından oluşur. Kurulun üç ayda bir toplanması, bölgenin sağlık hizmetleri hakkında kararlar alması beklenir. Ancak bu kurullar düzgün bir şekilde çalışmamıştır. Bunu ülkemizde demokrasi kültürünün yerleşmemesi ile açıklayabiliriz. 5- Nüfusa Göre Hizmet: Yasaya göre, her 5.000-10.000 kişi için bir sağlık ocağı, her 2.500 kişi için ise bir sağlık evi kurulacaktır (Öztek, 2001b:63).

1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve Beş Yıllık Kalkınma Planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. I. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1963-1967) da sosyalleştirme politikalarını temel alan programlar oluşturulmuştur. I. Beş Yıllık Kalkınma Planının sağlık programının ana ilkesi halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla planda halk sağlığı (koruyucu hekimlik) hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir. Tedavi hizmetleri ise koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak ele alınmıştır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki ana sorumlu makam Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıdır. Sağlık hizmetleri örgütünün birinci basamağı koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini halkın ayağına götüren ve ortalama 7 bin nüfusu içine alan Sağlık Ocakları programı ile yürütülecektir. Bu plan

çerçevesinde kamu sektörü sağlık hizmetlerinin (Milli Savunma Bakanlığı hariç) bir elden yürütülmesi öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için her çeşit tedbirin alınması ve uygulanması; özel sektörün hastanecilik hizmetleri için teşvik ve desteklenmesi; kamu hastanelerinin döner sermayeli kurumlar haline getirilmesi; yerli ilaç sanayinin teşvik edilmesi; sağlık sigortasının kurulması hedeflenmiştir (DPT, I. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963:406-414).

Dönemin sağlık politikasının bileşenleri: sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlanması; hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak ederek yararlanması; köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarının kurulması ve bu sağlık ocaklarının hastaneler ile işbirliği yaparak tedavi hizmetlerini yürütmesi; kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi şeklinde ifade edilebilir (Fişek, 1991:3-4).

Toplum sağlığının her yönüyle gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlanması ve bu görevin Devlet eliyle yürütülmesi olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine 1963 yılında I. Beş Yıllık Kalkınma Planı çerçevesinde başlanmış ve söz konusu program II., III. ve IV. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında yer almıştır. Beş Yıllık Kalkınma planlarında hepsinde her yıl 300 sağlık ocağının açılması hedeflense de 1963-68 yılları arasında bu hedefe en çok yaklaşılarak bu dönemde 23 ilde toplam 570 adet sağlık ocağı açılabilmiştir. 1972 yılı itibariyle sosyalleşme programı 25 ilde 916 sağlık ocağı sayısına ulaşmış, 1978 yılında ise 37 ilde toplam 1.365 sağlık ocağı sayısına ulaşılmıştır (DPT, I., II., III., IV. Beş Yıllık Kalkınma Planları).

I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda "sağlık sigortasının" kurulması ifadesi yer alırken, II. III. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında "Genel Sağlık Sigortası"nın kurulması hedeflenmiş, IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise "sosyalleştirme ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri Devlet tarafından karşılanacaktır" ifadesi yer almıştır (DPT, I., II., III., IV. Beş Yıllık Kalkınma Planları).

Bu dönemde hazırlanan tüm kalkınma planlarında yataklı tedavi kurumlarının tek elde toplanması (MSB ve Üniversiteler dışında) ve tek bir sistem içinde yürütülmesi öngörülmüş, ancak bu gerçekleşmemiştir. I. ve II. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında özel sektörün hastane kurmasına ilişkin teşvik ve desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda hastanelerin döner sermayeli kurumlar haline getirilmesi öngörülmüş ve II. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise döner sermaye uygulamalarının geliştirilmesi hedeflenmiştir (DPT, I., II., III., IV. Beş Yıllık Kalkınma Planları).

1965 yılında ülkedeki toplam yatak sayısı 70.830 ve onbin kişiye düşen yatak sayısı 22,6'dır. 1967 yılında yatak sayısının onbin kişi için 23'e ve 1977'de ise onbin kişi için 25'e çıkarılması hedeflenmiştir. 1977'de gerçekleşen toplam hasta yatağı sayısı 105.053 ve onbin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 25'tir. Bu anlamda Beş Yıllık Kalkınma planları ile hedeflenen yataklı tedavi kurumlarındaki gelişmenin başarılı olduğu söylenebilir (DPT, I., II, IV. Beş Yıllık Kalkınma Planları).

Kalkınma planlarında öngörülen sağlık yatırımlarının 1963-68 döneminde %25'i, 1968-72 döneminde %45'i ve 1973-77 döneminde ise %40'ının sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kapsamında sağlık ocaklarına ve halk sağlığı hizmetlerine ayrılması öngörülmüştür. Her yıl 300 adet sağlık ocağının açılması planlanmış olmasına karşın sosyalleştirme programına öngörülen yatırımların yapılmaması nedeniyle 1978 yılına gelindiğinde 37 ilde toplam 1.365 sağlık ocağı sayısına ulaşılmıştır. 1978 yılı itibarıyla sağlık ocağı ve sağlık evlerinde hizmet gören hekim kadrolarının %64'ü, hemşire kadrolarının %55'i ve ebe kadrolarının %42'si boş bulunmaktadır. Sosyalleştirme programındaki kadroların eksikliğine ve sağlık ocaklarının yaygınlaştırmasına baktığımızda 1963-68 dönemi hariç sosyalleştirme programına gerekli desteğin verilmediği görülmektedir (DPT, I., II., III., IV. Beş Yıllık Kalkınma Planları).

Sosyalleştirme programı çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştiği, sağlık ocakları sistemi ile birinci basamak hizmetlerin örgütlendiği ve kırsal kesime sağlık hizmetlerinin ulaştırılması konusunda gelişmeler yaşandığı bu dönemde, sosyalleştirme programına gerekli desteğin verilmemesi sonucunda istenilen düzeye ulaşamamıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi 1963'te başlamış ve 15 yıl

içinde tüm ülkeye yayılması planlanmış olmasına karşın, gerekli desteği görmediği için 1983 yılında tüm ülkeye yayılabilmektedir (Aksakoğlu, 2008:30). Sosyalleşme programı ülke sağlık hizmetlerini geliştirmiş olmasına karşın, istenilen düzeyde gelişmeye ulaşamaması ve başarısız olmasının başlıca nedenleri Nusret Fişek tarafından şöyle özetlenmiştir: 1965 sonrası hükümetlerin sosyalleştirme programına inanmaması, sağlık ocaklarına yeterli sayıda hekim atanmaması, sağlık ocağı-hastane işbirliğinin kurulamamış olması, personel ödeneklerinin ödenmemesi, yeterli araç, gereç ve ilaç desteğinin sağlanmamış olmasıdır (Fişek, 1991:4).

Genel Sağlık Sigortası kavramı Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) gündemine ilk defa bu dönemde girmiştir. İlk olarak Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak Bakanlar Kurulu'na sevk edilememiştir. II. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM'ye sunulmuş, ancak kabul edilmemiştir. 1974 yılında ise TBMM'ye yeniden sunulmuş, ancak görüşülememiştir (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:23).

1960'lı yıllara gelindiğinde ülkemizde hakim olmaya başlayan anlayışa göre, sağlık hizmetlerinin yetersiz kalmasının en büyük nedeni, hekimlerin serbest çalışabilme hakkına sahip olmasıdır; hem devlet görevinde hem de serbest çalışan hekimden yeterli ölçüde yararlanılamamaktadır (Aydın, 2004:77). Bu nedenle 1978 yılında Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışması Esaslarına Dair Kanun çıkmış ve kamu personeli olan hekimlerin kamu ve özel kurumlarda birlikte çalışmasının önüne geçilmiştir. 12 Eylül 1980 askeri darbesinin hemen ardından çıkarılan Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile hekimlerin tam gün çalışmasına ilişkin kanun yürürlükten kaldırılarak hekimlere tekrar muayenehane açma serbestliği getirilmiştir.

Bu dönemde bir yandan kamunun sağlık hizmetlerindeki rolü ve sorumluluğunun kapsamı genişletilirken, bir yandan da özel sağlık sektörünün gelişimin önü açılmaya çalışılmıştır. İlk özel hastanelerin açılması da bu dönemde gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığının bütçe içindeki payının %4-5 gibi oranlara yükseldiği, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi kapsamında sağlık ocaklarının

yaygınlaştırılarak sağlık hizmetlerinin ülkenin en uç noktalarına kadar ulaştırıldığı bir dönem olmasının yanında, bu dönemdeki beş yıllık kalkınma planlarında özel sağlık sektörünün desteklendiği, Genel Sağlık Sigortası çalışmalarının başlatıldığı ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde döner sermaye uygulamalarına geçilen bir dönem olmuştur (SB, Sağlık İstatistikleri 2002:22).

4.1.6. 1980-2002 Sağlık Politikası

1974 Kıbrıs askeri hareketi, 1979 krizi, petrol şokları gibi siyasal ve ekonomik etkilerle 1970'lerin sonuna doğru ülkedeki ekonomik sorunlar ve siyasal bunalım sonucunda, 24 Ocak 1980 tarihinde alınan kararlar ve bu kararları uygulayacak olan askeri darbe ile Türkiye yeni bir döneme girmiştir. Türkiye'de 24 Ocak 1980 Kararları ile devlet, ithal ikameci politikalarına son vermekte, dışa açık büyümeyi ve liberalleşme politikalarını öngörmektedir (Boratav, 2012:147; Sönmez, 2003:68). 24 Ocak Kararları, sermayenin emek karşısında güçlendirilmesini ve siyasetin ekonominin gereklerine uyarlanmasını hedef almaktadır. Bu hedeflere ulaşılması ise, siyasal önderlik sorununun çözümüne ve sınıf hareketlerinin kalıcı bir şekilde bastırılmasına bağlıdır (Öngen, 2003:172). Yükselen sınıf mücadelesi ve istikrarsızlık ortamında gerçekleştirilen askeri darbe ile 24 Ocak Kararları askeri yönetim tarafından uygulanmaya başlanmıştır (Kazgan, 1995:164).

1970'lerde kapitalist sistemde başlayan istikrarsızlık ve daralma, "sosyal refah" devletin küçültülmesine odaklanan yeni-liberal politikalar ile aşılmaya çalışılmaktadır. Türkiye'de de benzer bir süreç yaşanmış, 1977 yılında ilk belirtileri ortaya çıkan ekonomik bunalım, 24 Ocak 1980 Kararları olarak adlandırılan yeni-liberal politikaları gündeme getirmiştir. Bu kararlar, IMF'nin 1970'li yıllardan itibaren pek çok az gelişmiş ülkeye empoze ettiği standart istikrar politikası paketi ile DB tarafından geliştirilen yapısal uyum programını içermektedir. İktisat politikası ağırlıklı bu kararlar, başta sağlık politikası olmak üzere diğer sosyal politika alanlarına da yayılmış, özelleştirme ve ticarileşmeye odaklanan politikalarla kamu sağlık hizmetlerini önemli oranda aşındırılmıştır (BSB, 2008:221). 1980 sonrası dönemi genel karakteri olarak, dışa açık ve yeni-liberal ekonomi politikalarının uygulandığı (Soyer, 2003:303) ve

bunun paralelinde sağlık politikalarında yeni-liberal dönüşümün yaşandığı bir dönem olarak ifade edebiliriz (BSB, 2008:222).

Bu dönemde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, 1982 Anayasası ile devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğunun değişmesidir. “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla Genel Sağlık Sigortası konabilir.” (Madde 56). Anayasa’daki bu değişiklik, temelde “sosyal devlet” anlayışının değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Bu değişiklik ile devletin sağlık alanındaki sorumluluğunun düzenleyici ve denetleyici bir role dönüştüğü görölmektedir. 1982 Anayasası ile Cumhuriyet tarihinde ilk defa, devletin sağlık ile ilgili görevlerini, özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü getirilmiştir.

1981 yılında kabul edilen 2368 sayılı Yasa ile kamu sektöründe ve sosyalleştirme kapsamında çalışan hekimlere serbest çalışma izni verilmiştir, böylece sosyalleştirmenin dayandığı ana prensiplerden biri ortadan kalkmıştır (Özdemir, 2001:271).

Kamu hizmetleri aleyhine ve özel sermayeyi destekleyici ilk önemli kararlar Milli Güvenlik Kurulu yönetimince “parasız hizmet olmaz” söylemlerinin eşliğinde bu dönemde başlamıştır. 1981 yılı sonunda alınan bir Bakanlar Kurulu Kararı ile, sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, sağlıkta kamu fonlarının özel sektöre aktarılması dönemi başlamıştır. Yine 1983 tarihinde, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda döner sermayenin kapsamı genişletilmiştir. Böylece, daha sonra bütçeden ayrılan payın azaltılması yoluyla, kamu sağlık kurumlarına ayakta kalmanın yolu olarak hizmetlerini fiyatlandırmaları yolu gösterilmiş, sağlık hizmetleri paralılaştırılmaya başlanmıştır (Soyer, 2003:306).

12 Eylül askeri darbe yönetiminden sonra 1983 yılında iktidara gelen ANAP Hükümeti, programında özel sağlık kuruluşlarının kurulmasının teşvik edilmesini önüne hedef olarak koymuştur. V. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin teşvik edilmesi, özel sağlık hizmetleri fiyatlarının serbest bırakılması, kamunun özel sağlık sektöründen hizmet satın alması, dönemin sağlık politikasının temel ilkeleri arasında belirtilmiştir. Yine aynı doküman da kamu hastanelerinin “Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınması”, “hastane işletmeciliği” yaklaşımıyla hizmet üretmesi anlayışı benimsenmiştir. Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak da “Sağlık sigortasına geçiş, dönem içinde ele alınacaktır.” ifadesi yer almıştır (DPT, V. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985:152,154).

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (SHTK) çıkarılmıştır. Birçok maddesinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesine karşın bu yasa, sağlık politikamızın belirleyici yapısal dönüşümünün ifadesidir. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alandaki sorumluluğuna son verilmesi, sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile oluşturulan baskının meşrulaştırılması ile SHTK, kendisinden sonraki tüm yasa girişimlerinin/tartışmalarının öncüsü olmuştur. Söz konusu yasa ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmış, kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, kamu kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmıştır (Soyer, 2003:307).

1990-1994 yıllarını kapsayan VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda dönemin liberalleşme politikalarına paralel olarak, sağlık politikasının temel ilkeleri arasında “sağlık hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi”, “sağlık hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilmesi” yer almıştır (DPT, VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990:290-291).

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” adında temel plan hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1.

Ulusal Sağlık Kongresi (1992) ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi (1993) gerçekleştirilmiştir. “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” ile sağlıkta serbest piyasa ekonomisini hakim kılacak politikalar geliştirilmeye başlanmış ve sonrasında “Sağlık Reformu Projesi” şeklinde ifade edilecek olan sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

“Sağlık Reformu” çalışmaları doğrultusunda 1990 yılında DB projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı ve “Bakanlık bürokrasisini büyük ölçüde devre dışı bırakan” Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur. Koordinatörlük, DB’nin sağlık kredi anlaşmalarında geleneksel yaklaşımın yerine “politika reformu” yaklaşımının benimsendiği bir dönemde kurulmuştur. Politika reformu yaklaşımı, sektör için kullanılan kredilerin özelleştirme politikalarını desteklemesini öngörmektedir. Dünya Bankası’nın temel yaklaşımı devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleri ile sınırlayarak, tedavi edici hizmetlerin ise özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir. Sağlıkta özelleştirme üç aşamada gerçekleşecektir. İlk olarak, hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilerek yerelleşme sağlanacaktır. Bu adım, hizmetlerin etkinliğini ve hizmetten yararlananların denetiminin sağlanması gerekçesi ile savunulmaktadır. İkinci olarak, kamu kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması istenmektedir, bu adım sosyal güvenlik sistemindeki düzenlemelerle pekiştirilmektedir. Sosyal güvenlik sisteminde getirilen yeni anlayış ise, prim ödeme yükümlüğünün bütünüyle çalışanlara yüklenmesi ile sosyal güvenlik fonlarının mali piyasalara açılmasıdır. Üçüncü adım ise doğrudan özelleştirme olacaktır (Güler, 2005:192-194).

Bu dönemdeki önemli uygulamalardan birisi de 1992 tarih 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun”un çıkartılmasıdır. Bu kanunla hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan dar gelirlilere (Genel Sağlık Sigortası’na geçilinceye kadar) sağlık giderlerinin devletçe karşılanacağı karara bağlanmıştır. Bu uygulama ile sosyal güvencesi olmayan dar gelirli vatandaşların yatarak tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmıştır. “Yeşil Kart” kapsamında ayaktan tedavi giderleri ise 2005 yılından itibaren karşılanmaya başlanmıştır (RG 22/12/2004 - 25678).

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından 1990 yılındaki “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” temel alınarak, bunun devamı niteliğinde “Ulusal Sağlık Politikası” hazırlanmıştır. Ulusal Sağlık Politikasının temel ilkeleri olarak: “Sağlık Bakanlığının sektörü planlayan, politika üreten ve denetleyen bir kuruma dönüşmesi; temel sağlık hizmetlerinin kamusal kontrol altında sunulması, hastanelerin yerinden ve çağdaş yönetim ilkeleri ile yönetilmesi; sağlık hizmetlerinin finansmanında kaynak kullanımında etkililik ve verimlilik prensipleri ile hareket edilmesi” benimsenmiştir. Bu doğrultuda “ Kırsal alanda sağlık ocağı sistemi devam ederken, kentsel alanlarda küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen/aile hekimi sisteminin oluşturulması (Aile hekiminin bireylere yönelik koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetlerinden sorumlu olması ve ücretinin kendisine kayıtlı kişi sayısına göre genel sağlık sigortasından alması); Sağlık Bakanlığı hastanelerinin kendi kaynakları hakkında karar veren ve bu kaynakları kullanan işletmeler haline dönüştürülmesi; Hastanelerin özzerleştirilmesinin sağlanması; Hastane çalışanlarının katkıları oranında ücretlendirilmesi; Hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması; Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması; Hizmet alan kişilerin belirli oranlarda maliyetin karşılanmasına katılması” izlenecek stratejiler olarak belirlenmiştir (SB, Ulusal Sağlık Politikası, 1993:47-59).

1990’lı yıllarda başlatılan “Sağlık Reformu” çalışmaları, 1980 sonrası uygulanan piyasa yönelimli sağlık anlayışının devamı niteliğindedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özzerleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi/özzerleştirilmesi, sağlık finansmanı konusunda Genel Sağlık Sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi, sağlık reformu tartışmalarında öne çıkan temel noktalar olmuştur (Soyer, 2003:312).

1996-2000 yıllarını kapsayan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda Sağlık Reformları Projesi politikalarına paralel olarak “Sağlıkta kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık ve süreklilik ve kalitenin sağlanması, tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistemin; finansman, yönetim ve organizasyon hizmet sunumu boyutlarıyla yeniden yapılandırılacağı” belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için; “ Kırsal alanda sağlık ocağı sistemi devam ederken, kentsel alanlarda küçük nüfus esasına dayalı aile hekimi

sisteminin oluşturulması; Hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması; Sağlık Bakanlığının halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulması ve doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolünün azaltılması; Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, çağdaş işletmecilik anlayışı ile yönetilmesi; Özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetlerin teşvik edilmesi; Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması” öngörülmüştür (DPT, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996:45-48). VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda devletin sağlık hizmetindeki görevini koruyucu sağlık hizmetleri ve muhtaç durumdaki yurttaşlara destek ile sınırlayan bir yaklaşım ortaya konmuş bunun dışındaki hizmetlerin piyasa mekanizması aracılığıyla sağlanması öngörülmüştür (Soyer, 2003:313). Böylece devletin sağlık hizmetleri alanındaki görevi, tam da DB ve IMF’nin belirttiği üzere, koruyucu hizmetler ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek ile sınırlı tutulmuştur (BSB, 2008:225).

Bu dönemde Genel Sağlık Sigortası sistemine geçiş çalışmaları devam etmiştir. 1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adı altında, Bakanlar Kurulu’na TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaşamamıştır. 2000 yılında da Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır (SB, Sağlıkta Dönüşüm Raporu 2003-2010:23).

Bu dönemin sonunda, 2001-2005 yıllarını kapsayan VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda da dönemin sağlık politikalarının içeriği planda yer almıştır. Bu süreçte kalkınma planında sağlık alanında “sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve kaynak tahsisinde maliyet-etkili hizmetlere öncelik verilmesi; hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması; hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, çağdaş işletmecilik anlayışı ile yönetilmesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmelere dönüşmesi; özel sektörün sağlık sektörü yatırımlarının teşvik edilmesi; piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşların imkanlarından yararlanılması; kırsal alanda sağlık ocağı sistemi devam ederken, kentsel alanlarda aile hekimi sisteminin oluşturulması” öngörülmüştür (DPT, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001:102-104).

Bu dönemde Sağlık Reformu Projesi olarak adlandırılan program ile 1- Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmesi, 2- Hizmeti sunanla finanse edenin birbirinden ayrılması, 3- Hastanelerin özertleştirilip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, 4- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi, 5- Sağlık Bakanlığı'nı ülke genelinde sağlık politikalarını belirleyen, denetleyen, tedavi hizmetlerini değil, koruyucu sağlık hizmetlerini sunan bir yapıya dönüştürülmesi amaçlanmış, ancak bu dönemde gerçekleştirilememiştir.

1980-2002 döneminde Sağlık Bakanlığı'na devlet bütçeden ayrılan pay %4'lerden %2,5 seviyesine düşmüş ve buna paralel olarak sağlık alanına yapılan kamu yatırımlarının oranı da gerilemiştir (SB, Sağlık İstatistikleri 2002:22).

İzlenen yeni-liberal politikalar sonucunda Sağlık Bakanlığının bütçe içindeki payı kısılrken, kamu sağlık yatırım harcamaları da aynı süreçte kısılarak, kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda yetersizliklerin baş göstermesine neden olmuştur. Ayrıca bu dönemde izlenen sağlık politikaları ile koruyucu sağlık harcamaları ve yatırımlarının oranı da düşürülmüştür. Kamu, sağlık hizmetlerinin sunumundan adım adım çekilirken, bu alanın özel kesim tarafından doldurulması için de aynı süreçte teşvikler verilmeye devam edilmiştir (Cevahir, 2004:82).

4.1.7. 2003 Sonrası Sağlık Politikası

1980'li yıllardan itibaren yeni-liberal dönüşüm süreci ile birlikte kamu sağlık hizmetlerinde bir paradigma dönüşümü yaşanmıştır. Bu paradigma dönüşümünün hayata geçirilmesine ilişkin çabalar 1980 sonrası başlatılmış, 1990 sonrası "Sağlıkta Reform" adı altında yürütülmüş ve aynı program 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adını alarak devam etmiştir.

3 Kasım 2002 seçimlerinin ardından tek başına iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP), 16 Kasım 2002 tarihinde kamuoyuna açıkladığı Acil Eylem Planı'na "Herkes e Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülecek hedefleri belirlemiştir. Acil Eylem Planı, Ocak 2003'te yenilenerek kamuoyuna tekrar

sunulmuştur. T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı'nda (Ocak 2003) "Sağlıklı Toplum" başlığı altında belirlenen temel hedefler şöyledir (T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003:11):

1. Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılması,
2. Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanması,
3. Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması,
4. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılması,
5. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin kurulması,
6. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
7. Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
8. Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
9. Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi.

Acil Eylem Planı'nı oluşturan başlıklar, bir önceki dönemde "Sağlık Reformları" adında gerçekleştirilmeye çalışılan sağlık sektörünün yeni-liberal dönüşümüne odaklanan çalışmaların devamı olarak "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) adında Haziran 2003 tarihinde kamuoyuna sunulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankası tarafından 2002 yılında yayınlanan Türkiye sağlık sistemi sorunları ve çözüm önerilerine ilişkin raporla bire bir örtüşmektedir (DB, Rapor No:24358-TU, 2002).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak ifade edilmiştir. Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm" adını verdiği programın temel ilkelerini ise şöyle açıklamıştır: "insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve

hizmette rekabet”. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 8 bileşeni olarak açıklanan, aşağıda yer alan bu 8 tema etrafında sağlık sisteminin dönüşümünü hedeflemiştir (SB, Sağlıkta Dönüşüm, 2003:24-36):

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği,
 - b) Etili, kademeli sevk zinciri
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi’dir.

Bu bileşenler DB’nin sağlık sektörü için önerdiği yerelleşme, fiyatlandırma ve özelleştirme araçları ile tam olarak örtüşmektedir (BSB, 2008:228). Sağlıkta Dönüşüm Programı 1980 sonrası izlenen yeni-liberal politikaların sağlık alanına yansımaları olarak somutlaşan bir programı olarak AKP tarafında gündeme getirilmiş ve bu program aracılığıyla Türkiye Sağlık Sistemi’nin piyasa yönelimli yapısal dönüşümü başlamış ve devam etmektedir.

Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı bileşeni, 1982 Anayasa’sındaki “planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı” ilkesi ile devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesiyle uyumlu bir bileşen olarak programda yerini almıştır. Bu bileşen, SB’nin yeniden yapılandırılarak sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan

ıkarılmasını, Bakanlığın yalnızca politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve “sağlık piyasası”nı denetleyen ve düzenleyen bir kuruma dönüşmesini amaçlamaktadır. Bu amaç kamunun yeni-liberal eksenden yeniden yapılandırılmasına da uygundur (BSB, 2008:228; Pala, 2007b:64).

Genel Sağlık Sigortası tüm nüfusu sağlık güvencesi altına alma ve finansmanda adalet iddiasıyla gündeme getirilmiş olmasına rağmen, temel mantığı itibariyle sağlık hizmetleri ile finansmanın birbirinden ayrılması, finansmanın primler aracılığıyla kullanıcılara yüklenmesini ve temel teminat paketinin dar tutularak yurttaşları hizmetler karşılığında ek ödeme yapmaya veya özel sağlık sigortalarına yönlendirmeye dayanmaktadır (BSB, 2008:228).

Acil Eylem Planı’nda yer alan “sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması” ilkesi ile kamuya ait tüm sağlık birimlerinin SB’ye devredilmesi sağlanarak, başta GSS sistemi olmak üzere SDP’nin birçok bileşeni için altyapı hazırlanmasından kaynaklanmaktadır. Hastanelerin “tek çatı altında” toplanması ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmasını olanaklı kılacak ilkedir. Böylece SB’nin nüfuz alanı genişlemiş, kamu hastanelerinin neredeyse tümünün zerkleştirilmesi-özelleştirilmesi mümkün hale gelmiş ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılarak GSS sistemine zemin hazırlanmıştır (BSB, 2008:230).

SDP ile birinci basamak sağlık kurumlarında 224 sayılı Kanun’la çelişen yapısal bir değişiklik söz konusudur. Nüfus sayısına göre örgütlenen, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla sunan ve ekip hizmeti yaklaşımı ile çok disiplinli bir hizmet anlayışını benimseyen 224 sayılı Kanun’a dayalı sağlık ocağı sisteminin yerini “aile hekimliği” sistemi almaktadır. Aile hekimliği uygulaması çevreye ve kişiye yönelik koruyucu hizmetleri ve çok disiplinli hizmet anlayışını parçalayarak, sadece kişiye yönelik koruyucu hizmetleri yalnızca “aile hekimi”nin sorumluluğuna yüklemektedir. Aile Hekimliği sistemi ile mevcut sağlık ocağı alt yapısı kullanılarak ve serbest piyasa ekonomisinin arz-talep dengesi gözetilerek birinci basamak sağlık hizmetleri zelleştirilmektedir (Pala, 2007a:16).

Ülkemizde sağlık hizmet sunumuna ilişkin 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu sevk zincirine uyulması için bazı mali yaptırımlar öngörmüş ancak uygulanamamıştır. SDP, etkili bir sevk sisteminin hastanelerdeki gereksiz yığılmayı azaltarak, hem tedavi hizmetlerinde kalite artışına hizmet edeceğini, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacağını belirtmektedir (SB, Sağlıkta Dönüşüm, 2003:31).

SDP'nin "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri" bileşeni, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi yöntemiyle özelleştirilmesi hedeflenmiştir. SDP'nin bu bileşeni dönemin yeni-liberal sağlık politikaları gereği SB'nin sağlık hizmeti sunumundan çekilip, planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmesinin somutlaştırılmış ifadesidir.

Bu dönemde, 2007-2013 yıllarını kapsayan IX. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Sağlıkta Dönüşüm Programı yer almıştır. Kalkınma planında "Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi" başlığı altında şu görüşlere yer verilmiştir: "Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu kapsamda sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamaları sürdürülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmeler sağlanmış, kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranı beş kat artırılmıştır. Hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacı devam etmektedir." (DPT, IX. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2007:41).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, 2003'te devlet memuru ve emekli sandığı mensupları için sevksiz özel hastanelere başvuru olanağı getirilerek özel sektör teşvik edilmiştir. 2003 yılından itibaren sözleşmeli sağlık personeli istihdamına geçilmiş ve sağlık çalışanları için performansa dayalı ödeme sistemi getirilerek, 2005 yılında kurumsal kriterler ve kalite kriterleri performansa dayalı ödeme sistemine eklenmiştir. 2005 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemi Düzce'de pilot

il olarak uygulamaya sokulmuş, 2010 yılı sonu itibariyle tüm ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır. 2005 yılında Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneler hariç, kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması yolunda ilk adım atılmıştır. 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile tüm sosyal güvenlik kurumları tek çatı olan, Sosyal Güvenlik Kurumu altında birleştirilmiştir. 2007'de tüm kamu sigortalılarının sevsiz üniversite ve özel hastanelere erişimi sağlanmış ve tıp merkezlerinden de sağlık hizmeti satın alınmaya başlanarak, özel kesim desteklenmeye devam edilmiştir. 2006 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) TBMM'de kabul edilmiş ve Resmi gazetede yayınlanmıştır. Ardından CHP Kanun'u Anayasa Mahkemesine götürmüş, Anayasa Mahkemesi Kanun'un pek çok maddesini iptal etmiştir. Bunun üzerine hükümet Kanun'daki gerekli düzenlemeleri yapmış ve Kanun 2008'de yürürlüğe konulmuştur. SSGSS ile sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması süreci tamamlanmıştır. SSGSS Kanunu 1.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiş, devlet memurları 15.01.2010, askerler 15.11.2010 ve Yeşil Kartlılar 1.1.2012 tarihinde Kanun kapsamına alınmıştır. (OECD-DB, 2008:37; Görmüş, 2011:131). Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesine ilişkin 2.11.2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun ve Kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulmasına yönelik hukuki düzenleme gerçekleştirilmiştir. Kasım 2012 itibari ile İstanbul'da 5, Ankara ve İzmir'de 2'şer olmak üzere, 81 ilde toplam 87 adet Kamu Hastaneleri Birliği oluşturularak, kamu hastanelerinin "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelere" dönüşüm süreci başlamıştır.

1980 yılından itibaren iktidara gelen bütün hükümetler, sağlığı "sosyal devlet" anlayışı çerçevesinde bir hak olarak görmekten ve devletin bu hakkı yerine getirmek üzere ödevlere sahip olduğu anlayışından uzak olmuşlar ve sağlık sektörünü piyasacı bir mantıkla yeniden düzenlemek istemişlerdir (BSB, 2008:241). 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm projesiyle birlikte Türkiye'de sağlık hizmetlerinin metalaşma süreci hızlanmıştır.

Türkiye’de sağlık alanındaki piyasa yönelimli yapısal dönüşüm, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında başlamıştır. Bu program Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası kuruluşların program ve ilkelerine uyumlu olarak, yapmak istediği düzenlemelerin genel adıdır. Programın hedefinin sağlık hizmetlerinin tümüyle piyasa koşullarına devretmek olduğu açıktır. Dolayısıyla, hastanın “müşteri” ve hastanenin “sağlık işletmesi” şeklinde tanımlandığı, ticaret-kar odaklı bir sistemi tercih eden bir “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulanmaya konulmuştur (Yeldan, 2005). Sağlık hizmetlerinde metalaşma süreci ekseninde, ücretli emeğin yeniden üretimi ve toplumsal değerlendirilmesini mümkün kılan kalıplaşmış ilişkilerin, toplumsal sorumluluk karşısında bireysel sorumluluğa ve kolektif planlama karşısında piyasa ilişkilerine bağlı olarak yeniden düzenlenmiştir (Yücesan-Özdemir, 2008:216).

Bu dönemde Sağlık Bakanlığının devlet bütçesi içindeki payı 2003 yılında %2,5 seviyesinde başlamış, 2005 yılında “Yeşil Kart” uygulamasının ayaktan tedavilerini Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaya başlaması ile önce %3,5 seviyesine çıkmış ve ardından devlet bütçesi içindeki payı %4-5 seviyelerinde devam etmiştir. “Yeşil Kart”lıların SGK kurumuna devir edildiği 2012 yılında Sağlık Bakanlığının başlangıç ödeneği payı %4 iken yıl sonunda yaptığı gerçekleşen harcamanın devlet bütçesi içindeki payı %1,3 olmuştur (Maliye Bakanlığı, 2013).

4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de sağlık sistemi, yakın zamana kadar, devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve sağlık ocaklarından oluşan bir yapılanmaya dayanmaktaydı. Bu sistemin finansmanında ise devlet bütçesinden ayrılan payların yanı sıra üç sosyal güvenlik kuruluşu –Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur- ve Yeşil Kart’tan oluşan bir sosyal güvenlik ve sosyal yardım sistemi yer almaktaydı. Günümüzde bu sağlık sistemi radikal bir şekilde “liberalize” edilerek dönüştürülmüştür. Yeni sağlık sistemi “liberal” bir sosyal politika anlayışına dayanmaktadır (Ataay, 2008:169). 1980’li yıllardan itibaren yeni-liberal dönüşüm süreci ile birlikte kamu

sağlık hizmetlerinde bir paradigma dönüşümü yaşanmıştır. Bu paradigma dönüşümünün hayata geçirilmesine ilişkin çabalar 1980 sonrası başlatılmış, 1990 sonrası “Sağlıkta Reform” adı altında yürütülmüş ve aynı program 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adını alarak devam etmiştir.

Türkiye’de sağlık sisteminin “liberal” bir model çerçevesinde yeniden yapılanması yönelik çalışmalar Dünya Bankası ile ortak projeler temelinde 1980’li yılların başından beri uygulanmaktadır. 2003 öncesi süreçte yeni-liberal “sağlık reformu”nun bütün boyutları ile uygulanmaya konulması mümkün olmasa da “liberalizasyon” konusunda önemli adımlar atılmıştır (Ataay, 2008:170). Günümüzde uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Dünya Bankasının 2002 yılında hazırladığı “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” başlıklı çalışmasına paralel bir program özelliği taşımaktadır. “Sağlıkta Dönüş Programı”nın temel bileşenleri: birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Ocakları Sisteminden Aile Hekimliği Sistemine geçiş; ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinin “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine” dönüştürülmesi; sağlık hizmetlerinin finansmanında ise primli rejimin genişletilmesi anlamında Genel Sağlık Sigortasına geçişi içermektedir.

2003 yılında kamuoyuna açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu sağlık hizmetlerinin yapısal dönüşüm süreci başlamıştır. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetlerinde Sağlık Ocakları Sistemindeki kamusal hizmet sunumundan Aile Hekimliği Sistemine geçiş 2005 yılında Düzce ilinde başlanmış, zamanla yaygınlaştırılarak Aralık 2010 itibarıyla Aile Hekimliği Sistemi bütün Türkiye’yi kapsamıştır. Kamu birinci basamaktaki sorumluluğunu sözleşmeli çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elamanına devir etmek suretiyle, şimdiki biçimiyle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu finanse etme rolüne geri çekilmiştir.

Sağlık hizmetlerini sunumu ile finansmanın bir birinden ayrılması ve GSS’ye zemin oluşturabilmesi anlamında 2005 yılında çıkan 5283 sayılı Kanun ile Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneler hariç, diğer bakanlıklar, belediye ve kamu kurumlarına ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumu yapan kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. 2006 yılında ise 5502 sayılı Sosyal

Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmiştir.

Bu süreçte sağlık hizmetlerinin finansmanında primli rejim genişletilerek, sağlık harcamalarının maddi sorumluluğu büyük oranda topluma aktarılmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) içinde yer almaktadır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) 31.5.2006 tarihinde TBMM'de kabul edilmiş ve 16.6.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Anayasa Mahkemesine yapılan itirazların ardından Kanun'la ilgili hükümet gerekli değişiklikleri yapmıştır. Kanun'un yürürlüğe konulduğu tarih 1.10.2008'dir. Devlet memurları 15.1.2010, askerler 15.11.2010 ve Yeşil Kartlılar 1.1.2012 itibari ile GSS kapsamına alınmışlardır. Bu Kanun ile Türkiye'deki sosyal güvenlik ve sağlık finansmanı modeli değiştirilmiştir. Genel Sağlık Sigortası'na devletin katkısı olmakla birlikte, GSS ile sağlık harcamalarının karşılanması ağırlıklı olarak toplumdan alınan sağlık primleri ile karşılanmaktadır. GSS modeli ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrılarak, sistem hizmet satın alma mantığı üzerine kurulmuştur. GSS sistemi ile sevksiz özel hastanelerden hizmet alımı ile özel sağlık sektörüne kamusal kaynakların aktarıldığı bir döngü ile birlikte sermayenin karlılık alanının genişletildiği ve özel sağlık sektörünün belirgin bir şekilde geliştiği bir tablo ortaya çıkmıştır.

Kamu hastane hizmetlerindeki yapısal dönüşüm ise Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedeflerinden biri olan “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri” doğrultusunda uygulamaya konulan Kamu Hastaneleri Birlikleri modeli ile hayata geçirilmeye başlanmıştır. Kamu hastanelerinin “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine” dönüştürülmesi 2011 yılının 663 sayılı KHK'nin 30-34. maddeleri ile Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili hukuki düzenleme yürürlüğe girmiştir. Kasım 2012 itibari ile İstanbul'da 5, Ankara ve İzmir'de 2'şer olmak üzere, 81 ilde toplam 87 adet Kamu Hastanesi Birliği oluşturularak, kamu hastanelerinin “idari ve mali özerk işletmelere” dönüştürülmesi süreci başlamıştır. 663 sayılı KHK ile Kamu Hastaneleri Birliklerine geçilmesi ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundaki rol ve sorumluluklarından çekilmesi ve “planlayıcı, denetleyici ve politika üreten” bir

Bakanlığa dönüşmesi yönünde yapısal bir adım atılmıştır. Ayrıca 663 sayılı KHK ile eskiden Bakanlığın direk hizmet birimi olan ve hastane hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yerini, Bakanlık'la ilişkisi “bağlı kuruluşlar” seviyesine düşürülen Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu almıştır.

Tezin bu kısmında Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği Sistemi ve Kamu Hastaneleri Birlikleri değerlendirilmeye çalışılmıştır.

4.2.1. Genel Sağlık Sigortası

Genel Sağlık Sigortası (GSS), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) içinde yer almaktadır. Bu Kanun ile Türkiye'deki sosyal güvenlik ve sağlık finansmanı modeli değiştirilmiştir.

DB ve IMF gibi kuruluşlarla yapılan anlaşmalar ve izlenen yeni-liberal politikalara uyumlu olarak sosyal güvenlik ve sağlık finansman modeli değiştirilmiştir. Bu değişimin temel gerekçesi olarak sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin mevcut yapısıyla finansal sürdürülebilirliğinin olanaksız olduğu görüşü vardır. Nüfusun yaşlanan yapısının, toplumun sağlık hizmeti kullanımındaki hızlı artışın, sağlık hizmetlerinin giderek teknoloji ve ilaç bağımlısı haline gelmesinin, hem sosyal güvenlik hem de sağlık harcamalarını arttırdığı, önlem alınmadığı takdirde bu harcamaların artacağı ve finansmanının olanaksızlığı görüşleri çerçevesinde, yeni bir sosyal güvenlik ve sağlık finansman modelini yönelinmiştir. Bu doğrultuda sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin gelirlerinin arttırılması ve harcamaların sınırlandırılması öngörülmüştür. Gelir arttırmanın yolu prim gelirlerinin yükseltilmesi, bunun için ekonomideki kaçakların önlenmesi, prim oranlarının arttırılması ve katkı paylarıydı. Harcamalardaki artış hızının azaltılmasının yolu ise sosyal güvenlik kazanımlarının yok edilmesi ve sağlık harcamalarının tamamen mali önlemler yaklaşımıyla kontrol altına alınmasıydı (Belek, 2012:59).

Bu görüşler doğrultusunda, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) 31.5.2006 tarihinde TBMM'de kabul edilmiş ve 16.6.2006

tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Daha sonra CHP Kanun’u Anayasa Mahkemesine götürmüş. Anayasa Mahkemesi Kanun’un pek çok maddesini iptal etmiştir. Bunun üzerine hükümet gerekli değişiklikleri yaparak, 5754 sayılı SSGSS Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’u 17.04.2008 tarihinde TBMM’de kabul edilmiş ve 8.5.2008 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Kanun’un yürürlüğe konulduğu tarih 1.10.2008’dir. Devlet memurları 15.1.2010, askerler 15.11.2010 ve Yeşil Kartlılar 1.1.2012 itibari ile GSS kapsamına alınmışlardır. Kanun sağlık sistemine getirdiği yapısal değişiklikler çerçevesinde değerlendirilmiştir.

4.2.1.1. GSS Kapsamı

Yasa’nın 60. Maddesi kimlerin GSS kapsamına girdiğini belirlemiştir. Buna göre GSS’li sayılanlar şunlardır:

İkametgahı Türkiye’de olan kişilerden;

a) 5510 sayılı SSGSS Kanunu’nun 4. maddesinin birinci fıkrasının a bendine göre, bir hizmet akdine bağlı çalışan işçiler, b bendine göre, kendi hesabına bağımsız çalışanlar ile c bendinde belirtilen kamu görevlileri,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

c) Yukarıdaki (a) ve (b) bentlerine göre sigortalı sayılmayanlardan;

1) Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,

2) Vatansızlar ve sığınmacılar,

3) 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

4) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,

5) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

6) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

7) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

8) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,

9) 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16. maddesine göre aylık alan kişiler,

10) 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

d) Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

e) 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

f) Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,

g) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,

2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler (Ek fıkra: 13/2/2011-6111/34 md.),

1136 sayılı Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlar(Ek fıkra: 13/2/2011-6111/34 md.),

genel sağlık sigortalısı sayılır.

Sigortalı sayılmayanların, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olup olmadığına bakılır. Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi ise tescili yapılmaz. Aksi takdirde birinci fıkra hükümlerinden durumuna uyan bende göre genel sağlık sigortalısı sayılır.

Kanun’da genel sağlık sigortalısı sayılmayanlar ise şu şekilde belirtilmiştir:

6. maddenin birinci fıkrasının;

d) Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,

e) Yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye’ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tâbi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye’de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tâbi olanlar,

1) Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,

Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular, birinci fıkranın (d) bendi kapsamına girenlerden Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar, (f) bendi kapsamında olup mülga 2147 sayılı ve 3201 sayılı kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden ise Türkiye'de ikamet etmeyenler,

genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar.

Kanun detaylı bir şekilde GSS kapsamına alınacakları belirtmiştir. Buna göre; tutuklu ve hükümlüler, er, erbaş ve yedek subay okulu öğrencileri, yabancı bir ülkede sosyal sigortaya tabi olması nedeniyle sözleşmeli ülke adına sağlık yardımları karşılananlar, Kuruma devir alınacakları tarihe kadar 5510 sayılı Kanunun geçici 20. maddesi kapsamındaki banka ve sigorta şirketlerinin sandıkları kapsamında bulunanlar ile bunların bakmakla yükümlüleri, yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de kesintisiz olarak bir yıldan fazla ikamet etmeyenler, milletvekilleri ile Anayasa Mahkemesi Başkan ve üyeleriyle bunların emeklileri ile dul ve yetimleri hariç olmak üzere, Türkiye'de ikamet eden herkes zorunlu genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.

Genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşını dolduruncaya kadar genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır. 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası da yok ise 18 yaşını dolduruncaya kadar primi Devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılır. (Madde 61, Değişik ikinci fıkra: 17/4/2008-5754/39 md.) 18 yaşın üzerindeki çocuklar ise lise ve dengi öğrenim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi durumunda ise 25 yaşını doldurmamış, uzun vadeli sigorta kollarında sigortalı sayılmaması (öğrenim yaparken tatil çerçevesinde çalışanlar hariç), isteğe bağlı sigortalı olmaması ve evli olmaması koşuluyla, ana veya babasının sağlık güvencesinden yararlanmaya devam edebilecektir.

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler, yükseköğrenimlerinin başladığı tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar

ve yükseköğrenimlerinin devam ettiği sürece genel sağlık sigortalılıkları devam eder (Madde 61, Ek fıkra: 13/2/2011-6111/35 md.).

1.10.2008 öncesi bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sağlık yardımlarından faydalanan kız çocukları ise 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren de sağlık yardımlarından, daha önce olduğu gibi sigortalı veya evli olmadığı sürece yaş şartı aranmaksızın faydalandırılacaktır (Geçici madde 12. Ek cümle: 13/2/2011-6111/49 md).

4.2.1.2. GSS ile Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri

Temel teminat paketi olarak da adlandırılan GSS tarafından sağlanan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri Kanun tarafından belirlenmiştir. 5510 sayılı Kanunun 62. Maddesine göre, genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür. Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz.

Kanun'un 63. Maddesinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri başlığı altında, kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sağlanacağı belirtilmiştir. Diş sağlığı hizmetleri de SGK'ca finansmanı sağlanacak hizmetler arasında sayılmasına karşılık, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 72. maddeye göre belirlenen tutarının karşılanacağı yönünde bir kısıtlama getirmiştir. Söz konusu tutar 72. Maddede belirtilen komisyon tarafından belirlenecektir. Komisyon, 63. madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve

genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirleyecektir.

Yardımcı üreme yöntemlerinde ise, tıbbi gereklilik, 23 yaşından büyük 39 yaşından küçük olmak, en az 5 yıldır GSS’li olup 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması koşullarıyla en fazla 2 kez finansmanının sağlanması kararlaştırılmıştır (madde 63).

SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinde şu an itibariyle 18 yaş altı kişilerin ortodontik tedavilerinin bir kısmı ve yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin kısıtlamanın dışında, Kanunca temel teminat paketinin daraltılmasının yolu da açıktır. Kanun’un 63. maddesinin değişik 2. fırcasında “Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin (sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri) türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usûl ve esaslarını Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir” denilerek, temel teminat paketinin daraltılmasının yolunu açmıştır.

Katkı payı, diş sağlığı hizmetlerine ve yardımcı üreme yöntemleri getirilen kısıtlamalar ve Kanun’un 63. maddesinin değişik 2. fırcasının kendisi GSS’nin evrenselliğinin pratikte geçerli olmayacağını göstermektedir (Belek, 2012:69).

Ayrıca Kanun’un 64. maddesinde Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetler sıralanmıştır. “Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri, Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları” Kurum tarafından finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri arasında belirtilmiştir.

4.2.1.3. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Koşulları

Kanun'un 67. maddesinde, "18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, koruyucu sağlık hizmetleri ve analık sebebiyle sağlanan sağlık hizmetleri, afet, savaş, grev ve lokavt hali hariç" tutularak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için;

a) Madde 4'ün a, b, c bentleri kapsamında çalışan (işçiler, serbest çalışanlar ve memurlar), isteğe bağlı sigortalılar, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması,

b) Madde 4'ün b bendi kapsamında (serbest çalışanlar) ile Türkiye'de ikamet etmekte olan başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

c) İsteğe bağlı sigortalılar, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler kapsamında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentlerde sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması gerekmektedir.

Madde 4'ün a, b, c bentleri kapsamında (işçiler, serbest çalışanlar ve memurlar), genel sağlık sigortalısı sayılanlar, zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle

bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar (madde 67).

Böylece sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek prim ödeme gün sayısı ile ilişkilendirilerek, sağlık güvencesi hakkı kısıtlanmıştır (Belek, 2012:70). Herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması en doğal hak ve bu hakkın kullanılmasını sağlamak devletin de temel görevi olması gerekirken, sağlık hizmetlerinden yararlanmak, prim ödeme koşuluna bağlanmıştır. Bu bağlamda, primlerini 5510 sayılı Kanun’da belirtilen şekilde ve zamanında ödemeyen sigortalılar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler, ödenmemiş prim borçlarını gecikme zammı ve yasal faizi ile birlikte ödeyinceye kadar, SGK’nın sağladığı sağlık hizmetlerinden, acil durumlar dışında faydalanamayacaklardır. Devlet tarafından sağlık sigortası kapsamına alınan kişiler prim ödeyenler ve ödemeyenler olarak ikiye ayrılmaktadır. Sunulan sağlık hizmeti, tıp biliminin ilkeleri doğrultusunda herkese eşit ve adalet ilkesi çerçevesinde sunulması gerekirken, bunun aksine prim temelli ve katkı paylı bir sistemin parası olanlara daha fazla yaşam anlamına geleceğinden, bu durum insan hakları, sosyal adalet ve hukuk devleti ilkeleri ile çelişmektedir (TTB, 2005:28).

4.2.1.4. Katılım Payı

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olunan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sigortalının prim ödemesinin dışında, sağlık hizmeti kullanımı sırasında “katılım payı” ödemesi gerekmektedir. 68. Maddede katılım payı alınacak sağlık hizmetleri: ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, vücut dışı protez ve ortezler, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir.

Katılım payı, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 TL’dir. Vücut dışı protez ve ortez cihazları ve ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda %10 ila %20 oranları arasında olmak üzere Kurumca belirlenecektir. Kurum, ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda, aile hekimlerince yazılan reçeteler dâhil olmak üzere reçetede yer

alan üç kaleme/üç kutuya kadar ilaç/ilaçlar için 3 TL, ilave her bir kalem/kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı uygulamaya yetkilidir. Kurum, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde 2 TL katılım payı almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunun yer aldığı basamak, sağlık hizmeti sunucusunun resmi ve özel sağlık hizmeti sunucusu niteliğinde olup olmaması, önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırmaya ve sağlık hizmeti sunucuları için farklı belirlemeye yetkilidir. Yatarak tedavide sağlık hizmetleri bedelinin % 1'ine kadar katılım payı alınabilir. % 1'ine kadar tespit edilen katılım payını almamaya, yarısına kadar indirmeye Kurum yetkilidir. Kurum, bu fıkarda belirtilen 1 Türk Lirası, 2 Türk Lirası ve 3 Türk Lirasını, 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranına kadar her yıl artırmaya yetkilidir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği 3.2.1. maddesine göre, Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmaması ve ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 5 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 12 TL alınması kararlaştırılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 TL artırılarak tahsil edilmesine karar verilmiştir (Değişik: RG-29/2/2012-28219).

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği 3.2.2. maddesine göre, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payları, Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınacağı, Ayrıca her bir reçete için; 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınacağı kararlaştırılmıştır (Değişik: RG-29/2/2012-28219).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin vücut dışı protez ve ortez cihazları için ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgarî ücretin % 75'ini, yatarak tedavide gereği ödeyecekleri katılım payının tutarı ise bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçemez.

Yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede %30, ikinci denemede %25 oranında uygulanır. Ancak bu katılım payında yukarıda uygulanan üst limit dikkate alınmaz.

60. maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar (yeşil kartlılar, vatansızlar ve sığınmacılar, 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşları) ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir.

68 inci maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır (madde 69):

- a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.
- b) Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.
- c) Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
- d) Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz vücut dışı protez ve ortezler kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre; nakli.
- e) Sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığına; sigortalının, isteğe bağlı sigortalının veya bunların hak sahiplerinin malûllük, iş

göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığına yönelik kontrol muayeneleri,

f) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşleri, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar numaralı alt bentlerinde sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

g) 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetleri.

Bu düzenlemelerden de görüleceği gibi, Kanun her türlü ve her basamak sağlık hizmeti için katkı payı getirmiştir. Böylelikle Kanun sağlık hizmetlerinden yararlanmayı ödenen primlerin üstüne ödenmesi zorunlu katılım paylarına bağlamıştır. Ayrıca Kanun SGK'ya katılım paylarının belirlenmesi yönünde geniş yetkiler vermiştir. Kanun bu haliyle bir sağlık güvence sistemi olmaktan çok uzaktır (Belek, 2012:72).

4.2.1.5. Sevk Zinciri

Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucularının birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılacağı belirtilmiştir. Aile hekimlerinin birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer aldığı belirtilerek, Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sevk zinciri kurallarına uygun hareket etme zorunluluğu getirilmiştir (madde 70).

Kanun'da sevk zinciri bir zorunluluk olarak tanımlanmasına ve bu zorunluluğa uymayanlara değişik yaptırımlar öngörülmüş olmasına karşın, Sağlık Uygulama Tebliğlerinde bu uygulamaya yönelik bir düzenleme yapılmamış ve henüz uygulamaya konulmamıştır.

Sevk sisteminin uygulanması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini rahatlatması, gereksiz hizmet kullanımlarını ve harcamalarını azalması, sağlık sisteminin makro ekonomik verimliliği açısından bir gerekliliktir. Ancak bunun uygulanabilmesi için birinci basamakta çalışan hekim sayısı yetersizdir. Sevk sisteminin uygulanabilmesi için aile hekimi başına düşen nüfusun 3.500'den 2.000 seviyelerine indirilmesi gerekmektedir. Bu ise orta vadede yakalanabilecek bir hedef değildir. Ayrıca sevk sisteminin uygulanabilirliğini etkileyen diğer bir faktör ise, piyasacı sağlık sisteminin kendisidir, bütün birinci ve ikinci basamak sağlık hizmet sunucularının birbirleri ile rekabet içinde hareket etmektedir. Türkiye'de ki bütün hastaneler (özel ve kamu), kendi gelirlerini azaltması açısından sevk sisteminin uygulanmasına karşıdırlar (Belek, 2012:73).

4.2.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemi ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi

Sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır. Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez (Madde 73).

Kanun'da SGK'nın sözleşmeler yoluyla sağlık hizmet sunucularından hizmet satın alınacağı belirtirken, prensip olarak kamu ve özel sağlık kuruluşlarına yaklaşımın aynı olduğu görülmektedir.

Kamu sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, bu bedellerin bir katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkilidir. Bu tavan dahilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir (Madde 73). SGK ile özel sağlık kuruluşları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla hizmet satın alınarak, özel kesim hizmet sunucularına kaynak aktarılmasının yolu iki türlü açılmıştır. Birincisi hizmet başına Kurumca özel kuruma ödeme yapılması, ikincisi ise sigortalının Kuruma ödediği primin üstüne anlaşmalı özel sağlık hizmet sunucusundan sağlık hizmeti kullanımı başına ayrıca bir “ilave ücret” ödemesidir. Söz konusu “ilave ücretler” GSS uygulamasının başlarında sözleşmeli sağlık kuruluşlarından alınan hizmetler için SUT’ta belirtilen miktarlar %70’ini geçmeyecek şekilde uygulanırken, bu oran açıklanan SUT’larda artırılarak günümüzde %90’ına dek alınmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımlarında geçerli olan “ilave ücret” sağlık hakkını ileri derecede sınırlayan bir uygulamadır (Belek, 2012:72).

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurumca belirlenmiş standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri ile hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen istisnai sağlık hizmetleri için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden belirlenen hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilâve ücret alabilir (Madde 73).

Kamu sağlık hizmeti sunucuları ise otelcilik hizmeti ile istisnai sağlık hizmetleri dışında, sağladıkları sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret talep edemez. Kamu sağlık hizmeti sunucuları, sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sözleşme kapsamında verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür ve sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden Kanunda belirtilen ilave ücretler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez (Madde 73).

4.2.1.7. GSS Primleri ve Devlet Katkısı

Kanun'un 81. maddesinde GSS primleri belirlenmiştir. Buna göre, genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için 82. maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın (prime esas günlük kazancın alt sınırı asgari ücretin otuzda biri, üst sınırı ise alt sınırın 6,5 katıdır) % 12,5'idir. Bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren payıdır. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar, işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlananlar ve iş kaybı tazminatı alanların genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın % 12'sidir. Devlet, Kurumun ay itibarıyla tahsil ettiği malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında Kurum'a katkı yapar.

Devlet memurları 15.1.2010 tarihinde GSS kapsamına alınmıştır. 5510 sayılı Kanun'un yürürlüğe girdiği 1.10.2008 tarihinden önce devlet memurluğuna başlayanların primi, devlet tarafından emekli keseneklerine esas aylıklarının %12'si üzerinden ödenecektir (geçici madde 4). Bu tarihten sonra devlet memurluğuna başlayanların prim oranı ise %12,5 olmak üzere, bunun %5'i memur payı ve %7,5'u devlet tarafından ödenecek paydır.

1.1.2012 tarihinden itibaren yeşil kartlılar GSS kapsamına alınmıştır. 3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart almak için müracaat etmekle birlikte, 3816 sayılı Kanun hükümlerine göre tespit edilen aile içindeki kişi başına düşen gelir payının aylık tutarı; asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilen kişiler için asgari ücretin üçte biri; asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilen kişiler için asgari ücret tutarı; asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilen kişiler için asgari ücretin iki katı prime esas asgari kazanç tutarı olarak esas alınacaktır (geçici madde 12). Bu kişiler için GSS prim oranı %12'dir.

1.7.2012 - 31.12.2012 tarihleri arasındaki asgari ücret (940,50 TL) dikkate alındığında; kişi başına düşen aylık gelir, brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında (313,50 -940,50 TL) ise aylık 37,62 TL; kişi başına düşen aylık gelir, asgari

cret ile asgari ücretin iki katı arasında (940,50 - 1.881 TL) ise aylık 112,86 TL; kişi başına düşen aylık gelir, asgari ücretin iki katından daha fazla (1.881 TL'den) ise aylık 225,72 TL genel sağlık sigortası primi ödenecektir. Ödenen bu prim karşılığında sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanabilecektir.

1.1.2012 tarihinden itibaren yeşil kart sahiplerinin gelir testi yaptırılmaları ve aile içi kişi başı asgari gelirinin 1/3'nden fazla çıkması durumunda prim ödeme zorunluluğu ile karşılaşması söz konusudur. Bu durum yoksulluk sınırında yaşayanları sağlık primi ödemesi yükümlüsü yapmakta ve bu kişilerin primlerini ödeyememesi durumunda sağlık güvencesinden yoksun olmaya neden olmaktadır.

4.2.1.8. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinin finansmanında iki temel yol vardır: Özel ve kamusal. Özel finansman özel sigortacılık ve cepten ödeme şeklinde ikiye ayrılır. Kamusal finansman yönteminde ise iki seçenek söz konusudur: vergi (genel bütçe) ve prim (kamu sağlık sigortası). Türkiye'de GSS modeli kamusal sigortacılık modelidir. Ancak içine cepten ödemeleri, katkı paylarını, ilave ücretleri de dahil eden karma bir finansman modeli durumuna gelmiştir (Belek, 2012:80).

Belek'e göre özel finansman seçenekleri hizmete ulaşımda eşitsizliklere neden olduğu için hiç nerilemezler. Kamusal finansman modellerinden ise tercih edilmesi gereken vergi yani bütçe modelidir. Bunun iki nedeni vardır: 1. Vergiyi artan gelire artan oranda uygulamak olanaklı olduğu için, sağlık hizmetlerini vergi ile finanse etmek, finansman sisteminin eşitlikçi karakterini geliştirir. Oysa prim sisteminde fona yapılan katkının oranı (yüksek gelirlilerin fona yaptıkları katkı mutlak anlamda yükselecek olsa da) aynıdır. Bu nedenle primle finanse edilen finansman modellerinin eşitlikçi karakteri vergiyle finanse edilenlere göre sınırlıdır. 2. Tek amaç için oluşturulmuş fonlar (sağlık hizmetini finanse etmek üzere kurulan sağlık sigortası fonu) tedavi edici sağlık hizmetleri kullanımını gereksiz yere arttırır (Belek, 2012:80). Ayrıca, işsizliğin kronik bir yapıya büründüğü bir ülkede, çalışma-emeklilik temelinde yatırılan prim karşılığında sağlık hizmetinden yararlanılması mantığına dayalı "sigorta" sistemi

değil, finansmanı vergilere ve “vatandaşlık” esasına dayanan bir model Türkiye için daha uygun görülmektedir (Er, 2011:379).

Türkiye’de GSS’nin tercih edilmesinin nedeni, vergiye ek prim ve katkı payı mekanizmasının harekete geçirilmek istenmiş olmasıdır. Vergi üst gelir gruplarından düzenli toplanamadığı ve toplanılan vergiler amacına uygun kullanılmadığı için, bütçenin sosyal harcamaları karşılaması olanaksız hale gelmiştir. Hükümet de sağlık hizmetlerinin finansmanında üst gelir grupları üzerine yük getirmeyecek ve toplumun finanse edeceği bir modeli kullanıma sokma kararı almıştır. GSS modeli, prim adı altında “sağlık vergisi” ve hizmet kullanımlarında alınacak “katkı payları” ile sağlık hizmetlerinin finansman yükünü topluma aktarmak konusunda devlete bir imkan yaratmıştır (Belek, 2012:80).

Hastalık ve kaza gibi insan yaşamına ilişkin somut durumlar sermaye mantığı açısından risk olarak görülmektedir. Bu riske karşı güvencenin meydana gelişi de kapitalizm ile eşzamanlıdır. Sigortaya dayalı sağlık mekanizmasında riskler tüm işçiler ve bu zorunlu sağlık sigortasına dahil olan kişiler tarafından paylaşılmaktadır (Akyüz, 2011:51). GSS kapitalist sigorta mantığı ile sağlık hizmetlerinin finansmanını kullanıcılarına yansıtan, sağlık risklerinin maddi bedellerinin topluma aktarıldığı, toplum tarafından paylaşıldığı bir mekanizmayı ifade etmektedir.

GSS sistemi ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrılarak, sistem sağlık hizmeti satın alınması mantığı üzerine kurulmuştur. GSS sistemi, sağlık hizmet sunucularıyla yapılan sözleşmeler (kamu ve özel) ile sağlık hizmetlerinin finansmanın karşılanması temeline dayanır. GSS sistemi ile dolaylı olarak özel kesime kamusal kaynakların aktarıldığı bir döngü ortaya çıkmıştır.

GSS’nin temel yaklaşımı; değişik statüde de olsa tüm çalışanların, emeklilerin ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile kendi isteğiyle sigortalı olacak bireylerin kapsama alınması ve GSS primlerinin SGK tarafından toplanmasıdır. Ödeme gücü olmayan ve belirli bir gelir düzeyinin altında gelir elde edenlerin primleri ise genel bütçeden karşılanmasıdır (Er, 2011:365).

GSS, her bir vatandaşın iş bulabildiği, belirli süre çalıştıktan sonra emekliye ayrılabilirdi, böylece çalışanlar ile emeklilerin ve bunların bakmakla yükümlü bulundukları kişilerin GSS güvencesi kapsamında yer alacağı varsayımına dayanmaktadır. Bu yaklaşımda vatandaşlık bağı yerine, çalışma-emeklilik sistemi esas alındığı için, herhangi bir nedenle çalışmayan, çalışmaktayken işini kaybeden veya hiç iş bulamamış bireylerin mevcut olması halinde, yani bunlar adına GSS primi yatırılmadığı takdirde, sistemin aksaması söz konusu olacaktır. Ancak, belirli bir gelir düzeyinin altında gelir elde edenler için primler bütçeden ödenecek olmakla birlikte, bu yoksulluk düzeyinin üzerinde geliri olan, fakat sigorta primi ödeyecek kadar da ekonomik gücü olmayanlar için sistem kaçınılmaz olarak tıkanacaktır (Er, 2011:365). Ancak, burada önemli bir sorun yoksulluk sınırının asgari ücretin üçte biri gibi düşük bir düzeyde belirlenmesinde ortaya çıkmaktadır. Bu sınırın gerçek yoksulluk sınırına karşılık geldiği tartışmalıdır. Diğer yandan, ülke gerçekleri dikkate alındığında, düzenli ve güvenceli işlere sahip olmayan geniş bir nüfus diliminin düzenli prim ödeyebilmek açısından sıkıntı yaşayabileceği görülebilmektedir. Dolayısıyla, gerçekte düzenli prim ödeme gücüne sahip olmayan oldukça geniş bir nüfus dilimi yoksulluk yardımıyla yararlanamama ve prim ödeyemedikleri için sağlık hizmetlerinden yararlanamama durumunda kalabilecektir. Bu durumda, sistemin “toplumun bütününe kucaklama” iddiası pek de gerçekçi görünmemektedir (Ataay, 2008:173). Bir başka deyişle GSS Türkiye’de yaşayan herkesi kapsama iddiasında olmasına karşın, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı prim ödeme koşuluna bağlayarak, prim ödeyemeyenleri fiilen kapsam dışında bırakacak bir modeldir.

GSS’de “finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri” -“temel teminat paketi”- içinde yer verilecek sağlık hizmetlerinin GSS tarafından finanse edilmesi, bunların dışındaki sağlık hizmetlerinin finansmanının ise hastaya bırakılması anlayışı vardır. Şu an için temel teminat paketinin geniş tutulması geleceğe yönelik olarak daraltılmayacağı anlamını taşımamaktadır.

Temel tanı ve tedavi hizmetleri “temel teminat paketi” ile karşılanırken, bu pakete dahil olmayan sağlık hizmetlerinin, yüksek tedavi masrafları gerektiren tedavi giderlerinin “kişisel ek ödeme”, “tamamlayıcı sigorta” ya da “özel sağlık sigortası” ile

karşılanması yönünde tartışmalar mevcuttur. Bu tartışmalar, temel teminat paketinin kapsamını oldukça önemli kılmaktadır. Temel teminat paketi kapsamının “dar” tutulması durumunda, sağlık giderlerinin daha büyük bölümü GSS dışı mekanizmalarla finanse edilmesi anlamını taşımaktadır. Temel teminat paketine yönelik eleştiri, özel sağlık sigortacılığını teşvik amaçlı olduğu, sigortalıları GSS primi dışında ek harcama yapma zorunda bırakacağı yönündedir (Ataay, 2008:172). Sağlık güvencesi gibi kamusal sorumluluk fikrine dayanması gereken bir politika alanının fon yönetimi yaklaşımıyla ele alınması, yurttaşı sigorta hizmeti satın alan müşteriye dönüştürmektedir (Er, 2011:398).

GSS kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanması hedefi ve iddiası ile hazırlanmıştır. Genel sağlık sigortası sözcüklerinin oluşturduğu genel ifadesinin anlamı Türkiye’de yaşayan herkesin kapsanması anlamını taşımakla birlikte GSS’nin herkesi kapsamadığı dolayısı ile genel ifadesi yetersiz ve anlamsızdır. Ayrıca yerleşim yeri Türkiye olan yabancı uyruklu kişiler teorik olarak kapsama alınırken, TBMM üyeleri (milletvekilleri) ve yüksek yasama organı üyelerinin kapsam dışında tutulması sağlık hizmetlerinin herkese eşit dağıtılacağı, sağlığa herkesin kolay ulaşabileceği hedefi ve iddiasını çürütmektedir (Kuruca, 2012:364).

4.2.2. Aile Hekimliği Sistemi

1960'lı yıllarda “sosyal devlet” anlayışı ile birlikte “sağlığın sosyalleştirilmesi”ne paralel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ocakları temelinde örgütlenirken, 1980 sonrası izlenen yeni-liberal politikalarla birlikte “sağlık reformları” ile Sağlık Ocakları Sisteminden Aile Hekimliği Sistemine doğru bir yönelim başlamıştır (Ataay, 2008:174). Aile Hekimliği Sistemi 1990'lı yıllarla birlikte tartışılmaya başlansa da Dünya Bankası'nın 2002 yılındaki raporu ile Türkiye için önerilen başlıca sağlık reformlarının arasında sayılmıştır. Bu raporda birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği Sistemine geçilmesi önerilmektedir (DB, Rapor No:24358-TU, 2002:74). Bu raporun ardından açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programının ana bileşenlerinden biri de Aile Hekimliği Sistemidir.

“Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği bir aile hekiminin olması” ve “birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmet vermesini olanaklı kılmasının sağlanması” gerekçeleriyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği Sistemine geçilmiştir.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmış, 2005 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilinde başlanmış, zamanla yaygınlaştırılarak Aralık 2010 itibariyle Aile Hekimliği Sistemi bütün Türkiye’yi kapsamıştır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ve 663 sayılı KHK ile Aile Hekimliği Kanunu olarak ismi ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen yapısal dönüşüm 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu (AHK), 25.05.2010 tarihli ve 2759 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY) ve 30/12/2010 tarihli ve 27801 ve Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulaması

Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (AHPÖSY) çerçevesinde değerlendirilmiştir.

4.2.2.1. Aile Hekimliği Sistemi Personeli

5258 sayılı Kanun'da Aile hekimi “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.” olarak tanımlanmıştır. Aile sağlığı elemanı ise Kanun'da “aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanı” olarak belirlenmiştir (AHK madde 2).

Aile Hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olmasına karşın ülkemizde uygulanmaya başlanan Aile Hekimliği Sisteminin temelinde bu uzmanlık dalı yer almamaktadır. Aile Hekimliği Sisteminde görev alan Aile Hekimi uzmanlarının sayısı çok azdır. Sistem böyle isimlendirilmiş olmasına karşın, kendinden önceki sağlık ocağı modelinde görev yapan pratisyen hekimlere Bakanlık'ça verilen 10 günlük bir eğitimin ardından bu hekimler “Aile Doktoru” olarak isimlendirilmiş ve Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimi olarak görev almışlardır (AHUY madde 17).

4.2.2.2. Personelin Statüsü

Sağlık Bakanlığı; kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya yetkilidir. Ayrıca Kanun, “ihtiyaç duyulması halinde, kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı

elemanları” ile de sözleşme yaparak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir (AHK madde 3). Böylelikle Kanun Bakanlığa kamu görevlisi olmayan hekim ve diğer sağlık personelinin sözleşmeli olarak aile hekimliği sistemi içinde yetkisini de vermiştir.

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar (AHK madde 3).

Aile Hekimliği Sistemi ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan sağlık personelinin iş güvencesi zedelenmiştir. Kanun’da kamu kuruluşlarından aile hekimliğine geçen hekimlerin sözleşmesinin bitmesi durumunda önceki görev yerine iadesinden bahsedilse de önceki görev yerleri sağlık ocakları olan hekimlerin, geri dönebileceği bir sağlık ocağı kalmamıştır. Kamu kurumlarından aile hekimliğine geçen hekimlerin, sözleşmelerinin bitmesi durumunda, bunların Toplum Sağlığı Merkezlerinde veya başka kamu sağlık kurumlarında görevlendirilmesi söz konusudur.

4.2.2.3. Personel Ücretleri

Sözleşmeli aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına, 657 sayılı Kanunun 4. maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin (3.079 TL 2012 yılının ilk altı ayı için) aile hekimi için (6) katını, aile sağlığı elemanı için (1,5) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içerisinde ödenir (AHK madde 3).

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları,

belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılır (AHK madde 3).

Aile hekimi sistemi ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan personelin tamamı, performansa dayalı bir ücret modeline geçmiştir. Aile hekimine ve aile sağlığı elemanına yapılacak ödemenin bileşenleri şöyledir (AHPÖSY, madde 16):

-Burada temel olarak aile hekimine kayıtlı kişilerin yaş gruplarına göre katsayılarının çarpımından oluşan bir puan karşılığı oluşan bir ücret (0-59 ay grubu için 1,6 katsayısı; gebeler için 3 katsayısı, 65 yaş üstü için 1,6 katsayısı, cezaevindeki tutuklu ve hükümlüler için 2,25 katsayısı ve diğer kişiler için 0,79 katsayısı);

-Aile sağlığının bulunduğu yerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti (6 bölge oluşturulmuş, ilk 2 bölge için ek bir ücret yok, 3. derece sosyoekonomik bölgeler için sosyoekonomik gelişmişlik endeksine göre aile hekimine 0,61 TL-461 TL aralığında, 4. derece sosyoekonomik bölgeler için sosyoekonomik gelişmişlik endeksine göre aile hekimine 466-636 TL, 5. derece sosyoekonomik bölgeler için sosyoekonomik gelişmişlik endeksine göre aile hekimine 642-739 TL, 6. derece sosyoekonomik bölgeler için sosyoekonomik gelişmişlik endeksine göre aile hekimine 745-1.348 TL aralığında, aile sağlığı elemanına ise bu tutarlarının yarısı olmak üzere- 2011 yılı için);

-Aile sağlığı merkezinin giderlerinin karşılanmasına yönelik olarak her ay tavan ücretin % 50'sinin (2011 yılında bu oran %100 idi- Belek, 2012:106) Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre bulunacak tutarda ödeme (tavan ücret 657 sayılı Kanun'un 4. maddesinin b bendinde tanımlanan sözleşmeli personel için 2012 yılının ilk altı ayı için brüt 3.079 TL'dir);

-Her aile hekimine Aile Sağlığı Merkezlerinin olanakları-özelliklerine göre yapılan sınıflandırma sonucunda A grubu Aile Sağlığı Merkezine aile hekimliği birimleri için tavan ücretin%50'si, B grubuna %35'i, C grubuna %20'si ve D grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin % 10'luk miktarda bir ödeme;

-Gezici Sağlık Hizmeti Giderleri için aile hekimine, gezici sağlık hizmeti verilen her yüz kişi başına tavan ücretin %0,16 (binde onaltı) oranında ödeme;

-Tetkik ve Sarf Malzemeleri Giderleri için aile hekiminin ihtiyaç duyduğu tetkikler, müdürlüğün belirlediği laboratuvarlarda yaptırılır. Bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini müdürlük temin eder. Tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarının, tavan ücretin % 100'ünü geçmesi hâlinde, aile hekiminin laboratuvar tetkikleri incelemeye tâbi tutulur.

4.2.2.4. Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi

Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşam alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Bakanlıkça onaylanır (AHUY madde 6).

Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir. Bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimleri, kurumlarda ikamet eden kişileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti için asgari şartları sağlamakla yükümlüdür. Bu yerlerde her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere; 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez yerinde sağlık hizmeti verilir. Cezaevi ve çocuk ıslahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır (AHUY madde 6).

Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları b6lgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak üzere aile hekimi tarafından yapılır. Her bir yerleşim birimine haftada en az bir kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti b6lgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir (AHUY madde 6).

4.2.2.5. Kişilerin Aile Hekimini Seçebileceği B6lgeler

Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimlerine kayıtları yapılır. Yeni doğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilir. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde müdürlük tarafından ikamet ettikleri b6lge g6z 6nnde bulundurularak yapılır. Kişiler, aile hekimini b6lge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilirler. Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan 6nce değiştirilemez (AHUY madde 8).

Bir hizmet modeli olarak aile hekimliği anlayışı, her ailenin bir bütün olduğu, aile bireylerinin yaş ve hastalık g6zetmeksizin birlikte incelenmesi gerektiği g6rşnden hareketle geliştirilmiş bir sağlık hizmeti biçimidir. Aile hekimliği modelinde, hekim bütün aile bireylerini tanır, ailenin yaşam biçimini, konutunu, çalışma ortamını ve sağlık sorunlarını yakından bilir. Ailenin bütün bireyleri aynı kurumdan ya da hekimden koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmeti g6rrler (6ztek, 2009:8). Kişilerin aile hekimi serbestçe seçebilmesi sonucunda, aile yeleri farklı aile hekimini seçebilecektir. Buda sistemin adı ve niteliği değiştirerek, bireysel hekimlik sistemine d6nşecektir. B6ylelikle aile hekimliği modeli işlevini yitirecektir (Er, 2011:286).

Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmeti almak üzere başka bir aile hekimine kayıt olamazlar. Ancak, başka bir aile hekimine kayıt olmak isterlerse, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet

alırlar. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü tutulmaz (AHUY madde 8).

Aile hekimliği sistemi bölge temelli değildir. Bireyler kayıtlı oldukları aile hekimini istedikleri gibi değiştirme hakkına sahiptir. Sistemin bölge temelli olmayışı, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerini, ev ziyaretlerinin yapılmasını ve hizmetin planlamasını engelleyecek bir özelliktir. Kentsel alanlarda hekim seçme özgürlüğü varken, kırsal kesimde “gezici sağlık hizmeti sunulan yerlerde” halkın “hekim seçme özgürlüğü” yok edilerek, bu bakımdan bölgeler arasında farklılık yaratılmıştır (Belek, 2012:88; Öztekin, 2009:8). Aile Hekimliğinin, nüfusun dağınık ve seyrek olduğu kırsal kesimde ne derecede başarıyla uygulanabileceği de kuşkuludur (Elbek ve Adaş, 2009:36).

4.2.2.6. Aile Hekimliği Sisteminin Temel Özellikleri

Aile hekimliği sistemi ile kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Bu sistemle kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sorumluluğu aile hekimlerince Aile Sağlığı Merkezleri sorumlu olurken, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden Toplum Sağlığı Merkezleri sorumlu tutulmuştur. Birinci basamak kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından yürütülecektir.

Her bir aile hekimi asgari 1.000 azami 4.000'den kişiden sorumlu olacaktır. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1.000'den az olabilir (AHK Madde 5). Sırasıyla aralıksız 3 dönem üst üste kayıtlı kişi sayısının 1.000 den az olması sözleşmenin kendiliğinden fesh olması sebebidir (AHPÖSY madde 13).

Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir; acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın

sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır. Aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından verilir (AHK madde 5).

Aile Hekimliği Kanun’una göre aile hekimliği hizmetleri ücretsiz olmasına karşın, 5510 sayılı Kanun’un 67. maddesinde, “18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, koruyucu sağlık hizmetleri ve analık sebebiyle sağlanan sağlık hizmetleri, afet, savaş, grev ve lokavt hali hariç” tutularak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeyi prim ödeme esasına bağlamıştır. Aile Hekimliği Kanun’u ile SSGSS Kanun’u aile hekimliği sağlık hizmetleri konusunda birbirleriyle çelişkili durumdadır. Aile hekimliği hizmetleri günümüze kadar ücretsiz olarak sunulmuş ve prim ile ilişkilendirilmemiş olmasına karşın, geleceğe yönelik olarak primle ilişkilendirileceğine yönelik kaygılar mevcuttur.

5510 sayılı Kanun’un 68. maddesinde katılım payı alınacak sağlık hizmetleri arasında “ayakta tedavide hekim”den alınacak sağlık hizmetleri olarak belirtilmiş. “Katılım payı, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 TL’dir”, “Kurum, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde 2 TL katılım payı almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye yetkilidir.” şeklinde belirttikten sonra 69 maddenin c fıkrasında “aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini” katkı payı alınmayacak sağlık hizmetleri arasında saymıştır. 5510 sayılı Kanun aile hekimliği hizmetlerinden katılım payı alıp almama konusunda çelişkili ifadelerle sahiptir. Çünkü söz konusu 68. Maddede geçen “ayakta tedavide hekim” “birinci basamak sağlık hizmetleri” ile 69. madde de geçen “aile hekimliği” aynı şeydir. Bu durum 5510 sayılı Kanun’da aile hekimliği sağlık hizmetleri kullanımından da katılım payı alma eğilimi içinde olduğunu ve gelecekte bunu alacağına dair bir işarettir.

Katılım payları konusunda 5510 sayılı Kanun SGK’ya yetki vermiştir. SGK ise Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğlerinde (SUT) bugüne kadar aile hekimliği sağlık hizmetlerinde katılım payı alınmamasına karar verilmiştir. En son yayınlanan SUT’ta da 3.2.1. maddesinde, “Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmaması”

kararı vardır (Değişik: RG-29/2/2012-28219).

Aile Hekimliği Kanun’u sevk prensibine yer vermekle birlikte, SUT’larda bunla ilgili bir düzenleme yapılmamıştır, fiili olarak sevk zorunluluğu yoktur ve uygulanmamaktadır. Sevk sisteminin uygulanması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini rahatlatması, gereksiz hizmet kullanımlarını ve harcamalarını azalması, sağlık sisteminin makro ekonomik verimliliği açısından bir gerekli bir uygulama olmasına karşın, bundan önceki sağlık ocağı sisteminde de bu prensibe yer vermekle birlikte sevk zorunluluğu uygulanamamıştır. Bunun birinci nedeni birinci basamaktaki hekim sayısının yetersizliği ve bakmakla yükümlü olduğu nüfusun büyüklüğü olmakla birlikte, ikinci temel nedeni ise birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının rekabet içinde hareket etmeleri ve ikinci basamak sağlık hizmet sunucularının sistem üzerindeki baskısıdır (Belek, 2012:73).

4.2.2.7. Aile Hekimliği Sisteminin Değerlendirilmesi

Aile Hekimliği Sistemi ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yapılan müdahale ile 1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Kanun’la getirilen çağdaş örgütlenme modeli terk edilerek, topluma “hekim seçme özgürlüğü” olarak sunulan, serbest piyasa ekonomisinin arz-talep prensipleri doğrultusunda hareket eden bir sistem getirilmiştir (Pala, 2007a:16).

Aile Hekimliği Sistemi ile kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Aile Hekimliği Sistemi, birey ve toplum sağlığını ayrı kategorilermiş gibi algılamakta ve gündelik pratikte bu hizmet süreçlerini ayıştırmaktadır. Sistem gereğince yeniden yapılanma sonrası koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar aile hekimlerince, çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerince yürütülecektir (Elbek ve Adaş, 2009:36).

Türkiye’de uygulanmaya sokulan Aile Hekimliği Sistemi, aile hekimliği uzmanlığına dayanmayan, hekim seçme özgürlüğü çerçevesinde aynı aile bireylerinin

farklı aile hekimlerini seçebilmesi nedeniyle aile hekimliği konseptine de dayanmayan kendine has bir uygulama sistemidir.

Son yıllara kadar, yurttaşına para, sağlıkla ilgili sosyal güvence ya da başka her hangi bir özellik sormaksızın sağlık ocaklarında ücretsiz olarak hizmet sunan devlet anlayışı terk edilmektedir. Sağlıkta Dönüşümün Programı çerçevesinde, Aile Hekimliği Sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi kurgulanmaktadır. (Pala, 2007a:17). Aile Hekimliği Kanun’una göre aile hekimliği hizmetleri ücretsiz olmasına karşın, 5510 sayılı Kanun’un 67. maddesinde acil durumlar, koruyucu sağlık hizmetleri ve analık sebebiyle sağlanan sağlık hizmetleri dışındaki sağlık hizmetleri prim ödeme ile ilişkilendirmiştir. Aynı durum 5510 sayılı Kanun’un 68. ve 69. maddelerindeki aile hekimliği hizmetlerinde katkı payı alınıp alınmamasında dair ifadelerde mevcuttur. Kanunlardaki bu çelişkili ifadeler gelecekte aile hekimliği hizmetlerinin GSS ile ilişkilendireceği ve prim esasına göre hizmetlerden yararlanmayı ve katkı payı ödenerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirileceğini düşündürmektedir.

Aile hekimlerinin muayenehane sistemi çerçevesinde, GSS ile sözleşme yaparak faaliyet göstermesi planlanmaktadır. Aile hekimlerinin Genel Sağlık Sigortası’ndan sözleşme yapma aşamasında GSS’den finanse edilmesi söz konusu olacağından, hastaların bu hizmetten yararlanabilmeleri için primlerini düzenli ödemeleri gerekecektir. Dolayısı ile GSS primlerini düzenli olarak ödeyemeyenlerin Aile Hekimliği Sisteminden yararlanabilmesi gelecekte mümkün olmayacaktır (Ataay, 2008:175).

Aile Hekimliği Sistemi ile birlikte dar bölgede sağlık hizmeti sunma anlayışı terk edilmiş. Belli bir coğrafi alanda sağlık hizmet sunmak yerini, bireyin seçimine bağlı coğrafi özellikleri olmayan bir hizmet sunmaya anlayışı gelmiştir. Türkiye’nin her yanına dağıtılmış sağlık ocakları kapatılmış, yerine ülkemiz için uygun olmayan bir “aile hekimliği” modeli getirilmiştir. Burada iki temel sorunun ortaya çıkabileceği öngörülmelidir. Birincisi epidemiyolojik olarak toplumun sağlık sorunlarını ölçmek ve değerlendirmek zorlaşmakta; özellikle bulaşıcı hastalık salgınları ve olağan dışı durumlara karşı etkin savaşımında başat rolü olan kamu sağlık kuruluşları yok

edilmektedir. İkincisi, bireyin hizmete ulaşması ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması açısından eşitsizliklerin artması kaçınılmaz olacaktır. Coğrafi alanda sağlık kuruluşu zorunluluğu yerine, kar maksimizasyonu odaklı ve arz-talep dengesine göre açılıp-kapanabilen sağlık kuruluşlarının tercih edilmesi, özellikle yoksul ve dar gelirli yurttaşların sağlık hizmetlerine erişmesinin önünde engel oluşturacaktır (Pala, 2007a:17)

Aile Hekimliği Sistemi, iddiasının aksine, hekim ve kent tabanlıdır, kırsal alanı ve bölge tabanlı bir perspektifi içermemektedir. Ayrıca, sistem kapsamında geri ödeme kuralları çerçevesinde uygun önlemler getirilmezse, dezavantajlı grupların sistem dışında kalabilme tehlikesi mevcuttur (Elbek ve Adaş, 2009:36). Çünkü bu sistemde hastanın hekim seçme hakkı olduğu gibi hekiminde hasta seçme hakkı vardır.

Temel sağlık hizmeti odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışı terk edilmektedir. Dönüşüm sürecinde sağlık hizmetlerinin örgüt yapısının değiştirilmesinin toplum açısından en sıkıntılı boyutunu, temel sağlık hizmeti yönelimli sağlık hizmeti sunma anlayışının yok edilmesi oluşturulacaktır. Bir yandan sağlık ocakları kapatılarak, son birkaç yıl öncesine kadar yaklaşık kırk yıl boyunca yurttaşın çat kapı rahatlıkla içerisine girebildiği kamusal alanlar yok edilmiş; diğer yandan da seçenek olarak toplumun önüne, yalnızca temel teminat paketi içerisinde yer alan ayakta tedavi edici hizmetlere odaklanmış bir aile hekimi modeli çıkarılmıştır (Pala, 2007a:17).

Aile Hekimliği Sisteminin kamuoyuna sunulmuş biçiminde, “herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği bir aile hekiminin olması” gibi özelliklerinin vurgulandığı görülmektedir. Ancak, sisteme genel olarak bakıldığında, sağlık ocağı temelinde örgütlenmiş bir hizmetin özel hekim muayenehanesi temelinde yeniden yapılandırıldığı görülmektedir. Bu değişimin, kamu finansmanı mekanizmasını bütünüyle ortadan kaldırarak GSS temelli ve prim esasına dayalı bir sistemi gündeme getirmesinin yanı sıra, “topluma dönük” ve “bütüncül” bir birinci basamak sağlık hizmeti anlayışının ortadan kaldırılarak, “muayenehane temelli” ve “bireyi temel alan” bir yaklaşımın egemen kılınması gibi önemli bir sonucu da bulunmaktadır. Diğer yandan bu sistemde, hizmeti sunan hekimler “kamu görevlisi” olmak yerine, ücretini

piyasa koşullarında kazanan bir “sözleşmeli” ve “girişimci” konumuna dönüştürülürken, kamu görevliliğinin sağladığı güvenceleri büyük ölçüde yitirmiş bir statüye sokulmaktadır. Bu özellikleriyle, Aile Hekimliği Sisteminin, asıl olarak sağlık hizmetlerinde kurumsallaştırılmasının ağır bastığı anlayış yerine, hekim muayenehanesine dayalı serbest piyasa yönelimli bir anlayış olduğu görülmektedir (Ataay, 2008:176).

Aile Hekimliği Sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi değiştirilirken, bu sistemle birlikte Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti sunumundan çekilmekte, birinci basamak sağlık hizmetleri rekabete açılmakta ve sağlık çalışanlarının güvenceli istihdamı ortadan kaldırılmaktadır (Ünlütürk-Ulutaş, 2011:188). Aile Hekimliği Sistemi ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde ki koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ayrıştırılmış, kişiye yönelik tedavi hizmetleri ağırlıklı olmak üzere yine kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de içeren bir sağlık hizmeti sunumu yapılanmasına gidilmiştir. Yani birinci basamak sağlık hizmetlerinde piyasa koşulları çerçevesinde bir “meta” olarak alınıp satılabilecek sağlık hizmetleri ayrıştırılarak, geleceğe yönelik olarak bu hizmetlerin piyasalaştırılmasının önü açılmıştır. Kamu şimdiki biçimiyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu sözleşmeli çalıştırdığı aile hekimi ve aile sağlığı elamanını finanse etmek suretiyle bu alandan çekilmeye başlamıştır.

4.2.3. Kamu Hastaneleri Birlikleri

1980 sonrası izlenen yeni-liberal politikalarla birlikte kamu hastanelerinin “idari ve mali özerliğe sahip sağlık işletmelerine” dönüştürülmesi yönünde bir eğilim ortaya çıkmıştır. Türkiye’de “sağlık işletmesi” modeline geçiş ilk olarak 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile denenmiş ancak Anayasa Mahkemesi’nin Kanun’un bir çok maddesini iptal etmesi nedeniyle gerçekleşmemiştir (Ataay, 2007:81). 1990 sonrası “sağlık reformu” çalışmalarının ana unsurlarından biri olan kamu hastanelerinin “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine” dönüştürülmesi yönünde ki çabalar da başarısız kalmıştır. Dünya Bankası’nın 2002 yılındaki raporunda Türkiye için önerilen başlıca sağlık reformlarının arasında kamu hastanelerinin “idari ve mali özerkliğe” sahip kuruluşlara dönüştürülmesi yer almaktadır (DB, Rapor No:24358-TU, 2002:67). AKP’nin 2003 yılında kamuoyuna açıkladığı “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kendinden önceki sağlık reformlarının devamı niteliğinde bir program olup, bunun da ana bileşenlerinden biri kamu hastanelerinin “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine” dönüştürülmesidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastanelerinin “verimliliğini arttırmak” gerekçesiyle “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine” dönüştürülmesi öngörülmüştür. Bu doğrultuda 2.11.2011 tarih ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 663 sayılı KHK’nin 30-34. maddeleri ile Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili hukuki düzenleme yürürlüğe girmiştir. Kasım 2012 itibari ile İstanbul’da 5, Ankara ve İzmir’de 2’şer olmak üzere, 81 ilde toplam 87 adet Kamu Hastanesi Birliği oluşturularak, kamu hastanelerinin “idari ve mali özerk işletmelere” dönüştürülmesi süreci başlamıştır. Kamu Hastaneleri Birlikleri 663 sayılı KHK çerçevesinde değerlendirilmiştir.

4.2.3.1. Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu

663 sayılı KHK ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, “işletilmesi”, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur (madde 29).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun görev, yetki ve sorumluluklarından bazıları şunlardır (madde 29): Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve “işletmek”, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak; Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistemi için her türlü alt yapıyı kurmak; Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek; Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmektir.

663 sayılı KHK ile kamu hastanecilik hizmetlerinin yürütülmesinin sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na verilmiştir. Yine aynı KHK ile Kamu Hastane Birlikleri oluşturularak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlanmıştır.

663 sayılı KHK’de, Kurum tarafından, “kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla” Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak “işletileceği” belirtilmiştir (madde 30).

Kamu Hastaneleri Birliği örgütü, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları vardır (madde 30).

Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilmektedirler. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım

hizmetleri müdürlükleri vardır. Kurumca tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur (madde 30).

4.2.3.2. Genel Sekreter ve Hastane Yöneticisinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Genel sekreterin görevleri şunlardır (madde 31):

a) Birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve “performans programına” göre yönetmek.

b) Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve “verimliliğin geliştirilmesini” sağlamak.

c) Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve “verimli” hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek.

ç) Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.

d) Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Kuruma sunmak.

e) Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin malî tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunmak.

f) Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak.

g) İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.

Genel sekreter gerektiğinde sınırlarını yazılı olarak belirlemek suretiyle yetkilerinden bir kısmını alt birim yöneticilerine devredebilir. Hastane yöneticisi, hastane ölçeğinde Genel Sekreterin görev, yetki ve sorumluluklarına sahip olup, hastanede tüm hizmetlerin “verimli” ve mevzuata uygun şekilde yürütülmesinden Genel Sekretere karşı sorumludur (madde 31).

4.2.3.3. Birlik Personelinin Niteliği ve Statüsü

Birliklerde, 663 sayılı KHK’de (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilecektir. Sözleşmeli personel için 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48. maddesinde sayılan genel şartlar aranmaktadır. Birliklerdeki diğer personel, 657 sayılı Kanun ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi olarak çalışır (madde 32).

Genel sekreter, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya “özel sektörde”, genel sekreter için 8 yıl, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olması şarttı aranmaktadır (madde 32).

Tıbbî hizmetler başkanının, tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip, uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip

veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastane başhekimlerinin tabip; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir (madde 32).

Genel Sekreterlikte uzman olarak istihdam edilecek personelin alanında en az lisans düzeyinde öğrenim görmüş olması ve kamu veya özel sektörde en az 3 yıl iş tecrübesine sahip olması gerekir. Açıktan alınacak uzman ve büro görevlilerinin Kamu Personeli Seçme Sınavından en az yetmiş puan almış olmaları şarttır. Uzman ve büro görevlilerinin Birliklere dağılımı, işe alınma usûl ve esasları Kurum tarafından belirlenir. Açıktan istihdam edilen uzmanların oranı Birliğin toplam uzman sayısının yüzde ellisini geçemez (madde 32).

Sözleşmeli statüde istihdam edilecek personelle yapılacak sözleşme ekinde kurumsal hedefler ve performans değerlendirme kriterleri de gözetilerek hazırlanan bireysel performans kriterleri ve hedefleri belirtilir. Kurum Başkanı, genel sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri genel sekreter tarafından yapılır. Başhekim yardımcısıyla başhekimin, müdür yardımcısıyla ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Sözleşmelerin süresi iki yıldan dört yıla kadar olabilir. Süre sonunda tekrar sözleşme yapılabilir. Sözleşme eki performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağlı olarak süresinden önce de sözleşmeler sona erdirilebilir. Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Ancak bunlar yeni görevlendirmeler yapılınca kadar görev yapar. Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, ilgili hastane başhekim, müdürleri, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcılarının; yeni başhekim ve müdürlerin göreve başlamasından itibaren de yardımcılarının bir ay sonunda sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Sözleşmeleri bu suretle sona eren personel ile yeniden sözleşme yapılabilir. (II) sayılı cetvelde belirtilen

pozisyonlarda açıktan istihdam edilen personelin herhangi bir suretle sözleşmeleri sona erdiğinde birlik ile ilişkileri kesilir. Açıktan sözleşmeli istihdam, memurluk veya diğer personel istihdam şekillerinden birine geçiş bakımından kazanılmış hak teşkil etmez (madde 32).

Kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının muvafakati ile II sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilebilir. Sözleşmeleri herhangi bir surette sona eren, kamu kuruluşundan geçen personel, bir ay içinde kurumuna müracaatı halinde, kurumunca bir ay içinde kadrosuna atanır (madde 32).

Tablo 3: Sözleşmeli Personel Pozisyon Unvan ve Sayıları (II Sayılı Cetvel)

Pozisyon unvanı	Pozisyon Sayısı
Genel sekreter	100
Tıbbi hizmetler başkanı	100
İdari hizmetler başkanı	100
Mali hizmetler başkanı	100
Uzman	2.000
Hastane yöneticisi	500
Başhekim	850
Müdür	1.700
Başhekim yardımcısı	2.000
Müdür yardımcısı	2.400
Büro görevlisi	450
Toplam	10.300

Kaynak: 663 sayılı KHK

4.2.3.4. Sözleşmeli Personelin Mali Hakları ve Yükümlülükleri

(II) sayılı cetvelde belirtilen personele, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre belirlenen tavan ücret esas alınarak genel bütçeden III sayılı cetvelde belirlenen oranlarda peşin olarak ücret ödenir. Ayrıca personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden aynı cetvelde belirlenen tavan oranları geçmemek kaydıyla ek ödeme yapılabilir. Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile usul ve esasları; hastanenin grubu, personelin görevi, eğitim durumu, çalışma şartları ve çalışma süreleri, hizmete katkısı, performansı gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Bakanlıkça belirlenir (madde 33).

Sözleşmeli personel; kazanç getirici başka bir iş yapamaz, resmî veya özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak görev alamaz, serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemez, 657 sayılı Kanunda Devlet memurları için yasaklanmış bulunan eylemlerde bulunamaz (madde 33).

Sözleşmeli personelin izinleri ve iş sonu tazminatı hususlarında 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre istihdam edilen sözleşmeli personele ilişkin hükümler uygulanır. Söz konusu personel için işsizlik sigortası primi ödenmez (madde 33).

Tablo 4: Kamu Hastane Birlikleri Sözleşme Ücreti Cetveli (III Sayılı Cetvel)

Unvanı	Sözleşme Ücreti Oranı %	Ek Ödeme Tavan Oranı %
Genel Sekreter		
Profesör, Doçent, Eğitim Görevlisi	200	550
Uzman Hekim, Hekim	200	400
Diğer	200	300
Başkan		
Profesör, Doçent, Eğitim Görevlisi	150	600
Uzman Hekim, Hekim	150	450
Diğer	150	300
Hastane Yöneticisi		
Profesör, Doçent, Eğitim Görevlisi	150	600
Uzman Hekim, Hekim	150	450
Diğer	150	300
Başhekim		
Profesör, Doçent ve Eğitim Görevlisi Hekim	150	600
Uzman Hekim, Uzman Diş Hekimi, Hekim ve Diş Hekimi	150	450
Hekim, Diş Hekimi	150	200
Başhekim Yardımcısı		
Uzman Hekim, Uzman Diş Hekimi	150	270
Hekim, Diş Hekimi, Eczacı	150	180
Lisansüstü eğitim yapmış sağlık bilimleri lisansiyerleri	100	125
Müdür	100	125
Müdür Yardımcısı	75	75
Uzman	100	125
Büro Görevlisi	50	50

Kaynak: 663 sayılı KHK

4.2.3.5. Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması ve Denetimi

Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir (madde 34).

Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

a) Grup düşürülmesi,

b) (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,

c) (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,

ç) Bünyesindeki hastanelerden birinin ard arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,

d) (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması,

hallerinde Kurumca genel sekreterin görevine son verilir. Bu fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir (madde 34).

4.2.3.6. Kamu Hastaneleri Birliklerinin Değerlendirilmesi

663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri sunumundaki rol ve sorumluluklardan çekilmesi ve “planlayıcı, denetleyici ve politika üreten” bir Bakanlığa dönüşmesi yönünde yapısal bir adım atılmıştır. 663 sayılı KHK ile yüksek yetkilerle donatılmış bir Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu oluşturulmuş ve bu kurumun altında Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturularak, 2. ve 3. basamak kamu sağlık kuruluşları bu birliklerin altında toplanmıştır. Kamu Hastaneleri Birlikleri ile birlik düzeyinde “kamu tüzel kişiliğine sahip”, “özerk” bir yapılanma ortaya çıkmıştır. Kamu Hastaneleri Birlikleri ile “iradi ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri” yönünde ciddi bir adım atılmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun merkezi anlamda çok fazla yetkisi olmasına karşın bu yapılanma ile Kamu Hastaneleri Birlikleri düzeyinde kısmi bir idari ve mali özerkliğe geçilmiştir.

Kamu Hastanesi Birlikleri'nin örgütlenme ve yönetimine bakıldığında, sağlık hizmeti sunumunda temelde bir paradigma kayması olduğu anlaşılır. Sağlık hizmeti sunumunda, kamusal sorumluluktan piyasa yönelimli bir pratiğe doğru somut bir dönüşümün yaşanacağı görülmektedir. Ancak söz konusu geçiş bir anlamda radikal değil yumuşaktır. Bundan önceki kanun tasarılarında Kamu Hastane Birliklerinin finansman modellerinde kamusal mekanizmalara yer verilmezken veya “gerektiğinde” “yardımda bulunulabilmesi” gibi ifadelerle geçiştirilirken, söz konusu geçişi yumuşatmak için hastanelerin genel bütçeden finanse edilmesine geçiş döneminde devam edileceği görülmektedir.

Kamu Hastaneleri Birlikleri ile kamu hastanelerinin “sağlık işletmelerine” dönüşme süreci, öncelikli ve şimdi yürürlükte olduğu şekliyle, yönetimlerinin “işletmecilik” anlayışıyla yürütülmesi aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. 663 sayılı KHK'de yer aldığı şekliyle Kamu Hastaneleri Birliği'nin Genel Sekterliği, birliğin en üst yönetim organıdır ve Genel Sekreter birliğin tepe yöneticisi olmak üzere, altında idari hizmetler, mali hizmetler ve tıbbi hizmetler başkanlarından oluşmaktadır. Genel sekreterliğe bağlı hastanelerin yönetimi ise, tepe yöneticisi hastane yöneticisi olmak üzere onun altında başhekim, idari ve mali hizmetler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri müdürlerinden oluşmaktadır. 663 sayılı KHK ile birlik bünyesinde üst düzey

yöneticilerinin özel veya kamu sektöründe bir süre çalışmış olmak şartıyla sözleşmeli statüde istihdamlarının yolu açılmıştır. Özel sektörden kamu sektörüne personel geçişini kolaylaştıran ve çalışanların sorumluluğunu arttıran bu düzenleme birliklerin personel seçiminde söz sahibi olmasına ve esnek istihdama yol açmaktadır. Ancak, üst düzey yönetici pozisyonunda çalışan personelin sözleşmeli olarak çalıştırılması, kamu hizmetlerinin sürekliliği ve kamu hizmetinin doğasına uygun olup olmadığı tartışma konusudur (Sayan ve Küçük, 2012:187). Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin "profesyonel yönetim kadroları"nın hepsi sözleşmeli ve iş güvencesiz bir şekilde istihdam edilmekte olup, yönetim pozisyonlarının devamı kurumun mali, idari, tıbbi, eğitim, kalite, memnuniyet performans başarıları ile ilişkilendirilmiştir.

Kamu Hastane Birlikleri ile kamu hastanelerinin yönetim tarzı ve çalışma usulleri kamusal hizmet sunumundan çok özel sektör hizmet sunumu gibi düzenlenmiştir. Kamu Hastane Birlikleri'nin yönetiminde görev alacak yöneticilerin seçiminde sağlık sektörü deneyimi şartı aranmaması da yanlış bir uygulamadır. Bu durum, kamu hastanelerinin artık bir işletme mantığı ile değerlendirildiğini göstermektedir. Ayrıca Kamu Hastane Birlikleri ile birlikte performans kriterleri yeterli bulunmayan, verimli olmayan bazı kamu hastanelerinin kapatılması da olanaklı kılınmıştır (HASUDER, 2012:XIV).

Kamu Hastaneleri Birlikleri'nde sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin iş sözleşmelerinin ayrılmaz parçasının "performans ölçütleri" olarak belirlenmesi ve bunun da "başarı" ölçütüne bağlanması kamu hastanelerine ekonomik birer işletme özelliği kazandırılacağı ve kâr güdüsü ile hareket edileceğinin göstergesidir. Kamu Hastaneleri Birlikleri'nde hastanelerin yukarıdan aşağıya doğru A, B, C, D ve E şeklinde gruplandırılması ve yöneticilerin performansının bu gruplandırma kriterlerine göre belirlenmesi, birlik hastanelerinin değerlendirilmelerinin kamu veya özel kuruluşlara yaptırılabilmesi kamu hizmet anlayışı ile bağdaşmamaktadır (Sayan ve Küçük, 2012:188). Bu sınıflandırmanın kendisi kamu hastane sağlık hizmetleri sunumundaki eşitsizliğin kabul edilmesi olmakla birlikte aynı zamanda Kamu Hastaneleri Birlikleri uygulamasının dayandığı "rekabet" ilkesi gereği bu eşitsizliğin daha da derinleşeceğine yönelik bir işarettir.

5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ: TOPLUMSAL YANSIMA ÖRNEKLERİ ALAN ARAŞTIRMASI

5.1. Alan Araştırmasının Çerçevesi

5.1.1. Alan Araştırmasının Konusu

Türkiye’de son dönemde Sağlıkta Dönüşüm Programı şeklinde isimlendirilen, Türkiye sağlık sisteminin dönüşüm süreci ve bunun toplum tarafından nasıl değerlendirildiği alan araştırmasının konusunu oluşturmaktadır. Diğer bir ifadeyle, Türkiye’de toplumun bazı kesimlerinin sağlık sisteminin dönüşümü sürecinde ne yaşadıkları, bu sürece nasıl baktıkları ve değerlendirdikleri, sürece ilişkin ne söyledikleri alan araştırmasının konusunu oluşturmaktadır.

5.1.2. Alan Araştırmasının Sınırlılıkları

“Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri” şeklinde isimlendirilen çalışmanın konusu Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinin dönüşümü ile sınırlandırılmıştır. Bu bağlamda “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak adlandırılan ve uygulamaya konulan, kamu sağlık hizmetlerindeki dönüşüme odaklanılmıştır. Sağlık sisteminin dönüşümü Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği ve Kamu Hastaneleri Birlikleri çerçevesinde sınırlandırılmıştır. Alan araştırması belirlenen konu sınırları içinde araştırmacının zaman, emek ve maddi imkanları çerçevesinde niteliksel araştırma yöntemleri ile gerçekleştirilmiştir.

Alan araştırması 31 Aralık 2012- 19 Nisan 2013 tarihleri arasında;

- İstanbul İli Kartal İlçesinde sağlık hizmetlerinden yararlanan 28 kişi, 20 sağlık çalışanı; uzman görüşü çerçevesinde kamu sağlık sektörü yöneticileri, sağlık meslek temsilcileri ve bir özel hastane ortağı ve yöneticisi olmak

üzere toplam 8 kişi ile yapılan derinlemesine görüşmeler olmak üzere toplam 56 derinlemesine görüşme,

- İstanbul ili Kartal ilçesinde seçilen bir Aile Sağlığı Merkezinde 5 gün; Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 15 gün ve 2 günlük eczane gözlemi olmak üzere toplam 22 günlük gözlem süreciyle sınırlıdır.

5.1.3. Alan Araştırmasının Amacı

Alan araştırmasının amacı, Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümünün toplum kesimleri tarafından nasıl yaşandığı ve değeriendirildiğini saptamaya çalışmaktır. Araştırmacı sağlık sistemindeki değerişime karşı, toplumun -sağlık hizmeti kullanıcılarının- tepkisizliği varsayımı ile yola çıkmıştır, bu sorunsala yönelik yapılan alan araştırması ile toplumun sağlık sistemindeki değerişimi nasıl yaşadığı ve değeriendirdiği ile bunun altında yatan tepkisizliğin nedenleri ortaya konulmaya çalışılmıştır.

5.1.4. Alan Araştırmasının Yöntemi

Sağlık sistemi dönüşümünün toplum tarafından nasıl yaşandığı ve değeriendirildiği niteliksel araştırma yöntemleri ile tespit edilmeye çalışılmıştır. Derinlemesine görüşme ve gözlem yöntemlerinden yararlanılmıştır. Derinlemesine görüşme, sosyal gerçekliğin kavranmasında, anlaşılmasında ve yorumlanmasında tercih edilen bir yöntemdir (Kümbetoğlu, 2012:82). Derinlemesine görüşme yöntemiyle, yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzu aracılığı ile katılımcının kabul etmesi durumunda ses kaydı ve görüşme notları ile veriler toplanmıştır. Üç grupta derinlemesine görüşmeler yapılmıştır:

1. Toplum bireyleri: Sağlık hizmetinden faydalanan 30 yaş üstü bireyler.
2. Sağlık çalışanları: Aile hekimi, uzman hekim, diş hekimi, pratisyen hekim, hemşire ve eczacılar.

3. Uzman görüşü: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sosyal Güvenlik Kurumu, Kamu Hastaneleri Birlikleri, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Hemşireler Derneği ve Özel Hastane üst düzey yöneticileri.

Yapılandırılmamış gözlem tekniği ile kamu sağlık hizmetlerinin sunulduğu doğal ortama katılmakla birlikte gözlem alanındaki kişilerin sürekli değişkenliği itibari ile “katılımcı gözlem” tekniğinin dışında, daha çok süreçlerin izlendiği bir gözlem yöntemi tercih edilmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2006:171). Doğal ortamda gözlemleme, dinleme, not alma, belleğe destek olan makine kayıtları (ses ve fotoğraf) aracılığı ile gözlem süreci tamamlanmıştır (Neuman, 2012:569).

5.1.5. Derinlemesine Görüşme Kılavuzları

Derinlemesine görüşmeler, yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzları aracılığı ile yapılmıştır. Bunun için iki adet yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzu hazırlanmıştır. ‘Uzman Görüşme Kılavuzu’, uzman görüşü ve sağlık çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde kullanılmıştır. ‘Görüşme Kılavuzu’ ise toplum bireyleri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde kullanılmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzları oluşturulurken derinlemesine görüşme sorularının niteliğine ilişkin yöntem kitaplarından yararlanılmıştır (Kümbetoğlu, 2012:83; Neuman, 2012:588; Yıldırım ve Şimşek, 2006:91). Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetleri memnuniyet anket soruları ve Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Etik Araştırması’nda (Sur ve diğerleri, 2009) kullanılan görüşme kılavuzları göz önünde bulundurularak, araştırmacı ve Yrd.Doç.Dr. Murat ÇEKİN (aile hekimi) tarafından oluşturulmuştur. Taslak görüşme kılavuzları ile ilgili Yrd.Doç.Dr. Burcu GÜLER (çalışma psikolojisi), Prof.Dr. Kuvvet LORDOĞLU (çalışma ekonomisi) ve Prof.Dr. Mehveş TARIM’dan (sağlık politikaları) görüşler alınmış ve yapılan pilot uygulamanın ardından (iki adet derinlemesine görüşme; bir aile hekimi ve iki eczacı ile ön görüşme; bir aile sağlığı merkezi gözlemi), uzman görüşleri ve pilot uygulamada karşılaşılan durumlar göz önüne alınarak görüşme kılavuzları değiştirilerek

geliştirilmiş ve son halini almıştır. Uzman Görüşme Kılavuzu (Ek-1) ve Görüşme Kılavuzu (Ek-2) eklerde yer almaktadır.

5.1.6. Örneklem

Alan araştırmasının temel konusunun, sağlık sistemindeki değişimin, toplum tarafından nasıl yaşandığı ve değerlendirildiği olması nedeniyle, araştırmanın odağını sağlık hizmetlerini kullanan toplum kesimleri oluşturmuştur. Bu doğrultuda toplum kesimlerinin bu süreci nasıl yaşadığı ve nasıl değerlendirdiğinin anlaşılmasına yönelik olarak, toplum bireyleri ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Ayrıca sağlık çalışanları ile de gerek bu toplumun bir parçası olması gerekse de sağlık hizmeti sunan ve aynı zamanda kullanan kişiler olması sebebiyle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Alan araştırması kapsamında, uzman görüşleri çerçevesinde sağlık sistemindeki dönüşümün kamu adına yürütücüleri olması bakımından kamu sağlık sektörü yöneticileri; sağlık meslek gruplarını temsilen meslek odası yöneticileri; bu dönüşümün bir tarafı ve sağlık hizmeti sunucusu olması itibarı ile de bir özel hastane sahibi-yöneticisi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

Sağlık sisteminin değişimini yaşayan 30 yaş üstü bireylerle, sosyal güvence kategorilerine göre: memur, işçi, serbest meslek, G0 ve G1'lilerle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Toplum bireyleri örneklemi kotalı ve ardışık örneklem yöntemiyle gerçekleştirilmiştir (Neuman, 2012:322). Örneklem seçiminde kotalı örneklem seçimi; 30 yaşın üstündeki bireylerin ve belirlenen sosyal güvence kategorilerinin örnekleme dahil edilmesinden kaynaklanmaktadır. Başka bir yöntem kitabında ise belirli bir özelliği gösteren kişilerin bizim çalışmamızdaki 30 yaş üstü bireylerin örnekleme dahil edilmesini ölçüt örneklem olarak kavramsallaştırmıştır. Yine bu çalışmada belirli sosyal güvence kategorilerindeki bireylerin örneklem içinde temsilini sağlamak için kullanılan kotalı örneklem, yine aynı yöntem kitabın da maksimum çeşitlilik örneklemi olarak kavramsallaştırılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2006:108-112). Örneklem büyüklüğü açısından, ardışık örnekleme yöntemi itibarıyla, bireylerden alınan bilgilerin tekrarlanması aşamasında, doyma noktasına ulaşıldığında

derinlemesine görüşmeler kesilmiştir (Neuman, 2012:322-326). Alan araştırması kapsamında 4'ü çalışan 3'ü emekli olmak üzere 4a (işçi) statüsünde olan 7 kişi; 3'ü çalışan 2'si emekli olmak üzere 4b (serbest çalışan) statüsünde olan 5 kişi; 4'ü çalışan 2'si emekli olmak üzere 4c (memur) statüsünde olan 6 kişi; G0 statüsünde olan 6 kişi ve G1 statüsünde olan 4 kişi olmak üzere toplam 28 kişi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Derinlemesine görüşme yapılan sağlık hizmeti kullanıcılarının bazı özellikleri Ek-4'te yer almaktadır.

Saha araştırmasına dahil edilecek toplum bireylerinin seçiminde basit rastlantısal örneklem seçimi tercih edilmiştir (Neuman, 2012:331). Kura çekimi sonucu belirlenen, toplum örnekleme zaman dilimleri sonuçları Ek-3'te yer almaktadır. Saat dilimleri seçimlerine göre görüşme teklif edilen kişilerin görüşmeyi kabul etmemesi durumunda, bir sonraki kişi ile görüşme yapılmıştır. Ayrıca görüşme teklif edilen kişinin yaşının 30'dan küçük olması veya örnekleme doyuma ulaşılan sosyal güvenlik statüsünde olan kesimde olması durumunda da yine bir sonraki kişiyle görüşme yapılmıştır.

Toplum örnekleminin, İstanbul ili Kartal ilçesinde araştırmacı tarafından seçilen bir Aile Sağlığı Merkezi ve Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden sağlık hizmeti alan hastalar arasından seçilmesi kararlaştırılmıştır. Planlanan alan araştırması sürecinin sonuna yaklaşırken 4b, G0 ve G1 statüsündeki kişilerle seçilen sağlık kuruluşlarında yeterince ulaşılamaması üzerine, 4b'liler için Kartal Kızılay Tıp Merkezine başvuran hastalar arasından seçim yapılmış; G0 ve G1'lilere ulaşmak için ise SGK kurumundan, kişisel ilişkiler çerçevesinde, Kartal ilçesinde ikamet edenler arasından 28'şer kişilik G0 ve G1'li kişi bilgisine ulaşılarak bu kişiler arasından görüşmeyi kabul edenlerle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

Saha araştırması toplum örnekleme için eğitim ve araştırma hastanesine başvuranların seçilmesi, hasta çeşitliği açısından daha farklı kesimlerin örnekleme dahil edilmesine imkan tanınması için tercih edilmiştir. İstanbul Anadolu yakasında 4 adet eğitim ve araştırma hastanesi bulunmaktadır. Araştırmacının ikamet ettiği bölgede ise, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği kapsamında sadece Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi bulunmaktadır. Bu nedenle ve ulaşım kolaylığı

sağlaması açısından da bu hastane araştırma sahası olarak tercih edilmiştir. Aile Sağlığı Merkezi (ASM) seçiminde ise 1.basamaktaki dönüşümün daha iyi değerlendirilebilmesine olanak sağlaması açısından sağlık ocağı iken aile sağlığı merkezine dönüşmüş olan Kartal ilçesindeki 18 ASM'den biri basit rastgele kura sonucunda seçilmiş ve seçilen ASM'ye başvuran hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

Sağlık çalışanları örnekleme, olasılıklı olmayan belirli sağlık meslek gruplarının örnekleme var olmasını sağlayacak şekilde, kotalı örneklem seçimi yöntemiyle gerçekleştirilmiştir (Neuman, 2012:322). Çalışma kapsamında, Aile Sağlığı Merkezinde çalışan 3 aile hekimi, Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan 1 pratisyen hekim ve 1 hemşire, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden çalışan 7 uzman hekim, Ağız Diş Sağlığı Merkezinde çalışan 3 diş hekimi ve bir üniversite hastanesinde çalışan 1 asistan diş hekimi ve 4 eczacı olmak üzere toplam 20 sağlık çalışanı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Çalışma kapsamında İstanbul Halk Sağlığı Müdürü, İstanbul Sosyal Güvenlik Kurumu Müdürü, İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri, Türk Tabipleri Birliği Başkanı, Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri, İstanbul Eczacı Odası Başkanı, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı ve bir Özel Hastane Genel Koordinatörü (aynı zamanda ortağı) olmak üzere toplam 8 kişiden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşü örnekleme, olasılıklı olmayan amaca yönelik örneklem seçimi yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Niteliksel araştırmalarda amaca yönelik örneklem seçimi, uzman görüşü başvurularında kullanılan bir örneklem seçme yöntemidir (Neuman, 2012:322).

5.1.7. Alan Araştırmasının Yürütülmesi

İstanbul ili Kartal ilçesinde, biri aile sağlığı Merkezinin diğeri Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin karşısında olmak üzere seçilen 2 eczanede 24-25 Ocak 2013 tarihlerinde 2 gün; İstanbul ili Kartal ilçesinde seçilen bir Aile Sağlığı Merkezinde 28 Ocak-1 Şubat 2013 tarihleri arasında 5 gün; Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 4 Şubat-22 Şubat 2013 tarihleri arasında 15 gün olmak üzere toplam 22 gün gözlem

yapılmıştır. Gözlem süresinin kısa olması, ana yöntem olarak derinlemesine görüşme yönteminin tercih edilmesinden kaynaklanmaktadır. Gözlem sürecinde sağlık hizmetlerinin sunulduğu doğal ortamlarda gözlemlene, dinleme, konuşmalara kulak kabartma, not alma, sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalarla sohbet etme, gözlem sürecine ilişkin hatırlatıcı fotoğraf çekme ve araştırmacının kendi sesini kaydetme aracılığı ile gözlem süreci tamamlanmıştır.

Toplum kesimleri örnekleme seçilen Aile Sağlığı Merkezinde, 11 Mart-15 Mart 2013 tarihleri arasında 5 kişi ile Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 28-29 Mart 2013 tarihlerinde 4 kişi ile ve 8-11 Nisan 2013 tarihleri arasında 6 kişi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu süreçte sadece birer tane 4b ve G0'lı ile görüşme yapılmıştır. Görüşmelerin tamamlanması amacıyla 4b'liler için Kartal Kızılay Tıp Merkezi'ne yönelinmiştir. 12 Nisan ve 15 Nisan 2013 tarihlerinde Kartal Kızılay Tıp Merkezi'nde 4b'li 4 kişi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. G0 ve G1'lilere ulaşmak için ise SGK kurumundan kişisel ilişkilerle Kartal ilçesinde ikamet eden 28'er kişilik G0 ve G1'li kişi bilgisine ulaşılarak bu kişiler arasından görüşmeyi kabul eden 5 G0'lı ve 4 G1'li kişi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. 11 Mart- 19 Nisan 2013 tarihleri arasında 17 günde 19'u yüz yüze, 9'u telefonla yapılmak üzere 28 derinlemesine görüşme yapılmıştır. Yüz yüze derinlemesine görüşme yapılan 19 görüşmede katılımcılardan 11'i ses kaydına izin vermiştir, ses kaydını istemeyen veya bu konuda tereddüt eden katılımcılara ısrar edilmemiş ve ses kaydı yapılmamış, görüşme anında not tutulması tercih edilmiştir. SGK aracılığı ile ulaşılan listeler üzerinden yapılan derinlemesine görüşmelerde bu kişilere telefonla ulaşılmış ve telefonla derinlemesine görüşmeler yapılırken görüşme notları tutulmuştur. En kısa toplum bireyleri derinlemesine görüşme süresi 30 dakika iken en uzun derinlemesine görüşmesi süresi 1 saat olarak yapılmış, yapılan derinlemesine görüşmeler ağırlıklı olarak 40 dakika civarında gerçekleşmiştir.

Sağlık çalışanları ile 13-22 Şubat 2013 tarihleri arasında Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden çalışan 7 uzman hekim ile 25 Şubat-8 Mart 2013 tarihleri arasında ise Aile Sağlığı Merkezinde çalışan 3 aile hekimi, Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan 1 pratisyen hekim ve 1 hemşire, Ağız Diş Sağlığı Merkezinde çalışan 3 diş

hekim ve bir üniversite hastanesinde çalışan 1 asistan diş hekimi ve 4 eczacı olmak üzere toplam 20 sağlık çalışanı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. 17 sağlık çalışanı ile yüz yüze görüşerek derinlemesine görüşme yapılmış, bu görüşmelerde ses kaydına izin veren 15 görüşmecinin ses kaydı alınmış, ses kaydı yapılmasını istemeyen 2 sağlık çalışanı ile görüşme notları alınarak görüşme yapılmıştır. Ayrıca derinlemesine görüşme yapılan bir diş hekiminin referansı ile ulaşılan 3 diş hekimi ile telefonla derinlemesine görüşme yapılmış bu görüşmelerde de ses kaydı yapılmıştır. En kısa sağlık çalışanı derinlemesine görüşme süresi 30 dakika iken en uzun derinlemesine görüşmesi süresi 1 saat 40 dakika olarak yapılmış, yapılan derinlemesine görüşmeler ağırlıklı olarak 40-50 dakika arasında gerçekleşmiştir.

Uzman görüşü derinlemesine görüşmeleri 31 Aralık 2012- 4 Nisan 2013 tarihleri arasına randevu verilen 8 ayrı günde yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Uzman görüşleri için yapılan yüz yüze görüşmelerde ses kaydına izin veren 7 görüşmenin ses kaydı alınmış, ses kaydı yapılmasını istemeyen bir uzman ile görüşme notları alınarak görüşme yapılmıştır. En kısa uzman görüşmesi süresi 45 dakika iken en uzun uzman görüşmesi süresi 3 saat 15 dakika olarak yapılmış, yapılan derinlemesine görüşmeler ağırlıklı olarak 1 saatin üzerinde gerçekleşmiştir.

Toplum kesimleri ve sağlık çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde, öncelikli olarak katılımcıya çalışmanın amacı anlatılmış ve araştırmacı kendini tanıtmıştır. Görüşmeye başlarken karşı tarafa güven vermesi açısından araştırmacı, bütün katılımcılara üniversite personeli olduğuna dair kimliğini göstermiştir. Bundaki amaç katılımcının araştırmacının tarafsızlığına olan güvenini sağlamak ve herhangi bir şekilde Sağlık Bakanlığı ya da Sosyal Güvenlik Kurumu adına çalışmadığına dair bir güven sağlamaktır. Derinlemesine görüşmeler gerek görsel olarak resmiyetten uzak gerekse de konuşma ifadeleri olarak biçimsellikten uzak bir sohbet tarzında, yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzunun esnekliği ile gerçekleştirilmiştir. Görüşme sürecinde yönlendirici olmamak için herhangi bir konuda bilgi verilmemiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2006:140). Uzman görüşleri çerçevesinde yapılan derinlemesine görüşmelerde de temelde yukarıdaki prensiplere uymakla birlikte araştırmacının biçimsel görselliği açısından daha resmi bir çerçevede gerçekleştirilmiştir.

5.1.8. Gözlem ve Derinlemesine Görüşmelerin Değerlendirilmesi

Gözlem sürecine ilişkin elde edilen veriler gözlem raporlarına aktarılmıştır. Ses kaydına izin verilmeyen derinlemesine görüşmelerde, görüşmenin hemen ardından görüşme notlarının çözümlemesi yapılmıştır. Toplum kesimleri, sağlık çalışanları ve uzmanlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde, ses kaydına izin verilen veya görüşme notları ile yapılan görüşmeler çözümlenmiştir. Böylece, sağlık hizmetinden yararlanan toplum kesimleri ile yapılan 28 derinlemesine görüşmenin çözümlenmesi sonucunda 136 sayfa; sağlık çalışanları ile yapılan 20 derinlemesine görüşmenin çözümlenmesi sonucunda 131 sayfa; uzman görüşleri kapsamında yapılan 8 derinlemesine görüşme sonucunda 87 sayfa olmak üzere 354 sayfalık bir görüşme çözümlemesi metinleri oluşturulmuştur.

Her bir örneklem grubunun çözümleme metinlerinin sonuçları; görüşme kılavuzlarında yer alan temalar ve görüşmelerde ortaya çıkan yeni temalar altında birleştirilerek, içerik analizi yapılarak, temalara yönelik metinlerin nedenselliği ve ilişkiselliği göz önünde bulundurularak, tümevarımcı bir analizle değerlendirilmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2006:227-232).

Derinlemesine görüşmeler içerik analizi ile temaların altında nedenselliği ve ilişkiselliği çerçevesinde değerlendirilirken, her bir temanın altında oluşan farklı kategorilere ait yaşantı ve görüşleri paylaşan katılımcıların sayısı ya da basit yüzde hesapları ile niceliksel karşılıkları da verilmiştir. Burada sayısallaştırmadaki amaç niceliksel bir karşılaştırma yapmak değil; güvenilirliği arttırmak, yanlılığı azaltmak ve daha “adil” bir değerlendirmeye olanak sunmasıdır. Ayrıca içerik analizi ile ulaşılan tema ve bu temaların altında farklılaşan kategorilerin nedenselliği, ilişkiselliği yönünde daha güçlü bir değerlendirme ve tartışmaya imkan sağlamaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2006:242).

5.2. Sağlık Hizmeti Kullanıcıları ile Yapılan Derinlemesine Görüşme Bulguları

Alan araştırması kapsamında 4'ü çalışan 3'ü emekli olmak üzere 4a (işçi) statüsünde olan 7 kişi; 3'ü çalışan 2'si emekli olmak üzere 4b (serbest çalışan) statüsünde olan 5 kişi; 4'ü çalışan 2'si emekli olmak üzere 4c (memur) statüsünde olan 6 kişi; G0 statüsünde olan 6 kişi ve G1 statüsünde olan 4 kişi olmak üzere toplam 28 sağlık hizmeti kullanıcısı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelere ait bulgular aşağıda yer almaktadır.

5.2.1. Aile Hekimliği Sistemi

Aile Sağlığı Merkezlerinden Yararlanma

Görüşme yapılanların yaklaşık 1/3'ü (10 kişi) aile sağlığı merkezlerini kullanmamaktadır. Araştırma grubunda aile hekimliğini kullanmayan sağlık güvencesine sahip katılımcıların, aile hekimliğine “ihtiyaç duymadıkları” (8 kişi) veya “güvenmedikleri” için (2 kişi) aile sağlığı merkezine gitmedikleri anlaşılmaktadır.

“Aile hekimimin kim olduğunu bilmiyorum, ihtiyacında yok, hiç gitmeyi de düşünmedim, bir rahatsızlığım olunca direk hastaneye gidiyorum... Sağlık ocağına da gitmiyordum eskiden.” 4b-5 Çalışan

“Aile hekimi güven noktasında! İlaç yazdırma gereği duymuyorum. İlaç yazdırmak için gidiliyor genelde. Ben ilaç yazdırmak için gitmiyorum. Genelde de sorun olduğunda direk uzman doktorlara başvuruyorum.” 4c-5 Çalışan

Aile sağlığı merkezine gidenlerin büyük çoğunluğunu G0 ve G1 kategorisindeki kişiler ve emekliler oluşturmaktadır. G0 kategorisindeki katılımcıların tamamı aile hekimine giderken, G1'lilerin yarısı ve diğer sağlık güvence kategorisindeki kişilerin ise ağırlıklı olarak emekli kesimlerinin ve çalışmayan “ev hanımlarının” aile hekimine gittiği görülmektedir. Aile hekimliği hizmetlerinin, ağırlıklı olarak sağlık güvencesinden yoksun olma, G0-G1'li olma ya da emekli ve kronik hastalıklara sahip kişilerde ise raporlu ilaçların kolaylıkla yazılması ile ilişkili bir sağlık

hizmeti olarak değerlendirildiği katılımcıların yaşantılarından ve ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“Böbrek rahatsızlığı, stresten dolayı kaşıntı olmuştu, birkaç kez de gripten dolayı gitmiştim. Randevu al git, gel, hastane ortamı beni çok geriyor, ondan sağlık ocağına gidiyorum.” G0-5 (Geçen sene sağlık güvencesi yokmuş.)

“İlaç yazmak için gidiyorum. Hastalanınca direk hastaneye giderim, ben aile hekimine gitmem. Nedir ortopedi, nedir karın ağrısı, nedir ateşin var direk hastaneye gidiyorum.” 4c-3 Emekli

Bunun dışında aile sağlığı merkezlerinin, çalışmayan “ev hanımları” ve çocuklarının “basit sağlık rahatsızlıklarında” ve çocuklarının aşılarının yaptırılması amacıyla kullanıldığı görülmektedir.

“Aile hekimine ben gitmiyorum, tanımıyorum bile, hanım ve çocuklar gidiyor. Hanıma diyorum abone mi oldun oraya. Sağlık ocağı yakın en ufak şeyde gidiyor ilaç yazıyor.” 4a- 6 Çalışan

“Çocuklar için gidiyoruz, soğuk algınlığı, küçük yanıklar, çocuklar hasta olunca rapor almak için gidiyoruz.” G0-3

“Bebeğim var 1 yaşında, telefonla arıyorlar aşıya çağırıyorlar.” G0-2

Sağlık güvencesinden yoksun olan kişiler için her amaçla kullanılan aile sağlığı merkezleri; sağlık güvencesine sahip katılımcılar için “basit sağlık rahatsızlıklarında” gidilen bir yer olarak değerlendirilmektedir. “Ağır sağlık rahatsızlıkları” olduğunda ise direk hastaneye başvurdukları ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“Raporu vardır ilacı bitmiştir ya da ufak bir sorundur ona yönelik ilaç yazdırmaya gidilen bir yer, doktorlarda hemen yazıyor zaten. Ya da çocuğunuzun grip olmuştur ilaç yazmaya, okul için rapor almaya gidiyorsunuz. Aile hekimine bunun için gidiliyor diye düşünüyorum ben. Ya rapor (öğrenci için) ya da ilaç yazma üzerine kurulu bir düzen.” 4a-7 Çalışan

Katılımcıların aile hekimliğini kullanmasına ilişkin yaşantıları ve ifadeleri araştırmacının yaptığı Aile Sağlığı Merkezi gözlemi ile paralellik taşımaktadır. Gözlem sürecinde aile hekimliğinden yararlanan kişilerin ağırlıklı olarak muhtemelen kronik

rahatsızlığı olan ve raporlu ilaçlarını yazdırmak için gelen yaşlılar ve muhtemelen çalışmayan “ev hanımı” kadınlar ve çocuklar olduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı sağlık ocağına giderken, aile hekimliği modeline geçişle birlikte katılımcılar arasında 1. basamağı kullanma oranı artmıştır. Katılımcıların yaklaşık 2/3’ünün aile hekimlerinden yararlandığı görülmüştür.

“Pek sık gitmezdik açıkçası (sağlık ocağına), pek gitmediğim için bir şey diyemem, 2 senedir gidiyorum. Yani şimdi aile hekimine rahatlıkla muayene olabiliyorsun,” G1-1

“Önceden doğru düzgün muayene olamıyorduk, şimdi 4-5 doktor var, eskiden 1-2 doktor vardı, kalabalıktı. Sağlık ocağını sevmiyordum, doğru düzgün ilgilenmiyorlardı, 1 saat bekliyordun, 30 kişi sırada bekliyordu, eski kalabalık Allah’a şükür yok.” G0-6

Ulaşılabilirlik

Aile hekimliğini kullanan katılımcıların tamamı (18 kişi) Aile Sağlığı Merkezlerinin coğrafi ulaşılabilirlik açısından yakın yerlerde olduğunu ve kolay ulaşabildiklerini belirtmiştir. Ayrıca muayene olmak için randevu almaya ihtiyaç duymadan aile hekimine ulaşılabilmesini olumlu değerlendirmekte ve fazla beklemeden aile hekimine ulaşabildiklerini aktarmışlardır. Katılımcıların yaşantıları ve ifadeleri araştırmacının yaptığı Aile Sağlığı Merkezi gözlemi ile paralellik taşımaktadır. Kişiler aile hekimlerine ikamet ettikleri yer itibari ile bağlandıklarından, insanların bağlı olduğu Aile Sağlığı Merkezleri yürüme mesafesinde yani herhangi bir ulaşım aracına ihtiyaç duyulmaksızın ulaşabilecekleri bir mesafedir. Yine muayene olmak için randevusuz geldiklerinde sıra numarası alarak ve hafta başı Pazartesi günleri hariç fazla beklemeden yaklaşık yarım saat içinde muayene olabilmektedirler.

“Sağlık ocağı mahalle içinde yakın. Her sokağın doktoru ayrı olduğu için daha rahat, taş çatlasa 1-2 kişi önünde oluyor, fazla beklemiyorsun.” G0-3

“Yani şimdi aile hekimine rahatlıkla muayene olabiliyorsun, hastaneden randevu almak zor, genelde fazla beklemeden yarım saat içinde aile hekiminde muayene olabiliyorsun.” G1-1

Katılımcılardan biri ise önceden aile hekimliğine giderken gitmeyi bırakan bir katılımcı, Aile Sağlığı Merkezlerinde 65 yaş üstü kişilere tanınan muayene önceliği nedeniyle, muayene bekleme sürelerinin uzadığını ve bu nedenle Aile Sağlığı Merkezinde muayene bekleme süresinin uzun olduğunu ifade etmiştir.

“Oraya gittiğimizde sıra numarası alıyoruz, ama hani yaşlılara öncelik veriliyorsa daha çok bekliyoruz, o yüzden hastaneden randevu alıyoruz, 182’den, işime de yakın o yüzden hastaneye geliyorum hasta olunca.” 4a-5 Çalışan

Aile hekimliğini kullanan katılımcılardan biri ise kan tahlili sonuçlarını almak için bekleme süresini uzun olarak değerlendirmektedir. Kan tahlili sonuçlarının ertesi gün verilmesi ve bu nedenle ikinci bir kez aile hekimliğine gidilmesini “üst üste işten izin alma zorluğu” nedeniyle olumsuz olarak değerlendirmektedir. Bu istisnai gibi gözüken bir örnek olmasına karşın, bize sağlık hizmetlerine ulaşma zorluğuna neden olan çalışma koşullarına ilişkin çarpıcı bir gerçekliği işaret etmektedir.

“Bir kan tahlili yaptırdığınızda 1 gün sonra sonuç alabiliyorsunuz, bu tabii süreci uzatıyor. Çalışan insan olduğunuz için hemen sonuca gitmek istiyorsunuz. Üst üste izin alma şansımız yok çünkü.” 4a-7 Çalışan

Hekim Davranışları

Aile hekimliğini kullanan katılımcıların büyük bir çoğunluğu yaklaşık 5/6’sı (15 kişi) aile hekimlerinin sağlık sorunları ile ilgili kendilerine olan yaklaşımını, bilgilendirmesini ve zaman ayırmasını yeterli ve olumlu olarak değerlendirmektedir.

“Aile hekimliğini Avrupa’dan duyardık. Aile hekiminin yaklaşımından, psikolojik yaklaşımından memnunuz, uzman da zaten (Uzm. Dr.)... Çağ atladığımızı görmemek için cahil olmak gerek. Bir doktor arayıp, çocuğunuzun aşısı geldi diyor, hanımla birbirimize bakıp ala ala bu nasıl oluyor diye şaşırmiştık.” G0-2

“Aile hekimimiz çok ilgili bir doktor, çok inceliyor, “nasılsın, neyin var, ne zamandan beri var”, diyor.” G0-3

“Muayene oluyorsun, bana göre çok iyi, dört dörtlük... En son gittiğimde 5 dakika ilgilenildi, ilaç yazdı, kullan gel dedi, sıkıntın olursa gel dedi.” G0-4

“6 ayda bir genel tahlil yapıyor, kontrolde tutmak için, bilgi veriyor, ilgileniyor. Herhangi bir sıkıntı yaşamıyorum.” 4a- 4 Emekli

Ayrıca aile hekiminin kendisine yaklaşımını bir önceki sağlık ocağı hekiminin yaklaşımına göre daha olumlu yönde geliştiği görüşü yine bu grupta yaygın olarak kabul edilmektedir.

“Önceden doğru düzgün muayene olamıyorduk, şimdi 4-5 doktor var, eskiden 2-3 doktor vardı, kalabalıktı. Eskiden neyin var, tamam, ilaç yazıp yolluyorlardı. Şimdi bayağı bir ilgileniyorlar, Allah razı olsun ondan uyarıyor yani, sigara içme diyor. Allah’a şükür sigarayı bıraktık, içersen ölümün olur dedi, en sonunda bıraktık. Geçen yine sordu sigara içiyor musun diye.” G0-6

Aile hekimlerinin kendisine yönelik yaklaşım farkındaki olumlu gelişmenin nedenini, “aile hekimlerinin kendi arasındaki rekabete” ve “aile hekimleri bu işi biraz maddi anlamda pazar olarak bakmalarına” bağlayan iki görüşe de bu grup içinde rastlanmıştır.

“Eskiden yoğundu, fazla ilgi alaka da yoktu. Şimdi aile hekimlerinin kendi arasında da rekabet var, hastalar daha rahat ulaşabiliyorlar, onlar da hastalarına daha sıcak yaklaşıyor.” 4b-2 Çalışan

“Aile hekimleri bu işi biraz maddi anlamda pazar olarak mı bakıyorlar, ne bakıyorlar nasıl bir durum söz konusu bilmiyorum, ama artık sorduğun her soruya cevap veriyorlar... Aile hekimleri her şeyinle ilgileniyorlar.” 4c-1 Çalışan

Aile hekimliğini kullanan katılımcıların bir kısmı yaklaşık 1/6’sı (3 kişi) aile hekimlerinin sağlık sorunları ile ilgili kendilerine olan yaklaşımını, bilgilendirmesini ve zaman ayırmasını yetersiz ve olumsuz olarak değerlendirmektedir.

“Geçen gittiğimde (1,5 ay önce), bronşit zatüreye dönebilir dedi, çok korktum! 10 iğne verdi kullan, geçmezse hastaneye git dedi. İğneleri kullandım, geçmedi sonra Araştırmaya gittim, astımınız tazelenmiş dedi. Durumun o kadar ciddi değilmiş, aile hekimi beni çok korkutmuştu o zaman... Ülserle ilgili beslenme

konusunda bilgi vermiyor, bugün gittim ilacımı yeniledi. İlaç kullanımını anlatıyor.” G1-1

“Aile hekiminin hastayı sahiplenmesi gerekir, bunu bulamıyorsunuz, hemen “neyin var?” ilaç yazıp gönderiyorlar. Bir iletişim köprü kurulamıyor açıkçası... Önceden de kurulamıyordu (sağlık ocağında)... Mesela ben yıllarca Almanya’da yaşadım. Orada da aile hekimliği sistemi var ama oradaki sistem daha oturmuş... Buradaki sistem sanal, yüzeysel, “neyin var?” hemen ilaç, hemen güle güle yani. Bir iletişim yok, eskiden nasılsa şimdi de o bir tek ismi değişti yani.” 4a-7 Çalışan

Ayrıca aile hekimlerinin yaklaşımını olumsuz olarak değerlendirip gitmeye devam edenlerin dışında bir kişi ise aile hekiminin bu olumsuz yaklaşımından dolayı aile hekimine gitmeyi bırakmıştır. Hatta bu kişi önceki sağlık ocağı hekiminin yaklaşımını şu anki aile hekiminden daha olumlu bulmaktadır.

“Valla ben ondan daha çok nazik davranmaya çalıştım yani (aile hekimine), çok soğuk yani sanki zoraki işini yapıyor gibi, ben öyle hissettim, bilmiyorum. Ben açıklama yapıyorum, “neyin var” dedi başka bişey sormadı, ben kan testi istedim öyle kan testi yaptı, sonra ilaç yazdı, bişey de açıklamadı yani. İlgilenmedi yani ben ilgisinden memnun kalmadım, ondan sonra da gitmedim yani... Sağlık ocağı zamanında gidiyordum, çok fark var, o zamanki hekimimiz çok iyiydi, daha candandı, insanları dinliyordu, kendiside bir şeyler söylüyordu, bilgilendiriyordu bizi yani. Ondan çok memnunduk.” 4a-5 Çalışan

Güven

Aile hekimliğini kullanan katılımcıların yaklaşık 1/4’ü (5 kişi) gittikleri aile hekimine tamamıyla güvendiklerini belirtmiştir. Bu güvenin kaynağını, iki kişi aile hekiminin uzman hekim olması, diğer iki kişi ise aile hekiminin deneyimi ve teşhis ve tedavi süreçlerindeki başarısı olarak göstermektedir.

“Açıkçası şimdiki aile hekimimiz uzman doktor buna daha çok güveniyorum (Uz.Dr.). Birde bende şey hakim pratiği ne kadar fazla ise o kadar çok bilgilidir.” 4c-1 Çalışan

“Yani inanıyoruz, bazı şeylerde deneyiminden kaynaklı güveniyoruz, devlet hastanesinin acilinde çalışmış daha önce, pratiği vardır.” 4b-2 Çalışan

“Verdiği ilaçlarda bire bir uyuyor, yarıyor. Mesela bizim çocuklar küçükken Yakacık Hastanesi’nde Ö. Bey vardı, çok iyi tedavi ediyordu, ilaçları

yarıyordu, aile hekimimizde öyle. Büyükler içinde öyle verdiği ilaçlar yarıyor.”
G0-3

Aile hekimliğini kullanan katılımcıların yaklaşık 1/4'ü (4 kişi) gittikleri aile hekiminin kendilerinin sağlık sorunları ile ilgili teşhis ve tedavi süreçlerindeki başarısızlığı nedeniyle güvenmediklerini belirtmiştir.

“Pek güvenmiyorum desem, yalan olmaz, 1,5 ay önce bronşit olmuşum, ben sizi iyi görmedim, zatüreye dönebilir dedi, 10 iğne yazdı bittiğinde geçmezse Araştırmaya gidin dedi. Araştırmaya gittiğim de astımınız tazelenmiş dedi. O zaman beni çok korkutmuştu (aile hekimi)... Güvenim kırıldı, büyük ciddi rahatsızlıklarda hastaneye gitmeyi tercih ediyorum, pek güvenmiyorum... Sağlık ocaklarında uzman, kendini yetiştirmiş doktorlar olsa daha iyi olur.”
G1-1

“Böbrek rahatsızlığında, idrar tahlili yapmadan iğne yazdı, antibiyotik ilaç verdi. O zaman yine sigortam yoktu, eczaneye gittim iğneler 100 TL tuttu, geri döndüm iğneler yerine ilaca çevirdim. Aile hekimini kötülemek gibi olmasın, ama gittiğin zaman tahlil yapar dimi böbrek için, yine o ilaçlar ağır geldi (böbrek için yazılan ilaçlar). İdrar yolu enfeksiyonu dedi, sadece antibiyotiği kullanmaya devam ettim (diğer ilacı kendisi kullanmayı bırakmış), ağrım kesildi... Mecbur kalmadıkça pek gitmiyorum. Grip olduğumda dolaptan ilaç kullanıyorum, kendi kendimizin doktoru olduk.”” G0-5

“Kadın hastalıklarından dolayı en son gitmiştim yani, ben hiç iyi bir sonuç almadım, ilaçlar hiç iyi gelmedi bana, sonra kadın hastalıklarına gittim.” 4a-5 Çalışan.

“Bir keresinde de oğlumu götürdüm, gribal rahatsızlıktan ötürü rahatsızlanmıştı ve üstelik yanlış ilaç verildiği için oğlum 2 gün boyunca inanılmaz karın ağrısı, sancılar çekti, ölüyoruz falan zannettik. Tekrar aile hekimimize gittiğimiz zaman kendisini yerinde bulamadık, başka bir aile hekimine yönlendirildik. Yönlendirildiğimiz aile hekimi ilaçların tamamıyla yanlış olduğunu, kesinlikle hastalığı ile ilgisi olmadığını, üstelik 16 yaşındaki çocuğa uygun ilaçlar olmadığını söyledi bize. Bağırsakları olumsuz etkileyen bir ilaç, kesinlikle soğuk algınlığı veya griple ilgili bir ilaç değil. Bende normalde ilaç prospektüslerini devamlı okurum ama o zaman boşluğuma gelmiş. Bir de bunu yaşadık! Çocuk inanılmaz büyük sancılar çekti hala onu unutamıyor. O zamanda kendinizi kobay gibi hissediyorsunuz, yani aile hekimliklerinin kesinlikle yeterli olduğunu düşünmüyorum. Aile hekimine güvenmiyorum. Benim için sağlık ocağı çocuğumun rapor alması gerektiğinde, okulda devamsızlıktan sınıfta kalmaması için rapor almam gerektiğinde başvurduğum bir yerden öte geçemez.” 4a-7 Çalışan

Aile hekimliğini kullanan katılımcıların yaklaşık 1/4'ü (5 kişi) sadece raporlu ilaçlarını yazdırmak için aile hekimliğine gittiklerini, hastalandıklarında direk hastaneye gittiklerini belirtirken aile hekimlerine güvenmedikleri anlaşılmaktadır.

“İlaçlarımız bittiğinde ilaçları yazdırmaya buraya geliyoruz, sadece onun için geliyoruz buraya, hastalandığımızda hastaneye gidiyoruz. Aslında burada bakar, gelsek burada bakar belki, bilmiyorum yani.” 4a-3 Emekli

Aile hekimliğini kullanan katılımcıların yaklaşık 1/4'ü (4 kişi) sadece “ciddi olmayan hastalıklarda” aile hekimine geldiğini ve “ağır hastalıklarda” direk hastaneye gitmeyi tercih ettiklerini ifade ederek, aile hekimlerine olan güven düzeylerinin düşük olduğu anlaşılmaktadır.

“Gripse, şey hastalıklarsa aile hekimine gidiyoruz, ağır hastalıklarda devlet hastanesine gidiyoruz.” G0-3

Aile hekimine güven düzeyi düşük grup içinde primlerini ödeyemediği için sağlık güvencesinden yoksun olan bir kişi ise aile hekimine gitmeyi “mecburiyet” olarak ifade etmiştir.

“İster güven ister güvenme, mecburen sağlık ocağına gidiyoruz, onlarında fazla yaptığı bir şey yok, derdini söylüyorsun, ilacını yazıyor, faydası oluyor mu o kadarını bilmiyoruz, ne yapabilir ki başka! Doktor sana bir şey yapmıyor, hiçbir şey yok ki sağlık ocağında! Sana en fazla bir iğne vurur. Ciddi bir sağlık sorunun olduğunda hastaneye gidilir! Grip, bir yerin ağrır, öyle ciddi bir şey yapmıyorlar.” G1-4

Fiziki Ortam

Aile hekimliğini kullanan katılımcıların büyük bir çoğunluğu (17 kişi) Aile Sağlığı Merkezlerinin temizliği, bekleme salonundaki sandalye sayısı, ısınması ve havalandırması gibi fiziksel koşullarını yeterli görmektedir. Bu görüşte olanların büyük bir çoğunluğu da yine sağlık ocağına göre aile sağlığı merkezlerinin fiziksel koşullarının daha iyi olduğu görüşünü paylaşmaktadırlar.

“Temiz, yeni, sağlık ocağımız fazla eski değil, girdiğiniz zaman eli ayağı düzgün bir yere girdiğinizi görüyorsunuz.” 4b-2 Çalışan

“Temiz, uygun, binanın altı, sırası var, kuralları güzeldir... Çok fark var, eskiden sağlık ocağında oturacak yer bile yoktu, ayakta beklerdin, şimdi daha temiz, oturuyorsun.” 4b-3 Çalışan

“Gayet hijyenik ve temiz bir ortam, tahlil rapor odasına kadar hijyen. Eskiden öyle değildi, aile hekimliği gelmeden önce ben ailemi ve çocuklarımı sağlık ocağına götürmüyordum, çünkü her şeyden önce hijyenik bir ortam değildi.” 4a-7 Çalışan

Aile hekimliğini kullanan katılımcılarından yalnızca bir kişi Aile Sağlığı Merkezinin bekleme salonundaki sandalye sayısını yetersiz olarak değerlendirmektedir, bunun nedeni ise o kişiyle yapılan görüşmenin Pazartesi gününe denk gelmesinden kaynaklanmaktadır. Pazartesi günleri genellikle diğer günlere göre daha yoğun bir gün olması nedeniyle zaman zaman bekleme salonlarının fiziksel kapasiteleri ve bekleme sandalyesi yetersizliği söz konusu olabilmektedir.

“Şu an bakın bekleme sandalyeleri sanırsam yeterli değil, ama sandalye olsa nereye koyacaksın, yerde yok.” 4a-1 Çalışan

5.2.2. Kamu Hastane Hizmetleri

Ulaşılabilirlik

Görüşme yapılan kişilerin tamamı randevu alma yöntemindeki değişiminden memnundur. İnternet ya da telefon üzerinden randevu alabilme olanağı katılımcıların tamamı tarafından olumlu karşılanmaktadır, kendisinin internet olanağının ya da internet kullanma becerisinin olmaması veya telefon kullanma becerisi olmaması bir sorun teşkil etmemekle birlikte, bu gibi durumlarda yakınlarından yardım alınarak bu sorun çözülmektedir. Buradaki asıl sorun randevu alma yönteminin değişmesinin sağlık hizmetlerine ulaşımı göreceli olarak yani yöntemsel olarak kolaylaştırmakla birlikte, temelde kamu hastanecilik hizmetlerindeki kapasite sorununu nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırıp kolaylaştırmadığıdır.

Katılımcıların yaklaşık yarısı (13 kişi) randevu alabilme, randevu bekleme sürelerini kamu hastanelerine ulaşım anlamında olumlu olarak değerlendirmektedir.

Randevu yönteminin merkezileşmesi ile birlikte eski randevu yöntemindeki sabahın erken saatlerinde sıra almanın zorluğunun ortadan kalkması, tanış ilişkilerine dayanan “torpilli” randevu almanın ortadan kalması ve daha hızlı muayene, görüntüleme hizmetlerine ulaşma süreleri anlamında, kamu hastane hizmetlerine ulaşımı olumlu değerlendiren görüşler mevcuttur.

“Eskiden babam sabah gider numara alırdı, öğlen biz muayene olmaya giderdik, eskiden öyle bir sıkıntı vardı. Şu anda kendim telefon edip gidiyorum.” 4a-1 Çalışan

“O zaman sabahın 5’inde sıra almaya geliyorduk. Önceden problemli, beş tane kuyruğa giriyordunuz. Önce randevu kuyruğuna giriyordunuz, doktor kuyruğuna giriyordunuz, reçete kuyruğuna giriyordunuz, ilaç kuyruğuna giriyordunuz, para kuyruğuna giriyordunuz (SSK hastanelerinde).” 4a-2 Emekli

“İnternette randevu alıyoruz. Yani dönem dönem hani 3 (gün) oluyor, 5 (gün) oluyor. Çocukta 3 gün sonraya alıyoruz.” 4c-4 Çalışan

“Yani eskiden şöyle bir şey vardı, bir tanıdığınız olmazsa hastanelerden kesinlikle bir sağlıklı bir hizmet alamıyordunuz, hademe dahi olsa bir tanıdığınız olması gerekiyordu. En azından şimdi öyle bir ihtiyaç hissetmiyorsunuz, nereden tanıdık bulacağım da hastaneye gidip tedavi olacağım gibi bir sıkıntı yaşıyorsunuz açıkçası.” 4a-7 Çalışan

“Rahat randevu alabiliyorum, burada olmazsa başka yerde alırsın. Şimdi geldim MR çektircem gece 1’e randevu verdiler, bana uyar, ama dese 1 hafta sonra giderim başka yerden randevu bulurum. Eskiden filmin yüzünü mü görüyorduk, 3 ay sonra, o zaman ne yapıyorsun gidiyorsun özele kopuyorsun (ödüyorsun). Şimdi oda kalktı, özele gidince 15-20 lira veriyorsun, işini hallediyorsun.” G0-1

Katılımcılardan randevu alabilme, randevu bekleme sürelerini anlamında kamu hastane hizmetlerine ulaşımı olumlu değerlendirenlerden (13 kişiden) bir kişi, “hekim seçme” hakkı ile birlikte eşi için kadın hekime ulaşabilme anlamında kamu hastanecilik hizmetlerinde ki ulaşımı ayrıca olumlu bir gelişme olarak değerlendirmektedir.

“Doktoru istediğin gibi seçebiliyorsun. Mesela diyelim ki ben eşimi bayan doktora muayene ettirmek istiyorum, kim karışabilir ki buna. Ben belki dini açıdan olabilir, başka açıdan olabilir. Eee istersem şimdi yapabiliyorum.

Eskiden yapamıyordun ki. Yani benim açımdan olmasa bile iyi bir şey yani.”
4c-6 Çalışan

Katılımcılardan randevu alabilme, randevu bekleme sürelerini anlamında kamu hastane hizmetlerine ulaşımı olumlu değerlendirenlerden (13 kişiden) iki kişi istenen tetkikler için uzun bekleme sürelerinden, biri ise hastaneye yatış için bekleme süresinin uzunluğundan dolayı kamu sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili sorunlar yaşadıkları anlaşılmaktadır.

“Kadın hastalıklarıyla ilgili bir sıkıntım vardı. Biyopsi yapılması gerekiyordu. Mart’ın başında gittim ancak Mayıs’ın 20’sine randevu verebildiler aşırı kanamam olmasına rağmen! Durumumun ciddi olduğu söylediğimde, daha erken bir tarih talep ettiğimde maalesef yer olmadığı söylendi. Bu gibi acil durumlarda çok uzun tarihli randevu verilmesi mantıklı bir şey değil... Acil durumlarda dışarıda tedavi olmak istediğinizde maddi olarak bütçeniz kaldırmayabiliyor ve moral olarak büyük bir çöküntü yaşıyorsunuz tabii ki... 17 gün kanamam devam etti... Hiç bir şey yapmadan bekledim, şu an kanamam durduğu için...” 4a-7 Çalışan

“Kartal Eğitim Araştırmaya gastrolojiye gittim, 3 ay sonraya endoskopi verdiler, 3 ay içinde bu hastaya ne olur diye merak eden yok, o zaman içinde zorluklarım oldu, bekledim endoskopi oldum, sonuçları da 2 hafta sonra çıktı. Ülser ve reflü var, bunla ilgili ilaç tedavisine başlandı sonra.” G1-1

“Çarşamba gecesi acile geldim, çok kalabalık, tahliller falan, müşadeye aldılar, sabah Nefroloji’ye sevk ettiler, yatıracaklar ama yer yok. Yarın ara dediler, aradım yer yok, bugün geldim konuştum, Pazartesi yatıracaklar bakalım.” (böbrek enfeksiyonu varmış, görüşme yapılan gün Cuma) 4b-1 Emekli

Yine katılımcılardan randevu alabilme, randevu bekleme sürelerini anlamında kamu hastane hizmetlerine ulaşımı olumlu değerlendirenlerden (13 kişiden) dört kişi (çalışan) “izin alma zorluğu” nedeniyle kamu hastanecilik hizmetlerine ulaşım ile ilgili sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir. Çalışma koşulları nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu yaşayanlardan biri kamu çalışanı diğer üç kişi ise özel sektör çalışanıdır. Araştırma grubunda çalışan kişi sayısının on kişi olduğu göz önüne alındığında “izin alma zorluğu” ve “işlerin yoğunluğu” nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşım sorunu yaşayan kişilerin sayısının dört kişi olması yani çalışanların yarıya yakının bu sorunu

yaşamayı, çalışma koşullarının kamu sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili ciddi bir soruna neden olduğu anlaşılmaktadır. Bu örnekler bize sağlık hizmetlerine ulaşma zorluğuna neden olan çalışma koşullarına ilişkin çarpıcı bir gerçekliğe işaret etmektedir.

“Şimdi bu gözlük olmadan sizi bile zor görüyorum (miyop). Fakat okuma şansım yok. Anca bunu elime alıp da böyle yaparsam okuyabiliyorum, gözlüğüm kırıldı çünkü (kırılmış hipermetrop gözlüğünün bir parçasını eliyle gözüne götürüyor), 9 numara hipermetrop, buda böyle bir şey. Gözlüğüm altı aydır kırıldı da böyle elimde taşıyorum... Aslında kronik rahatsızlığım çok da şimdi ben çalıştığım yer itibarıyla pek izin alamıyorum, çok yoğun yani o açıdan, çok yoğun, yani işverenle alakalı bir durum değil. Yani işimiz yoğun. İstesen de gidemiyorsun (hastaneye). İzin alamadığım için de gidemiyorum, ancak çok acil bir durum zuhur ederse gidebiliyorum. Bugün de o kadar sıkıntılı bir durumdayım ki yani. İnanın bugün hiç gelememe günüm. Ama bir sürü kişiden izin aldım. Bir sürü kişiden! Hadi git dediler. Şimdi burada sıra bekliyorum, diyorum bir an önce olsa da gitsem. Yani ne olacağı önemli değil yani. Bir geri dönebilsem diye düşünüyorum.” 4c-6 Çalışan

“İki sefer de acile gitmiştim. Bu böbreğimde bir sancı olmuştu da. Sadece sancı, acile gittim. Acil iğne vurdu gönderdiler. Birkaç gün sonra yine sancı yine acil, iğne vurdu gönderdiler. Bir daha da gidemedim. Tekrar sancılanırsam gidecem yani, işte öyle kaldı. Ne olduğunu henüz öğrenemedim. Öyle bir şansım da yok.... Randevu alsam bile şimdi işyerinden çıkış ve geliş en kısa bir yere bile gitsem bir saat sürer. Bir saat izin alamam ki.” 4c-6 Çalışan

“Bir de işten sürekli izin almakta sorun oluyor. Biliyorsunuz özel sektörde, sağlık konusunda insana verilen değer çok farklı. Kurumların pek işine gelmiyor izin vermek. Bir iki defadan fazla izin aldığınız zaman bu sıkıntı yaratmaya başlıyor.” 4a-7 Çalışan

“Önceden (1 yıl önce) belden rahatsızlığım vardı, fiziğe git dedi (hekim). Fizik bana sıra veriyor, sıra beklemem gerekiyordu. Çalışmak zorundayım ev geçindiren bir baba olduğum için bir gün çalışmazsam bana yansıyor, sonra ben düşündüm fizik demek hareket demek, işime devam edeyim dedim. Yerde yattım bir süre. İşime devam ettim, 1 hafta sonra yavaş yavaş ağrı azaldı, ama bazen ağrı oluyor... Şu anda bir günüm gitti, MR verdi, MR’in sonuçlarını alcaz 1 hafta peşinden koş, devlet hastanesi olduğu için.” 4a- 6 Çalışan

Katılımcıların yaklaşık 1/7’si (4 kişi) randevu almanın zorluğuna vurgu yaparken, bu 4 kişiden 2’sinin duyumlar üzerinden hareket ettikleri ve sağlık sorunlarında başvurdıkları sağlık kuruluşları göz önüne alındığında kamu sağlık hizmetlerini neredeyse hiç kullanmadıkları anlaşılmaktadır, diğer 2 kişi ise genelde özel

sağlık hizmetlerini kullandığı acil durumlarda ise kamu hastanelerinin acillerinden faydalandıklarını ifade etmişlerdir. Bu 4 kişinin tamamı da 4b kapsamında sağlık güvencesine sahip olan kişilerdir.

“Valla ben devlet hastanelerine pek gitmedim, Allah’ta düşürmesin, başımızdan da eksik etmesin. Özel hastanelere maddi gücün yetmez, devlet hastanesine gittiğin zaman randevu 3-4 güne alacaksın, randevuyu alsan 1 hafta 10 gün ya da hastasın acile gideceksin, devlet hastanesine gidecem desen nasıl gideceksin ki anca acile gideceksin bir yerin ağrıdığı zaman.” 4b-4 Emekli

“Randevu olayı biraz zor oluyor, 1 aydır randevu alamadım. Telefonla çocuklar arıyor hep dolu hep dolu. Devletten alamadığımız için buraya geldik en sonunda (Kartal Kızılay)... Acile gidiyoruz, acilde sorun yaşamıyoruz da polikliniklerde var. Randevu alamıyorsun, aldığında da 1 hafta 10 gün sonraya alıyorsun, zaten 10 günde kendi kendine iyileşiyorsun.” 4b-3 Çalışan

Katılımcıların yaklaşık 1/3’ü (9 kişi) randevu alabilme, randevu bekleme sürelerini anlamında kamu hastanelerine ulaşım ile ilgili sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların yaklaşık 1/3’ünün geç randevu süreleri (7-10 gün), özellikle de diş sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyanların tamamında (4 kişi) diş sağlığı randevusu alınamaması ya da çok geç randevu alınması (10-14 gün sonraya) nedeniyle kamu hastane hizmetlerine ulaşım ile ilgili sorunlar yaşadıkları anlaşılmaktadır.

“Randevu büyük problem, çok uzun zamanlara randevu veriliyor, aciliyeti olan rahatsızlıklar oluyor... 6 ay önce anneme stend takıldı Siyami Ersek’te, randevu alıp kontrole gelin diyorlar, randevu alamadık. Uludağ Üniversitesi’nden çok rahat randevu bulduk, ailem zaten Yalova’da yaşıyor o yüzden kontrollere orada devam ediyor.” G1-3

“Randevu almaya çalışınca 1 hafta 10 gün sonraya randevu alıyorsun, sonra randevunuz 1’de ise anca 3’te muayene oluyorsunuz. Hastayken beklemek zor, sadece ben değil bütün çevrem bundan şikayetçi, o gün alamıyorsun, ertesi gün alamıyorsun. Ya acısıyla bekleyecek ya da sağlık ocağına gidip ilaç alıyorlar” G1-1

“Diş için Kartal Ağız Diş Sağlığı Merkezi var, oraya gittim, orada 2 hafta olmuştu.” 4c-5 Çalışan

“Diş merkezlerinden randevu alamıyoruz. Gece, gündüz deniyoruz, internetten deniyoruz alamıyoruz, telefonda alamıyoruz... Diş acile gidince antibiyotik,

ağrı kesici veriyorlar, ama diş yaptıramıyoruz, randevu al gel diyorlar. Gel de al, alamadım! 1-2 çürük var, üst damak boş zaten, üst damak yaptıracaksınız dediler.” G0-2

“Geçen dişe randevu aldım, 11 gün sonraya. Sonra bekleyemedim 4. gün gittim özelde çektim. Diş özelde 40 milyon, kimine göre hiçbir şey ama benim için çok şey. Bu acıya dayanan devlete gidiyor (geç randevu gününü bekleyebilen), dayanamayan özele.” G0-3

Kamu hastane hizmetlerine ulaşımın sağlık güvencesi ile ilişkili olması nedeniyle “sağlık güvencesinden yoksun” olan kesimlerin acil hizmetler dışında kamu hastane hizmetlerinden yararlanmaması durumu söz konusudur. Bu durumla bizim alan araştırmamızda da karşılaşılmıştır. Katılımcılar arasında geçen sene itibari ile toplam 5 kişi (araştırma grubunun yaklaşık 1/6’sı), bu sene itibari ile 3 kişi (görüşme yapılanların yaklaşık 1/10’u) ve bu kişileri sigortalı bir işe sahip olmanın dışında değerlendirirsek (G0 ve G1’li katılımcıları) geçen sene itibari ile 5 kişi yani yarısı ve bu sene itibari ile 3 kişi (yaklaşık 1/3’ü) sağlık güvencesinden yoksun oldukları için acil hizmetler dışında kamu hastane hizmetlerinden yararlanamamışlardır. Bu durumun kendisi, oranların sayıların ötesinde en temel insanı bir haktan “sağlık hakkı”ndan mahrum olmayı ifade etmesi itibari ile sağlık sisteminin dönüşümünün en somut gerçekliğine işaret etmektedir.

“Gidemiyorum, gidersen film tahlildi her şeye baktırabiliyorsun. İnsanların maddi durumu olmadığı için özele gidemiyor, devlet hastaneleri çok kalabalık, özele gidince 45 lira ödüyorsun. 1 senedir hastaneye gitmiyorum... Acil durumlarda Kartal Yavuz Selim’e gidiyoruz. Acile gidince güzel bakıyorlar, yarın şu doktora git diyor, ama gidemiyoruz!” G1-4

Hekim Davranışları

Katılımcıların yaklaşık yarısı (15 kişi) kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin kendilerine yaklaşımını, bilgilendirmesini ve zaman ayırmasını yeterli görmektedir. Bu görüşe sahip olanların büyük çoğunluğunda hastalara yönelik hekim davranışlarında bu süreçte olumlu yönde bir gelişme olduğu görüşü hakimdir.

“SSK döneminde doğum yapan kadınlara sağlık personelinin yaklaşımı çok aşağılayıcıydı ve çok rencide ediciydi, onur kırıcı, resmen insanı depresyona sokan davranışlardı ki o anlar en çok morale ihtiyacınız olan anlardır. Ben bunu birebir yaşadığım için çok uzun yıllar ikinci çocuğu düşünmedim dahi. Hala şu an aklıma geldiğimde tüylerim diken diken oluyor. Resmen kadınları parçalıyorlardı yani... Müdahale de söylem de, her ikisi de... Olumlu yönde bir değişim var. Şimdi doktorlar tedavinin nasıl yürütüleceğini, bu süreçte nelere dikkat edilmesi gerektiğini en ince ayrıntılara varana kadar anlatıyorlar.” 4a-7 Çalışan

“Şimdi gittiğinde biraz daha kolaylık gösteriyorlar, karşılamaları falan güzel, insancıl yaklaşıyorlar, doktorlar bilakis iyi insanlar, buraya da gittim (KEAH), oraya da gittim (Koşuyolu), Yavuz Selim’e de gittim, Allah için çok iyi davranıyorlar. Eskiden neler çekiyorduk! Geçenlerde ayağımın burasında (bileğinde) ağrı vardı, gittim acile (Yavuz Selime), dedim böyle böyle... İçeri girdim doktor gayet ciddi bakıyorsun suratına ciddi ama insanlık kalbi çok güzel belli, beni karşısına oturttu, aç bakayım ayağını dedi, iyice bir elledi muayene etti. “Sana bir merhem, bir hap veriyorum” dedi “bunları kullan, geçmezse ortopediye gel” dedi, 3 gün kullandım geçti, yürüyorum.” 4c-3 Emekli

“Eşimin kalp yetmezliği vardı, 2 kez ameliyat olmuştu, 2005’te by-pas, 2010’da kalp kapakçığı değişti metal takıldı, pil takıldı... Çocuğu okula götürürken yolda kalp krizi geçirdi, 53 gün yoğun bakımda kaldı, 3 ay önce kaybettik (eşi öldüğünde 38 yaşında imiş). Eşim hastanede iken doktorlar geliyordu, durumunu açıklıyordu, ilgileniyorlardı.” G0-3

Katılımcılardan kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin kendilerine yaklaşımını, bilgilendirmesini ve zaman ayırmasını yeterli ve olumlu olarak değerlendirenlerden (15 kişiden) üç kişi bu yaklaşımın kurumdan kuruma (1 kişi) veya doktordan doktora değişebildiğini (2 kişi) ifade etmişlerdir.

“Allah razı olsun, doktorlar iyi, şimdiye kadar bir sıkıntı görmedim, herkes görevini yapıyor. Kendi çocuklarıymış gibi bakıyorlar. Onlar bize yol gösteriyor, yardımcı oluyorlar. Koşuyolu, Marmara, özellikle Marmara ilk tercihimiz artık oranın bir parçası olduk. Kartal Araştırma için aynısını diyemem. Kartal’da ne bir bilgi veriyorlar, değişik, pek oraya gitmeye niyetim yok, Allah düşürmesin, çok zor durumda giderim, ancak acil için yakın olduğu için giderim, başka türlü gitmem oraya.” G1-2

“Çok farklı, hekimleri genelleyemeyiz bence, kimisi çok şevkatli iyi insanlar olabiliyor, kimisi belki kendi hayatının stresinden dolayı hastasına da yansıtıyor. O yüzden bütün hekimler çok kaba veya çok kibar diyemeyiz.” 4a-7 Çalışan

Katılımcıların yaklaşık yarısı (12 kişi) kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin kendilerine yaklaşımını olumsuz, bilgilendirmesini ve zaman ayırmasını yetersiz görmektedir.

“Zaman ayırma çok kötü, bilgilendiremiyorlar zaten. Direk hani muayene etme noktasında da, mesela gribal enfeksiyon için geldiğimde de muayene etmiyor zaten, soruyor birkaç şeyi, ona göre hemen ilaç yazıyor. Yani onun dışında gittiklerimde de böyle ilgilenmediler. Ağırlıklı olarak hemen ya tahlil istiyorlar ya da hemen ilaç yazıyorlar.” 4c-5 Çalışan

“Hiç güzel değil ya terslerler ya azarlarlar ya hiç muayene etmeden tahlil ister, sonra tahlillere bakıp hastalığını söyleyip ilaç yazıp gönderirler. Eskiden daha kötüydü, şimdi biraz düzelme var ama tam düzelmiş değil. (KEAH)” G1-1

“Montunu çıkar, kolunu yukarı kaldır, tamam, MR, muayene bu kadar (omzunda ağrı varmış-ortopedi). Ağrıyı bul, beklide MR’lık işlem yok. Doktorun kapısını açmamla çıkmam 1,5-2 dakika! Şikayetimi dinle muayene yap.” 4a- 6 Çalışan

“Numaramı alırken de inşallah iyi bir doktor gelir diyorum kendi kendime.” 4a-5 Çalışan

Katılımcılardan hekimlerin kendilerine karşı yaklaşımını olumsuz olarak değerlendirenlerden (12 kişiden) ikisi hekimlerin yaklaşımında bir değişim olmadığı ve olumsuz anlamda aynı olduğunu görüşündedir.

“Vallahi ben yıllardır hastaneye giderim, doktorlar benim bildiğim hep aynı, hiç değişiklik yok... Zaten şöyle, hiçbir soru sormuyorlar. Neden geldin diye soruyorlar. Yani canım sıkıldı gelmedim herhalde.... Ya bir tane soru sorsan sadece, yani bir tane sorayım dersin bir şey değişir mi, ya da şimdi bir önceki aldığım gözlükle ben en azından okuyabiliyordum. En azından kekeleyerek de olsa okuyabiliyordum. Şimdi hiçbir şey okuyamıyorum. Acaba gözlük mü yanlış? Gözlüğü mü yanlış verdiler yoksa benim gözüm mü ilerledi? Çok basit bir soru ya. Bir tane cevap ver ne olur. Sorularımın hiçbirine cevap alamadım. Hiçbir doktordan alamadım daha doğrusu.” 4c-6 Çalışan

Katılımcılardan hekimlerin kendilerine karşı yaklaşımını olumsuz olarak değerlendirenlerden (12 kişiden) üç kişi hekimlerin yaklaşımındaki olumsuzluğun nedeni olarak iş yoğunluğunu görmektedir.

“Ben kendimi doktorların yerine koysam, bende öyle yaparım, yoğunluktan dolayı ister istemez. Özelde hekim, parayı koyduğun zaman seni uzaya bile çıkartır, yeter ki paran olsun, zaten bu dünya hep para üzerine kuruldu ya.”
G1-2

“Muayene on dakikada bir veriliyor, o ilginç geldi. 10 dakika yani kadın doğuma gittiğinizi düşünün, insan 10 dakikada hazırlanıp, muayene olup, kalkıp tekrar kendini hazırlayamaz yani... Doktor Bey en son hastaneye gittiğimde (kadın doğuma) her şeyi hızlı hızlı öğrenmeye çalışıyordu, hızlı hızlı konuşuyor, hızlı hızlı not alıyor, çünkü kapıda bekleyen bir sürü insan var. Bu biraz sıkıntı yaratıyordur herhalde, üzerlerinde baskı yaratıyordur.” 4a-1
Çalışan

Katılımcılardan hekimlerin kendilerine karşı yaklaşımını olumsuz olarak değerlendirenlerden (12 kişiden) birisi önceki dönemde hekimlerin yaklaşımının daha olumlu olduğu yönünde bir görüş bildirmiştir.

“Önceden de ben aile fertleriyle de doktora gidiyorum yani, daha önceden babam by-pas olduğu zaman hep güler yüzlü doktorlara denk gelmişim hep. Babam Florance Nightgale’de ameliyat oldu ama sevkli, Kartal Yavuz Selim’den sevkli oldu. 12 yıl önceydi... Ama o zaman doktorlar çok iyiydi, çok ilgiliydi. O zaman SSK’da babamı doktora getirdik, çok iyi bir doktordu, Allah bin kere razı olsun yani S. Ç. ’den. Muayene etti, hatta benimle birlikte bir müddet koşturdu sağ olsun, çok ilgilendi bizimle. Acile getirmiştik, yardımcı oldu, baktı, etti, hemen bizi sevk etti, çok ilgilendi, sağ olsun, Allah razı olsun.”
4a-5 Çalışan

Katılımcılardan biri ise kamu hastanelerini bir acil durum haricinde hiç kullanmadığı için kamudaki hekim davranışları konusunda bir bilgisi olmamakla birlikte özeldeki hekimlerin yaklaşımını olumlu olarak değerlendirmektedir.

“Kızılay’daki, özeldeki doktorlar ilgileniyor ama devletteki doktorları tam olarak bilmiyorum. Doktorun vatandaşın anlayacağı dille anlatması lazım, Latince’yle değil, devlette nasıl bilmiyorum ama özelde anlaşılır konuşuyorlar.” 4b-5 Çalışan

Ayrıca katılımcılar arasında hekim davranışlarını olumlu ancak doktordan doktora değişken olarak değerlendirenlerden birisinin hekim şiddetine maruz kaldığı kendi yaşantı aktarımından anlaşılmaktadır.

“Geçen çocuğum (torunu) havale geçirdi, Araştırmaya getirdik onlarda Göztepe’ye havale ettiler. 1 gün orada kaldı. Ondan sonra Kartal’a havale edin dedim. Yakacık’tan gelmesi gitmesi sorun oluyor uzak diye. Babası gelsin dediler, babası işte nasıl gelsin, ben dedesiyim dedim, olmaz dediler. Tartıştık, bana terbiyesizlik yapma dedi, bende ona sen terbiyesizsin dedim. Adam bana kafa attı, ben karşılık vermedim tabi, araya girdiler. Bunu yapan da hademe falan değil uzman doktor. Sonra ben şikayetçi olmadım, saygım var. Başhekim beni yanına çağırdı, istersen şikayetçi olabilirsin dedi, ben olmadım. Doktor geldi, başı önde özür diledi, “sende bana vur istersen” dedi, dedim okumuş adamsın ne vurcam sana. Beş parmak bir olmuyor, kimi de şeker gibi.” 4b-3 Çalışan

Ayrıca yine katılımcılarla yapılan görüşmelerde hasta hekim ilişkisine yönelik sorunlarda, katılımcıların 4’ü tarafından hasta ve hasta yakınları tarafından hekimlere yönelik şiddet olaylarının yaşandığına dair görüşler aktarılmıştır.

“Acilde hasta yakınları doktorlara sorun yaratıyor. Türkiye’de karşılıklı anlayış yok. Medyada sık sık doktorlara saldırılar olduğunu görüyoruz. Bunu da biraz meşrulaştırdılar, bunu da biraz gelenek haline getirdiler. Doktorların içinde anlayışsız olanlar olabilir, ama hasta yakınlarının şiddeti meşrulaştırılmış, medya da yanında hasta yakınları kahramanlaştırılıyor, doktorlarında yediği dayak yanlarına kar kalıyor!” 4b-2 Çalışan

“Eskiden doktorlar, ilaçları yazıp gönderiyordu. En azından şimdi hastalık konusunda bilgilendiriliyorum. Bizim gibi insanlara çok hak tanındı, onlarda doktorlara posta koymaya başladı! Hasta haklarını yanlış anlayanlar, suistimal edenler var. Acilde doktor tuvalete gitmiş, hasta iki dakika beklemiyor, “neredesin sen, senin paranı ben veriyorum, benle ilgileneneceksin” diyen insanlara da şahit oluyoruz. Hasta haklarını yanlış değerlendirenler var, suistimal edenler var.” G0-2

“Yani bu sağlık sistemiyle mi alakalı bilmiyorum ama bence hekimlerin prestiji azaldı. Yani toplumdaki kabul görmeleri, daha az gibi düşünüyorum, eskiye nazaran... Doktorlar saygınlığını biraz yitirdiler ki zaten toplumda da bunu görüyoruz... Her yere bir şikayet hattı koydular, bilmem hekimi şikayet etme hattı. İnsanlar, bundan güç alıyorlar. Yani bir hasta vardır, ölecektir yani, bitmiştir artık onun zamanı, ölecek, madem ki Allaha inanıyorsun, ona da inan işte, ölecek. Bu gelmiş 90 yaşına, “vay efendim, sen benim annemi niye kurtarmadın”, hekimi bıçaklıyorlar. Nereden güç alıyorlar, şikayet etme hakkından. Diyorlar ki “nasıl olsa beni kollayan biri var, bana Başbakanlık böyle bir telefon vermiş, ben arayayım söyleyeyim, benim annemi kurtaramadılar, öldürdüler, bize de kötü davrandılar. Eee böyle olunca da hekim, korkarak işini yapıyor. Yani, her an kelle koltukta gibidirler, diye düşünüyorum, herhalde.” 4c-4 Çalışan

Fiziki Koşullar

Katılımcıların yaklaşık 2/3'ü (20 kişi) kamu hastanelerini fiziksel koşullarının eskiye nazaran iyileştiği ve temizlik, bekleme salonu, ısınma ve havalandırmasına ilişkin genel olarak yeterli olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Hastanelerde şu fark var, temiz olması babında. Yani hastaneye gidince eskiden bir koku vardı, böyle ağır bir koku. Yani içeride dururken bile insanı rahatsız eden bir koku. Yani şimdi öyle değil. Çoğusu maşallah otel gibi. Tertemiz. Hem temiz hem güzel yani... Yani eskiye göre çok iyi. Önce hiç yoktu eskiden. İnsanlar yerlerde battaniye serer yatarı. Hani şimdi en azından oturulacak sandalyeler falan var. Elbette yani bunlar nimet gerçekten.” 4c-6 Çalışan

“Mesela en basitinden önceden tuvaletlerde engelliler için bir bölüm yoktu ama şimdi var. Tuvaletleri ellerinden geldiği kadar hijyenik tutmaya çalışıyorlar ama bir de halka bakmak lazım. Halkın da doğru kullanmayı öğrenmesi lazım, insanımız biraz pis ama temizlik personeli her zaman hareket halinde görüyorsunuz.” 4a-7 Çalışan

Katılımcılardan kamu hastanelerini fiziksel koşullarının eskiye nazaran iyileştiği görüşünü paylaşanlardan (20 kişiden) altısı eskisine nazaran iyi olmasına karşın halen bazı konularda yetersiz olduğunu da ayrıca vurgulamışlardır.

“Eskisine göre iyi ama halen yeterli değil, git tuvaletlere bak, rezil kokuyor. İnsan zaten nerden mikrop kapar, tuvaletlerden.” 4b-1 Emekli

“Gayet yeterli, normal yani, hijyen. Eskiden çok yoğundu aşırı koku vardı, yine de koku geliyor ama fazla gelmiyor, o da hastane olduğundandır belki de.” G0-3

Ayrıca katılımcılardan biri hastanelerin fiziksel koşullarında bir iyileşme olmakla birlikte hastaneden hastaneye değiştiğini ve bazı hastanelerin halen bu anlamda yetersiz olduğunu belirtmiştir.

“Marmara'nın eline su dökemez ikisi de (KEAH ve Koşuyolu), temizlik olsun, bekleme salonları, yatan odalar, genelde 2 kişilik odalar, odalarda banyo tuvalet var, çok güzel bir ortam.” G1-2

Katılımcıların yaklaşık 1/3'ü (8 kişi) kamu hastanelerini fiziksel koşullarının; temizlik, bekleme salonu, ısınma ve havalandırmasına ilişkin genel olarak yetersiz olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Sıcaklık anlamında evet, yazın sıcaklığına hayır (soğutma sistemi yetersiz), sonra havalandırma zayıf. Hastanedeki klimaların yeterli temizlendiğini sanmıyorum, hastane enfeksiyonlarının kaynağı da budur. Temizlik anlamında iyi ama hijyen sıfır. Gözle görünen ortamlar temiz gibi, ama gözle görünmeyen temizlikte sorun var, hijyenik değil. İki kovalı paspaslarla yapılan temizlik, bütün yeri, bütün odaları aynı suyla kovayla temizlerseniz, her yeri aynı kirletirsiniz, hijyen değildir bu. Yerleri ıslatmaksa ıslatırsınız.” G1-3

“Yetersiz çok yoğun, aşırı kalabalık. Bundan dolayı da havasız, hijyenik durum belki sabah gittiklerinde oluyor ama öğlen gittiklerinde hijyenik durumları çok iyi değil. Tuvaletleri yine hijyenik açıdan temiz bulmuyorum.” 4c-5 Çalışan

“Hastaneler yeni, temizlemeye çalışıyorlar, ama daha temiz olması lazım, hastane demek hijyen demek, daha temiz olması lazım.” 4a- 6 Çalışan

Bürokratik İşlemler

Katılımcıların tamamı kamu hastanelerindeki hizmet alım süreçlerindeki bürokratik işlemlerin eskisine nazaran çok hızlandığı ve bir sorun yaşamadıkları görüşünü paylaşmaktadır.

“Eksiye nazaran iyi, en azından sevk kağıdı almak yok, karne yok, nüfus cüzdanı fotokopisiydi, şuydu, buydu hiç bir şey yok. Bir TC ile gidebiliyorsunuz, yani bu anlamda. Eskiden sabah erkenden sıra almak gerekirdi, şimdi daha rahat ve hızlı işlemler. Artık daha kolay internetten, telefondan kolayca randevu alabiliyoruz, gidiyoruz işlemlerimizi yapabiliyoruz yani” 4c-4 Çalışan

“Önceden, çok önceden gittiğimiz zaman çok sıra bekliyorduk SSK zamanında. Daha önceden 2-3 kişi ancak gidiyorduk, birimiz muayene kuyruğuna birimiz ilaç kuyruğuna, tahlil kuyruğuna bekliyorduk yani, birde sabahın köründe gidiyorduk işimizi hal edelim diye, şimdi yani öyle şeyler yok. Zaman açısından daha çabuk oluyor.” 4a-5 Çalışan

Özel Hastanelere Başvuru

Katılımcıların yarısının (14 kişi) SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından hizmet aldığı görülmektedir. Bunlardan ikisi her durumda özel sağlık kuruluşlarına başvurduğunu belirtmiştir. Özel sağlık kuruluşlarını tercih etmelerinin sebebi “ulaşım kolaylığı” ve “özeldeki yaklaşım farkı” olarak görülmektedir, hatta birisi için komplikasyon oluşan bir operasyon deneyimine rağmen başka bir özel sağlık kuruluşuna yönelerek özelden hizmet alma şeklinde yaklaşımının devam ettiği görülmektedir.

“Ulaşımı daha kolay olduğu için burayı tercih ettim, doktorları daha iyi. Aklımdan hiç devlete gitmek gelmedi... Yoğun olmaması, hastayla bakış açısı ne olursa olsun bire bir ilgilenmesi daha iyi oluyor. Devlette yoğunluk var belki de ondandır, adı üstünde özel, özel ilgi gösteriyorlar bu nedenle tercih ediyorum.” 4b-5 Çalışan

“Ya paramızın çokluğundan ya aklımızın olmadığından özel hastaneleri tercih ediyoruz. Kartal Göz Hastanesi’nde başımıza neler geldi, daha da çekiyoruz. 8-9 ay önce, sol gözümde akma vardı gözümü kapatıyordu, onun önünden geçiyordum, dedim gidip muayene olayım, onun için oraya gittim. Oradaki hanımefendi doktor, “yok gözün gidiyor, gözünü kaybediyorsun” deyince, aynı gün katarak ameliyatına aldılar 2 gözü de. “Gözlük kullanmayacaksın bundan böyle” dedi, ilk kontrole gittiğimde yakın-uzak gözlük verdiler. Aşağı yukarı 1.500 lira ödedim. Ondan sonra ameliyattan sonra sol gözümde ödem oluştu. Tekrar aynı hastaneye gittim, “hemen ameliyat olman lazım 1.800 lira, göz damarların şunu yapmış bunu yapmış, ödem olmuş” dedi, ben kabul etmedim. Bir ay falan onla uğraştık burada tedavi oldum (Kızılay).” 4b-4 Emekli

Katılımcılardan SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından hizmet alanlardan (14 kişi) sekiz kişinin kamu hastanelerindeki randevu alma zorluğu ve geç randevu verilmesi nedeniyle özelden hizmet aldığı anlaşılmaktadır.

“Randevuda sorun olduğunda zaman zaman özele gidiyorum. Gözlerimde sorun vardı, devlet hastanesinden randevu alamadım. Dahiliyeden de randevu alamdım buraya geldim (Kartal Kızılay).” 4b-2 Çalışan

“Yani şöyle söyleyeyim, kamuda çok geç randevu verdikleri oluyor bazen. Ondan özele gittiğimiz oluyor... Ama özelde de şöyle bir şey oluyor, onu da söyleyeyim; özele gittiğinizde fark ücreti ödüyorsunuz. Sigortanız, SGK belli bir kısmını kapsıyor, ödüyor.” 4c-5 Çalışan

Katılımcılardan SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından hizmet alanlardan (14 kişi) ikisi; biri ameliyat için diğeri ise gebelik tedavisi için daha güvenilir olduğu kanaatiyle özeli tercih etmişlerdir.

Katılımcılardan SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından hizmet alanlardan (14 kişi) ikisinin “muhafazakar” oldukları gerekçesiyle, kadın hekime ulaşım kolaylığı açısından özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği görülmektedir. Hatta bunlardan biri şu an G0 statüsünde olup geçen sene G1 statüsünde iken maddi sorunlar nedeniyle sağlık primini ödeyemediği için acil durumlar haricinde kamu hastane hizmetlerinden yararlanamayan biridir. Bu kişi geçen sene sağlık güvencesi yok iken eşinin doğumunu özel hastanede yaptırmıştır.

“Kadın doğum haricinde özelden yararlanmıyoruz. Muhafazakar bir aile olduğumuz için, kadın doktor için özeli tercih ediyoruz. Kartal Eğitim Araştırma’da uzmanlar poliklinikte durmuyor, kadın doktor diye gidip erkek doktor çıktığı da oluyor.” G0-2

“Kendim için devlete gidiyorum, hanım için özele gidiyoruz. Özele gidince 1 günde işlemler bitiyor, muayene, tetkikler çıkıyor, ilacını alıp çıkıyorsun. Beklememek için özele gidiyoruz, hastanın ağrısı vardır, iyileşmesi mi önemli cebimden 5 kuruş çıkması mı? SSK adamı bekletiyor, ondan özele gidiyoruz, randevular geç verildiği için.” 4a- 6 Çalışan (muhafazakar, eşi ev hanımı, kronik bir hastalığı yok ve zaten vakit sorunu yok)

Katılımcıların yarısının (14 kişi) SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından hizmet almadığı/alamadığı görülmektedir. Bunlardan bir kısmının (9 kişi) maddi gücünün olmaması nedeniyle SGK ile anlaşmalı özel hastanelerden yararlanmadığı anlaşılmaktadır.

“Nerdeeee! Eve önce haciz gelmesi gerek. Eşim hamile iken Zeynep Kamil’e gitmiştik, oradaki doktor şu doktor daha iyi bilir dedi (özel muayenesi olan bir doktora yönlendirmiş), muayene ve ultrason yaptı 250 TL dedi, 150 verdim zar zor kabul etti. Mümkün değil gidemeyiz.” G1-2

“Eskiden özele gidebiliyorduk, ama emeklilikten sonra gitmiyoruz.” (ekonomik koşullardan dolayı) 4b-1 Emekli

Katılımcılardan SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından hizmet almayandan bir kısmının (5 kişi) ise maddi gücünün olmaması yanında ayrıca özel hastanelere maddi ve tıbbi anlamda güvensizlik nedeniyle SGK ile anlaşmalı özel hastanelerden yararlanmadığı anlaşılmaktadır.

“Hayır gitmiyorum, hep para tuzağı başka bir şey değil.” 4c-3 Emekli

“Yani benim biraz maddi durumumda problemler var da o yüzden. Ekstra bir şey çıkarırlar da başa çıkamam gibisinden. O yüzden gidemedim. Ha yani işte elli lira bilmem ne parası, yirmi lira bilmem ne parası gibi bir şeyler çıkarırlar. Öyle çünkü bir iki sefer olmuştu. Çok önceden ama 7-8 sene olmuştur. Ondan sonra da korkudan bir daha gidemedim yani. Korktum daha doğrusu. Sürprize pek açık değilim pek o kadar. ” 4c-6 Çalışan

“Özel hastaneye gitmiyoruz niye gidelim, yani sigortamız var. Bence sigorta doktorları daha tecrübeli oluyor, çeşit çeşit insan gidiyor, çeşit çeşit hastalık gidiyor. Özellikler ne, para da, adamın parası varsa gidiyor, yoksa yok gidemez. Sigortaya bağlı olan özel hastaneler var, mesela gidiyorsun, yarısını sigorta ödüyor, yarısını sen ödüyorsun. Ama ben şahsım adıma güvenmiyorum.” 4a-3 Emekli

“Hiç işim düşmedi ama mantar gibi her tarafta görüyoruz. Özele güvenmem gerekiyor, oradaki standartlar yüksek olduğu için, ama ben çok güvenemiyorum. Gelen hastayı sırf para kaynağı olarak gördüklerinden, kapıdan giren insanları banknot şeklinde görüyorlar herhalde.” G1-3

Etik Dışı Ödemeler “Bıçak Parası”

Katılımcılar arasında kamu hastanelerinde gerçekleştirilen ameliyatlarda cerrahların açıktan aldıkları etik dışı ödeme, halk arasında “bıçak parası” şeklinde adlandırılan ödeme biçimine olan genel kanaati “eskiden vardı şimdi yok” şeklindedir (28 kişiden 16’sı).

“Eskiden veriliyordu, ben herkesten çok duydum, doktorlara bıçak parası altında ekstradan para veriliyormuş eskiden, ama şimdi duymuyoruz.” 4a-5 Çalışan

Katılımcılar arasında bugüne dek kendisi, akrabaları ya da arkadaşları arasında ameliyat öyküsü olan kişi sayısı 15'tir. Ameliyat öyküsü olan bu 15 kişiden 5'i bir şekilde etik dışı ödeme biçimini yaşantısında deneyimlemiştir. Bu 15 kişiden birinden son dönemde babasının geçirdiği ameliyat öncesi, ameliyatı yapacak hekimlerden birisi tarafından açıktan para istenmiştir.

“Babam 2010 ortalarında Kartal Koşuyolu Kalp Damar Hastanesi'nde bypass ameliyatı oldu... Beni odasına çağırdı, “böyle, böyle, bir ameliyat olacak” dedi. “Yani ekibimle birlikte ben de gireceğim, ekibimin başında ben duracağım. Ama bu iş bir emek işi ve ekip de motive olması açısından, hem işlerimizin devamlılığı açısından”, “hani direk bir bağış verilir”, onu para olarak söyledi. Yani herhangi bir şekilde imalı olarak “bana hediye getiriyorlar, ben hediye istemiyorum”. Yani “insanlar hasta yakınları, direk maddi olarak, parasal olarak yapsınlar. Siz de bulunabiliyorsanız bize para olarak katkıda bulunun” dedi... Miktar olarak, bir hastasınınkini söyledi, 2 milyar diye. Ben bu parayı veremeyeceğimi söyledim, çünkü öyle bir param yoktu. Bu kadarını veremem, ama ameliyattan sonra bir şeyler ayarlamaya çalışırım” dedim... Sonra, ameliyat oldu. Ameliyattan sonra hemen çağırdı, “ameliyat güzel geçti” dedi. “Peki” dedim, “ben size uğramaya çalışacağım” dedim, çıktım... Babamın servise yatış süresi zarfında, annemin konuştuğu kişiler var, hasta yakınları. Onların çoğu da vermiş bıçak parası.” 4c-5 Çalışan

Katılımcılar arasında son dönemlerde arkadaşları arasında ameliyat öyküsü olan 3 kişinin arkadaşının ameliyat için “bıçak parası” verdiği anlaşılmaktadır.

“2 sene önce bir arkadaşımın annesi Koşuyolu'nda kalple ilgili ameliyat olmuştu, doktora bıçak parası vermişti, iyi hatırlıyorum.” 4b-5 Çalışan

“En son arkadaşımın eşi 1 yıl önce böbreklerinden Yavuz Selimde ameliyat olmuştu, doktora 500 TL vermişler. Parası olan da gidiyor, olmayan da, parası olmayan o zaman nasıl ameliyat olacak!” G1-1

Katılımcılar arasında bundan önceki dönemde arkadaşları arasında ameliyat öyküsü olan kişiler için arkadaşının ameliyat için “bıçak parası” aracılığı yapmış 1 görüşmeciye rastlanmıştır.

“Son yıllarda yok, ama eskiden geçmiş yıllarda dışarıdan para verilirdi, kendimin de aracılık ettiği olmuştur. Doktoru tanıyoruz, hastaya zaman

kaybettiriyor, ne alacaksan al bir an önce tedavi et güvencesi biziz diyorduk.”
4b-2 Çalışan

Ayrıca katılımcılardan 2 kişinin ameliyat öyküsünde ameliyat malzemelerinin ameliyata girecek olan hastaya aldırıldığı görülmüştür.

“Ben 2008’de böbreği aldirmek için ameliyat oldum, doktora açıktan para vermedim, ama ameliyatta kullanılacak malzemeler için bir liste yapıp bize verdiler. Onları aldık 1 milyar falan tuttu. Onları da kullanmıyorlar ya, hastanenin malzemelerini kullanıp birde bize aldırıyorlar.” 4b-1 Emekli

“İş kazasından dolayı 2008’de abimin dalağını aldılar, Taksim ilkyardıma acil olarak götürmüşler. Ameliyattan sonra 7-8 gün yoğun bakımda kaldı. O zaman ameliyat malzemelerini bize aldirmışlardı.” 4a- 6 Çalışan

Muayene

Katılımcıların tamamına yakını (27 kişi) eskiden kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin özel muayenesinin olabildiğini ve bu eski dönemde kamu sağlık hizmetlerinden daha iyi ve hızlı yararlanabilmek için bazılarının bu muayenelere gittiği yaşantılarından ve ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“Eskiden her doktorun muayenesi vardı, hastaneye gidince muayeneme gel diyordu, insanlarda işini daha hızlı görmek için muayeneye gidiyordu. Şimdi kaldırdılar, ben rastlamadım bilmiyorum.” 4b-3 Çalışan

Katılımcılardan biri ise çocuğu için kamuda çalışan bir hekimin özel muayenesine son zamanlarda gittiğini ağzından kaçırmıştır.

“O ama tavsiye üzerine gittiğim bir doktordu (ortopedi). Özel muayenehanesine gitmeyi ben kendim istedim. Çocuklar konusunda fazla titizim. Daha sonra kendisinin aynı zamanda Yavuz Selim Hastanesi’nde de görevli olduğunu öğrendik. Onun da tabii ki şöyle bir artışı oluyor, gittiğiniz zaman randevu almıyorsunuz. Randevu alıp beklemeden ilacımızı yazıp sigortadan faydalanmamızı sağladı. Sanırım doktor kendi kontenjanından kullanıyor, sadece muayene ettikten sonra orada size bir reçete veriyor yahut sanıyorum ihtiyaç halinde başka bölümlere yönlendiriyordur diye düşünüyorum. Ama bizim öyle bir ihtiyacımız olmadı. Ama ne rahatlığı vardı? Ben randevu almadan hastaneye gittim, sabah doktorun vizitesi varmış çünkü

orada reçetemizi yazdırdık sigortadan faydalanan ilaçlar anlamında.” 4a-7 Çalışan

Kamudan Özel Hastaneye Yönlendirme

Son zamanlarda katılımcıların yaklaşık 2/3’ü (18 kişi) kamudan özele bir yönlendirme yaşamadığı veya duymadığını anlaşılmaktadır. Katılımcıların yaklaşık 1/3’ünün (10 kişi) ise son zamanlarda kamudan özele yönlendirildiği yaşantılarından anlaşılmaktadır. Katılımcılardan 1’i ameliyat nedeniyle kamudan özele yönlendirilmiştir.

“2008’de bel fıtığından ameliyat olduğumda Kartal Eğitim Araştırma’daki doktorların hepsi platin takacağız dediler, MR raporlarını Ümraniye Devlet Hastanesi’nde H. A.’ya gösterdim, gerek yok dedi. Bu MR’dan bunu nasıl çıkarmışlar, senin platinlik bir işin yok dedi. Burada kapalı ameliyat yok dedi, açık ameliyatın tedavisi uzun sürüyormuş. Medical Park’ta 1 milyar farkla bana kapalı ameliyat yaptı. 5 senedir çok rahatım. (2008’de SSK’lı imiş).” G0-2

Katılımcılardan 3’ünün arkadaşı ameliyat nedeniyle kamudan özele yönlendirilmiştir.

“Yeni bir arkadaşım bel fıtığından ameliyat olmuştu. Şişli Etfal’daki doktor burası yoğun geç ameliyat günü verilir, senin durumun acil özelde bu ameliyatını yapalım demiş, arkadaşımında kabul etmiş, özel hastaneye fark ücreti ödeyerek aynı doktor tarafından özelde (Acıbadem’de) ameliyatı yapılmış.” 4b-2 Çalışan

“2 arkadaşım bel fıtığından ameliyat oldu. Eğitim Araştırma’ya gittiler, devletteki doktor burada yoğunluk var geç ameliyat olursunuz, sizi ben özelde ameliyat edeyim, daha erken ameliyat olursunuz, sigorta karşılıyor zaten demiş. 2 arkadaşta özelde bel fıtığından öyle ameliyat oldu, iyi biliyorum (2 sene önce). Doktorun anlaştığı hastaneler var, gelip seni ameliyat edip gidiyor. Hastane 3 milyar alıyor mesela, doktorla kırışıyorlar (paylaşıyorlar) herhalde.” 4b-3 Çalışan

“Ameliyat olan para verirdi açıktan doktora ya, şimdi de var! Devlette muayene oluyor, “doktor bey beni ameliyat et nolur” “tamam, falan yere gel ameliyatını yapayım” diyor. Özele çağırıyor, seni falan yerde ameliyat edecem diyor, ekibiyle geliyor, orda ameliyatını yapıyor alıyor parasını, hem de nasıl

paralar! Bir arkadaş hanımını ameliyat ettirmiş birbuçuk milyar lira para vermiş. Hala var, olmaz mı yaaaa tabi var, alan razı veren razı, Türkiye değişti mi sanki!” 4c-3 Emekli

Katılımcılardan 3’ü tedavi nedeniyle kamudan özele yönlendirilmiştir. İki hasta KEAH Radyasyon Onkolojisi polikliniğinden İstanbul ON-KO’ya yönlendirilmiş, bunlardan biri erken aşamada teşhis konulan bir hasta iken diğeri metastaz yapmış bir hastadır. Diğer hasta ise kalp krizi vakası üzerine eve gelen 112 sağlık personeli tarafından dolaylı olarak özele yönlendirilmiştir.

“Babam mide CA. Geç evrede farkına vardık. Önceden de kilo alıp verdiği için şüphelenmedik, kilo kaybıyla birlikte bel ağrısı başlayınca, kan tahlillerini yaptırarak, kan değerlerinden şüphelenince onkolojiye başvurduk. GATA’da kemoterapi oluyor. 6. kürü yaptılar en son. Kemiklere metastaz yapmış. Radyoterapi için Kartal Eğitim Araştırma’ya yönlendirdiler oradan. Buradaki radyasyon onkolojisindeki doktorla görüştim, İstanbul ON-KO’da radyoterapi daha iyiymiş, doktora güveniyorum, babamı oraya götüreceğiz.” 4c-2 Emekli

“Eşim kalp krizi geçirdi. Ambulans çağırdık, ambulans eve geldi, bize sizi acile götürürüz, orda doktor bakacak, tetkikler yapılacak daha sonra kalp hastanesine yönlendirecekler sizi dedi. Benim gözüüm almadı, o kadar ağırdı eşim. Acile Araştırma Geliştirmeye götüreceğiz sizi dedi, orda pek size yardımcı olamayacaklar size dedi, birçok tetkikler yapılacak ondan sonra sevk edecekler sizi dedi. Önce Eğitim Araştırmaya götürüyorlarmış, Koşuyolu’na değil, olur mu öyle saçma şey! Bunun üzerine özel hastaneye gittik (LIV Hospital, Ulus’ta). Orda ilgilendiler, 5 gün orda kaldık, ilgi mükemmeldi... Bundan sonra kontrollere oraya gideceğiz (LIV Hospital, Ulus’ta, kendileri Kartal’da yaşıyorlar).” 4a-2 Emekli

Katılımcılardan 3’ü ise randevu alma zorluğu ve geç randevu alınması gibi nedenlerle kamudaki yoğunluğun kendisinin özele dolaylı olarak yönlendirmeye sebep olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Başta randevu vermemekle sanki özel hastanelere gitsinler demiş oluyorlar, sistem daha profesyonel şimdi. Devlet hastanesinden hizmet almamak için bir engelleme var, randevu alamamak, doktora ulaşamamak gibi bir sorun var. Sanki devlet hastaneleri bilinçli olarak engelleniyor. Telefonlardan ve internette randevu verilmemesi için sisteme müdahale edenler olabilir, artık teknoloji ilerledi. Bu sistemin işlemesine engel olanlar olabilir, özel hastaneler yönlendirmek için. Hasta randevu alamadıkça özele gidecektir.” 4b-2 Çalışan

“Daha çok hastane olmalı, daha çok sağlık ocağı olmalı, bir sürü insan bekliyor, bu doktorların suçu falan değil. Mesela şu an İstanbul’da çok fazla özel hastaneye yönlendirme var, özellikle SSK ile anlaşmalı oldukları için, sabah özel hastaneye gittik. Ekonomik durumu hiç olmayan insanlar sağlık ocağına, devlet hastanesine gidiyor, ekonomik durumu biraz olanlar anlaşmalı olan özel hastaneye gidiyor, katkı payını ödeyebilenler. Belki daha çok devlet hastanesi olmalı.” 4a-1 Çalışan

Hastanelerin Yönetimindeki Değişim

Katılımcıların tamamına yakını bir katılımcı hariç 663 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname ile birlikte kamu hastanelerinde değişen yönetim şeklinin farkında değillerdir. Farkındalığı olan katılımcı ise “başlarında CEO var” şeklindeki ifadesi ile Kamu Hastaneleri Birlikleri şeklinde isimlendirilen kamu hastanelerinin “idari ve mali özerkliğe sahip işletmelere” dönüştürülmesi yönündeki yapısal değişikliğin gerçekliğine yönelik bir tespitte bulunmuştur.

“Yeni bir şey çıkmış galiba, hastane müdürlüğü mü kalkmış, başhekimlik mi kalkmış, hastaneler bir yere bağlanmış, başlarında CEO var galiba.” 4b-5 Çalışan

Kamu Hastanelerinde Sağlık Hizmetleri Kalitesi

Katılımcıların yaklaşık 1/3’ü (9 kişi) kamu hastanelerinde sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttığını ve yeterli olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Teknoloji ilerledikçe tıpta da bir ilerleme var, eskiden teknolojide bu kadar ileri değildi, şimdi cihazları var, ölçüyor biçiyor ne rahatsızlığın var buluyorlar.” 4b-4 Emekli

“Adı üstünde eğitim araştırma, doktorlar iyi davranıyorlar, inceliyorlar, mesela Koşuyolu hepsi çok iyi, hemen tahlil yazıyor, hemen 3 saat sonra tahlil sonuçlarını hazır.” 4c-3 Emekli

“Kamu hastanelerinin kalitesi kesinlikle arttı.” 4a-7 Çalışan

Katılımcıların yaklaşık 1/5'i (6 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerinin genel olarak kalitesi artmakla birlikte hastaneden hastaneye değişken olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Benim hanımın elleri, ayakları şişiyordu, bardağı tutamıyordu, elinden bardak düşüyordu, bardak tutamıyordu. Kartal’da derdine çare bulamadılar, Tuzla’da bulamadılar. Stresten oluyor, psikolojik diyorlardı... Ümraniye’de bir hastanede filan doktor benim çaremi buldu dedi (bir tanıdığı). Ben de hanımı aldım o doktora göürdüm, adam her şeye baktı, sende dedi iltahaplı romatizma olabilir dedi. Sen dedi Marmara Hastanesi’ne gideceksin. Oraya bir gittik, eli ayağı şişen herkes orada, bütün iltahaplı hastalar orada, orası bu işin uzmanı, iğne yaptılar, ilaç verdiler, iltahaplı romatizmayı bitirdiler... Şimdi kemiğin kırılırsa nereye gidersin Baltalimanı’na, kalpte neresi Siyami Ersek, beyinde neresi Cerrahpaşa, Göztepe Üroloji’de iyi. Nerden biliyoruz eşten dosttan, soruyoruz soruşturuyoruz öğreniyoruz. Her şeyin bir erbabı var, her şey bişey üzerine çalışıyor, her hastalık için doğru yere gideceksin, yanlış yere gitmeyeceksin.” G0-1

Katılımcıların yaklaşık 1/4’ü (8 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir değişim olmadığı ve yetersiz olduğu düşüncesini paylaşmaktadır.

“Doğumda Pendik Devlet Hastanesi’ne gidiyorduk, sezeryan olacaktım. Sezeryan normal doğumdan 10 gün önce alınması gerekiyor ya normal doğumdan 1 gün sonra apar topar gittim normal doğumum geldi, sabah 5’te gittik Pendik Devlet’e doktor yoktu, Eğitim Araştırmaya gittik oradan. Sezeryan yapıldı, ameliyat çok zor oldu. Acil olduğu için Semiha Şakir kabul etmek zorunda kaldı. 2 gün gözlemde kaldım, doktor “öteki dünyaya gittin geldin” dedi “geç kalındığı için”. Az daha canımdan oluyordum.” G0-5

“Kulak burun boğaza gittim 3-4 defa... Kulak burun boğaz baktı bana, dedi ki işte şey, “üst solunum yolu enfeksiyonu, faranjit” gibi bir şey dediler. Bana bir ilaç verdiler... Sonra aldığım o ilaç olmadı, bana bir faydası olmadı.. Bir daha gittim... Sonra bir daha gittim, gene başka bir ilaç verdiler. Sonra ben kendi şeyimi kendim buldum herhalde. Artık gece kalorifer çok yandığı için, hava kuru, ben buhar yapan makinayı çalıştırmaya başladım (astımlılar için buhar makinası). Onu kullandım. Artık boğazımdaki şey gitti. Nefes almamda sıkıntı yok, problem gitti... Kamu benim bir şeyimi çözmedi ki, yani benim şahsıma ait hiç bir sağlık sorunumu çözmedi şimdiye kadar.” 4c-4 Çalışan

“2 sene önce Kartal ADSM’de dolgu yaptırdım, sonra o dolgu düştü. Tekrar gittim, tekrar dolgu yaptılar, dişi kurtarmaya çalıştılar daha doğrusu ben öyle istedim. Ben özellikle çektirmek istemedim. Ama ondan sonra o dolgu da

düşünce, artık randevu aldığımda çekilmesi gerektiğini söyledi doktor. Dişi çekirttik öyle.” 4c-5 Çalışan

Katılımcıların yaklaşık 1/5’i (5 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerinin “Tam Gün”den³ dolayı iyi hekimlerin özele geçmesinden (3 kişi) ve yoğunluktan dolayı (2 kişi) kalitesinin düştüğü görüşünü paylaşmaktadırlar.

“Devlet hastanelerinde eski profesörler yok, doktorların kalitesi düştü, iyi doktorlar özele yöneldi.” 4b-2 Çalışan

“Devlet hastanesindeki doktorlar özele kaydığı için devletteki kalite düşmüştür bence. İdealist doktor belki kalmıştır, parayı düşünen doktor gitmiştir, çoğunluğu da gitmiştir bence.” 4b-5 Çalışan

“Doktor sizin hastalığınıza gerekli önemi göstermezse sorun olabilir, ama burada ki sorun doktorların gereğinden çok fazla hasta bakması, yoğunluk olmazsa doktorlar hastaların derdine çare bulurlar.” G1-3

Kamu Hastane Sağlık Hizmetlerine Güven

Katılımcıların 1/4’ü (7 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerine koşulsuz bir şekilde güvenmektedir. Kamu hastane sağlık hizmetlerine koşulsuz bir şekilde güvenenlerin neredeyse tamamı (6 kişi, bu kişilerin 3’ünün geçen sene sağlık güvencesi yok iken bu sene 2’sinin sağlık güvencesi yoktur) G0 ve G1 statüsündeki kişilerdir, diğeri ise 4c emeklisidir. Kamu hizmetlerine koşulsuz güven ağırlıklı olarak ekonomik yoksunluklar ve sosyal güvenceye sahip olmamakla ilişkili gözükmektedir.

³ Kamuoyunda tam gün yasası olarak bilinen ve 30/1/2010 tarih – 27478 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 30/7/2010 tarihinden itibaren üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerinde görevli doktorların ve öğretim üyelerinin muayene açması ve özel sağlık kuruluşlarında çalışması yasaklanmış, devlet hastanelerinde çalışan doktorlara 30 Temmuz 2010’a kadar, üniversite hastanelerinde çalışanlara ise 30 Ocak 2011’e kadar bunların hastane ile muayenehane arasında bir tercihte bulunmaları için süre tanınmış, daha sonra Cumhuriyet Halk Partisi’nin Anayasa Mahkemesi’ne kanunun bazı hükümlerinin iptali ve yürürlüğünün durdurulması yönündeki başvurusu üzerine mahkeme 16/7/2010 tarihli ve E.: 2010/29– K.: 2010/21 sayılı kararıyla söz konusu yasanın ilgili maddelerinin öğretim üyeleri yönünden yürürlüğünü durdurmıştır. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı, öğretim üyeleri dışındaki kamuda çalışan doktorlar için muayenehane açma veya özel sağlık kuruluşlarında çalışma yasağının devam ettiği şeklinde açıklama yapmıştır. Bu uygulama ile birlikte öğretim üyelerinden muayenehane veya özel sağlık kuruluşlarında çalışanlar üniversitede ders vermek dışında, üniversite hastanesinde hasta bakmamaktadır.

“Rahatsızlığım ne ortopedi, ne KBB, ne kalp oraya giderim. Doktor doktordur, o bilmeseydi etmeseydi, koskoca hastaneye onu tayin ederler miydi, etmezler, hep tecrübe uzman doktorlar iyi. Devlet hastanelerine güveniyorum, niye güvenmeyeyim. (Özele?)Hayır! Özel hastanelere güvenmiyorum, para o kadar!” 4c-3 Emekli

“Güveniyorum. (ciddi bir rahatsızlıkta?) İkinci bir doktora gitmem, doktoru iyi araştırırım, iyi doktoru bulup ona muayene olurum devlette.” G0-4

“Güveniyorum, hiçbir şey yapmazsa o tahliller her şeyi ortaya çıkarıyor diyoruz.” G1-1

Katılımcılardan 2 kişi kamu hastane sağlık hizmetlerine olan güveni “zorunluluk” şeklinde ifade etmiştir. Yine bu kişilerde ekonomik nedenlerle kamu hastanelerini kullanmaktadır.

“Sen kendini ona teslim ediyorsun, bir şey bilmiyorsun, güvenmek zorundasın, adam seni ameliyat ediyor, canını teslim ediyorsun. Doktor sana ameliyat edecem dese itiraz edemezsin, bilgisine göre öyle diyor.” 4b-3 Çalışan

“Devlet hastanelerine güvenim iyi... Doktora bakarım, doktor iyi olmazsa hastane ne yapsın. Allah’a şükür doktorlar da iyi hastaneler de iyi. Özel hastaneye gidemedikten sonra devlet hastanelerine güveniyorum, hastane sonuç olarak. Biz ona gidemiyoruz (özele), bütçemiz yok. Devlet sağ olsun.” G0-6

Katılımcıların yaklaşık 1/6’sının (5 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerine olan güvenleri kurumdan kuruma değişkenlik göstermektedir. Kurumdan kuruma güvenlerinin değiştiğini ifade edenlerin çoğunluğu (3 kişi) sosyal güvenceye sahip katılımcılardır.

“2008’de Numune’ye acil olarak gittik, böbreğin birini aldılar, sonra birkaç kez kontrole oraya gittim ama memnun kalmadığım için KEAH’a geliyorum artık, burada ki doktorlar daha iyi.” 4b-1 Emekli

“Bayağı bir hastaneye gittik (eşinin omurilik-kalp sorunları nedeniyle). Yani güvensizlikle alakalı değil. Kolay yolu bulmakla alakalı... ” 4c-6 Çalışan

“Yakacık Çocuk Hastanesi çok iyi, yapı olarak çok kötü, kalabalık ama doktorları uzman, Kartal Eğitim Araştırma zayıf kalıyor, uzman değil, Yakacık’taki gibi nokta atışı yapamıyor. Kartal Eğitim Araştırma antibiyotiği dayıyor, Yakacık’taki doktorlar daha çok zaman ayırıyor, ilgileniyor.” G0-2

“Koşuyolu’na, Marmara’ya güvenirim, Araştırmaya güvenmiyorum, şu anda başhekimde burada olsa onunda yüzüne derim, şu anda abdestim de var. Kartal’da bir çocuğum oldu, orda kaybettik, Marmara olmazsa bu çocuğu da kaybederdim. Onda da Hidrosefali ve akciğer yetmezliği vardı, bunda da var, yeni çocuğum düzeldi. Pazartesi günü hastaneden eve getirdik, önümüzdeki hafta hastaneye götürcez, kalp ameliyatı olması için. Kalp ameliyatı olcak. Marmara’da anjiyo oldu, Marmara biz yapamayız dedi, çok riskli imiş, Koşuyolu yapacak (ameliyatı).” G1-2

Katılımcıların yaklaşık 1/5’inin (6 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerine olan güvenleri hekimden hekime değişkenlik göstermektedir. Hekimden hekime güvenlerinin değiştiğini ifade edenlerin tamamı sosyal güvenceye sahip katılımcılardır.

“Eşimde oldu, sinirlerinde uzama vardı, hemen ameliyat dendi. Başka bir doktora gittik bileklik kullan daha rahat edersin dedi. Başka bir doktora gittik, ameliyat olmasına gerek yok dedi. İlk gittiğimiz özel hastaneydi, filimler çekildi ameliyat olman gerekiyor dedi; sonra başka bir özel doktora gittik ameliyata şimdilik gerek yok, bileklik kullan ilerde ameliyat gerekebilir dedi; en son Eğitim Araştırmada ki doktora gittik o da ameliyata gerek yok dedi.” 4b-4 Emekli

“Güvenmiyorum, ciddi hastalıklarda güvenmiyorum, ciddi teşhislerde güvenmiyorum. Mutlaka ikinci bir doktor görüşü veya doktor ismi araştırıyorum.” 4c-5 Çalışan

“Duyumlarım oldu, daha önce başka bir doktora gitmiştim, onun üzerine gittim bu doktora. 9 sene önce doktora gitmiştim, tetkikler falan yaptı, ameliyat olman gerek dedi (üroloji doktoru). Sonra dahiliye doktoruna gittim, ameliyat olabilirsin dedi, ama ameliyat olmana gerek yok dedi. Sonra aradan 2-3 sene geçti, yine sık sık idrar etmeye başladım, sonra duyumlarım oldu bu doktora (üroloji doktoru-kamu) gittim, bir sürü tetkikler yaptı, prostatın var ama ameliyatlık bir durumun yok dedi. 5-6 senedir bu doktora gidiyorum, geçen gittim ameliyatlık sınıra gelmişsin dedi.” 4a- 4 Emekli

Katılımcılardan yaklaşık 1/4’ünün (8 kişi) ise kamu hastane sağlık hizmetlerine güvenmedikleri anlaşılmaktadır. Yine bir katılımcı bir akrabasının sağlık sorunu nedeniyle özeli tercih ettiğini aktarmıştır. Bundan başkade katılımcıların yakınları arasında özel sağlık kuruluşlarını güvenmedikleri için tercih edenler olmasına karşın bu örnek araştırmacı tarafından ameliyatta güven açısından önemli görüldüğü için verilmiştir, çünkü kamu ve özel hastanenin ikisi de ameliyat önermesine karşın, katılımcının akrabası ameliyat için özeli tercih etmiştir.

“Doktora referansla gitmeyi tercih ederim, ameliyat falan olacaksa özel düşünürüm... Gitmem çünkü orada (kamuda) büyük ihtimalle bekleyebilirim, sıra almak için bekleyebilirim (muayene), gün almak için bekleyebilirim (ameliyat).” 4a-1 Çalışan

“Kullanmıyorum ama insanlar ya memnuniyetten ya da mecburiyetten gidiyordur (kamu hastanelerine). Hastaneyi hastane yapan doktordur, insanlar doktora gidiyor, iyi doktor nerdeyse oraya gitmeye çalışır maddi gücü varsa.” 4b-5 Çalışan

“En son yengem ameliyat olmuştu, özelde oldu, 12. ayda ameliyat oldu, kadın hastalıklarından. Önce Araştırmaya geldi, sonra Kızılay’a gitti, en son Remedy hastanesine gitti ameliyat oldu. (Neden 3 doktora gitti?) Emin olmak için. Araştırmadaki doktor ameliyat demiş, Kızılay’daki doktor ameliyat olması gerekmediğini zamanla hani menopoza girince zamanla düzeleceğini söylemiş, ama tabi özeldeki bir an önce ameliyat olması gerektiğini belirtti, yoksa daha kötü şeyler olacağını söyledi... Miyom vardı ama çok büyüktü, bebek kafası büyüklüğündeydi, yani o kadar büyüktü, onla beraber temizlediler her şeyi rahmi falan.” 4a-5 Çalışan

“Çocuk evde terlemeye başladı, “baba karnım ağrıyor, ölüyorum”. Aldık getirdik Kartal Devlet çocuk acile (2-3 ay önce)... Doktorlar çocuğun karnına dokundular... “Marmara Üniversitesi’ne gidin çocuğa baksınlar”, “muhtemelen bunun apandisti patlamış, muhtemelen değil, patlamış”, “eğer gecikerseniz, zehirlenir” dedi. Ödümüz koptu. Gittik Marmara Üniversitesi hastanesine, çocuk kucağımda, dedim ki “hocam, Kartal Devlet Hastanesi’nden geliyorum”. Dedi ki “bir dakika, bir dakika, sakın ol. Apandisit dediler, değil mi?” dedim evet, çocuğun apandisiti patlamış. “Yok, yok, o öyle değildir büyük bir ihtimalle”. Çocuğu koyun yere, koyduk. Dedi ki “yavrum hadi ablan için bir kere zıpla, iki ayağının üstünde”. Çocuk zıpladı, dedi ki “yok, apandistin tek bir teşhisi vardır, dünyanın neresine giderseniz gidin böyledir, eğer çift ayağını üstüne zıplıyorsa değildir”. Çocuk da zıplıyor, “gaz sıkışması” dedi. Bu çocuğun gazı var. Hemen bize oradan bir tane şey, sıvı, solüsyon gibi bir şey verdiler... Gittik doktor ablaya, dedik ki “doktor abla bir şeyi yok”. Birkaç bir şeyler daha yaptı, karnına bastı işte, hoplattı, zıplattı, “geçmiş olsun, gidin evinize” dedi... Dedim ki hatta “hocam, ben buraya girerken dedim ki, Kartal Devlet’den geliyorum, siz de “bir dakika, bir dakika” dediniz. Niye öyle dediniz?”. Dedi ki “bugün, buraya bu gece bu teşhisle gelen belki de ellisiniz” dedi. “50 tane çocuk, bu gece Kartal’dan buraya aynı teşhisle geldi. Anlamıyorum, bunlar başından mı salıyorlar, ne yapıyorlar oraya kimi koymuşlar? Habire bize havale ediyorlar, hiçbirinde de hiç bir şey çıkmadı” dedi. Dedim “Allah razı olsun”, geldik evimize.” 4c-4 Çalışan

Bu katılımcılardan biri kamu sağlık hizmetlerine güvensizliği nedeniyle hastanın bilgili olup, teşhis ve tedavi süreçlerinde hekimi yönlendirmesi gerektiğine işaret etmiştir.

“şimdi sen bilgili olursan o zaman biraz atışıyorsun, sen mi bilcem ben mi bilcem. Ama sen yol gösterirsen, bilinçli hasta olursan yol gösterirsen oda kolaylıyor, yürüyebiliyor. Bana sıkıntı yaratacak doktorla uğraşmıyorum, yok illa benim dediğim olacak diyen doktor olmuyor yani ben başka şeyden bahsediyorum sen başka şeyden. Ben kendim seçimimi yapabiliyorum, nerden ne olacağını biliyorum.” G0-1

Bir diğerisi ise bu güvensizlik nedeniyle kronik rahatsızlığı için kullanmakta olduğu ilaç tedavisini kesmiştir.

“şekerim var. 5-6 aydır şekerle ilgili ilaç kullanmıyorum, ilerde böbreklerde sorun çıkar diye... (Doktor mu bırakmanızı istedi?) Hayır, benim bir akrabam ilaç kullana kullana böbrekleri iflas etti. 5-6 sene diyalize gitti ondan sonra böbrek nakli oldu. Ondan dolayı tedirginin, şeker ilaçlarını bıraktım bu yüzden. Bide şöyle bir şey oluyordu, ilaçları içtikten sonra yemek yiyordum, sanki hiçbir şey yememiş gibi oluyordum, dünyayı yesem doymuyordum.” 4a- 4 Emekli

5.2.3. Genel Sağlık Sigortası

Sosyal Güvenlik Kurumlarının Tek atı Altında Birleştirilmesi

Katılımcıların çok büyük bir çoğunluğunun sosyal güvenlik kuruluşların SGK çatısı altında birleştirilmesi konusunda bir bilgisinin olmadığı anlaşılmıştır. “Sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanıyor musunuz?; Sosyal güvenceniz nedir?” sorularına eski sosyal güvenlik kurumlarının isimlerini söyleyerek cevap vermişlerdir. Katılımcılar arasında 4a statüsünde olan 7 kişiden yalnızca 2 kişi sosyal güvenlik kurumlarının “SGK” olduğunu belirtmekle birlikte, sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi konusunda bilgi sahibi değildir.

“Ben alışan olarak SGK’dan yararlanıyorum, çalışmayan insanlar neden yararlanıyor bilmiyorum.” 4a-1

Katılımcılar arasında 4b statüsünde olanların hepsi kendi sosyal güvenlik kurumunun “Bağ-Kur” olduğunu söylemiş ve sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi konusunda bir farkındalığı yoktur.

Katılımcılar arasında 4c statüsünde olan 6 kişiden 2’si kendi sosyal güvenlik kurumunun SGK olduğunu söylemiştir, diğerlerinin sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi konusunda bir farkındalığı yoktur.

“Bizimkini de emi, emekli sandığını da! Bu iyi olmadı yani. Emekli Sandığı ayrı olsun, sosyal sigortalar ayrı olsun kardeş. Her bakımdan da ayrı olsun. Mesela ben emekli sandığıyım gittiğim zaman ayrı muamele oluyor, sosyal sigortalar emeklisine ayrı oluyor. Birleştirilmesinden memnun değilim, hastanemizi kapattılar. Yılların Öğretmenler hastanesini kapattılar.” 4c-3 Emekli

Katılımcılar arasında 4c statüsünde sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi konusunda bir farkındalığı olan 2 kişi sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesini olumsuz değerlendirmektedirler.

“Ben bunu yalan olarak değerlendiriyorum. Yani insanın en temel haklarından biridir sağlık hakkı, emeklilikte öyle bunları açık olarak gösterip, bütçenin en büyük açık kalemleri olarak gösterip, bunların üzerinden oyun oynandığını, bu kurumlar üzerinden oyun oynandığını düşünüyorum. Birçok hakkımızın tırpanlandığını düşünüyorum, elimizden alındığını düşünüyorum. Ben şimdi 25 yılda emekli olacakken 33 yıla çıktı, oğlum 65 yaşında emekli olacak (yanındaki 5-6 yaşlarındaki çocuğunu kast ediyor), bunların oyun olduğunu düşünüyorum. SGK olayını devletin en büyük yalanı olduğunu düşünüyorum. Bu ülkede yapılan bütün reformlar bizlerin aleyhine olmuştur, mutlaka cebimizden bir şey almıştır, mutlaka haklarımızdan, elimizden bir şey almıştır, bizim faydamıza olan bir şey değildir yani.” 4c-1 Çalışan

“SGK kurumundan sonra, bu sosyal sigortalılık mevzuu güzel olmadı. Yani insanlar işsiz güçsüz, diyorlar ki “biz seni sigorta kapsamına aldık, bundan sonra sana ben bakacağım”. Ne yapman gerekiyor? “Bir yerde çalışıyorsan, bir şey yapmana gerek yok” diyor. “Çalışmıyorsan, bana her ay şu kadar para yatır, ben seni sigortalı yapayım”. Zaten adamın işi yok, gücü yok, yani ekmeğini bulamıyor ki sana neyini versin... Bir yerde gelir beyanı testi yaptırıyorsun. İşte en düşük ayda 36 TL mi öyle bir şey, 40 TL’lik bir şey sağlık primi. Onu sen bana yatır, eğer hasta olursan gelirsin benim hastaneme, ama hasta olmazsan sen ömür boyu bunu yatır, iş bulamadığın sürece. Yani böyle bir mantık yok, yani hem işin yok, hem o insana iş bulamıyorsun, hem de

diyorsun ki sen işsiz olduğun için, yarın hasta olabilirsin, benim hastaneme gelirsin, ben de sana masraf edebilirim... Benim tanıdığım çok öyle, benim köyde abim var, hiç işi gücü yok, 2 tane de çocuğu var büyümüş, her ay kendine de onlara da cezaya. Yatırmıyor gerçi ama habire o paralar katlanıp gidiyor.” 4c-4 Çalışan

Katılımcılar arasında G0 statüsünde olan 6 kişiden 2’si “sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanıyor musunuz, sosyal güvenceniz nedir?” sorularına “GSS” şeklinde cevap verirken diğer katılımcılar, kendi sağlık güvencelerini “Yeşil Kart” olarak ifade etmiştir. Ayrıca bu kişilerin tamamının sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi konusunda bir farkındalığı yoktur.

“Devlet bünyesinde yeşil kart mı deniyor, sigorta mı deniyor, devletten sağlık hizmeti alıyorum.”G0-4

“(Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi?) Valla bana faydası yok, olsa ne olur olmasa ne olur!” G0-3

Katılımcılar arasında G1 statüsünde olan 4 kişiden 2’si “sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanıyor musunuz, sosyal güvenceniz nedir?” sorularına “Önce Yeşil Kartı şimdi SGK” şeklinde cevap verirken, bir katılımcı “gelir testi yaptırdığını” diğer bir katılımcı ise SGK kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanamadığını belirtmiştir. Ayrıca bu katılımcılardan biri hariç diğerlerinin sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi konusunda bir farkındalığı yoktur.

Katılımcıların sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi konusundaki habersizliği üzerinde kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirilmesi hakkında ki görüşleri sorulmuştur. Katılımcıların tamamına yakını kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirilmesini kamu hastane hizmetlerine ulaşım kolaylığı sağlaması, sosyal güvence statüleri itibari ile sağlık hizmeti farklılıklarının giderilmesi ve ayrıca bütün eczanelerden yararlanmak adına olumlu değerlendirmektedirler. Özellikle 4a statüsündeki katılımcılar bu birleştirmeden belirgin bir şekilde memnun oldukları anlaşılmaktadır.

“Keşke emekli sandığından olsaydık diyorduk, biz 3. sınıf muamelesi görüyorduk, o arkadaşları da kıskanıyordum doğrusu (Emekli Sandığı mensuplarını).” 4a-2 Emekli

“Hastanelerin birleştirilmesi iyi oldu, isteyen istediği hastaneye gidebiliyor, istediği eczaneden ilaç alabiliyor, bu iyi bir şey. Eskiden sen osun busun diye, o hastane onu almazdı bu hastane bunu almazdı, acili bile bakmazdı” 4b-1 Emekli

“Herkesin her hastaneye gidebilmesi güzel bir şey. Eskiden polis hastanesi, işçi hastanesi, memur hastanesi, emekli hastanesi gibi kavramlar vardı. Yani bu ülkede eşit insanlar yaşıyorsa herkes canının istediği yere gidebilmeli, bu güzel.” 4c-4 Çalışan

“Hastanelerin birleştirilmesi iyi oldu, eskiden kapısında adam ölüyordu. Ambulans geliyor yok sen bizim hastamız değilsin, öyle bir şey mi olur!” G0-1

“İnsanları sen SSK’lının sen Bağ-Kur’lusun diye ayırmak yanlıştı, böylesi daha doğru oldu, herkes istediği hastaneye, eczaneye gidebiliyor, olması gereken de bu. Yani aslında sosyal devlet olgusunda devletin vatandaşına halkına bakması lazım, sonuç olarak bakış açıları da bunun üzerine kurulursa neden olmasın ki bir değişim olması lazım. O anlamda zannetmiyorum, daha çok paraya doğru bir değişim var. Hasta hasta olduğu için değil de genelde hastayı para olarak görüyorlar. Eskiden de böyleydi şimdi de.” 4b-5 Çalışan

Yalnız 2 katılımcı kamu hastanelerinin birleştirilmesini yararlandıkları Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yoğunluğa neden olması itibari ile bu birleştirmeyi olumsuz olarak değerlendirmektedir.

“Devlet memuru da aynı hastaneye gidiyor işçide, Bağ-Kur’lu da, eskiden herkes kendi hastanesine giderdi. Şimdi yoğunluk oldu hastanelerde. Ayı olsaydı SSK’lı kendi hastanesine gidecekti. Devletin bileceği bir şey ona bir şey diyemem, öyle uygun görmüş.” 4b-4 Emekli

“Birleştirilmesinden memnun değilim, hastanemizi kapattılar. Yılların Öğretmenler hastanesini kapattılar. Bizim kendi hastanemiz vardı, Koşuyolu’nda Öğretmenler Hastanesi, gittiğimiz zaman öyle mücadele ederlerdi ki, canla başla ilgilenirlerdi, ama Sayın Tayyip Erdoğan burayı da kapattı. Şimdi hepsi bir arada çok kalabalık oldu, ben razı değilim bu duruma...” 4c-3 Emekli

Sağlık Hizmetlerinden Yararlanamama

Kamu hastane hizmetlerine ulaşımın sağlık güvencesi ile ilişkili olması nedeniyle “sağlık güvencesinden yoksun” olan kesimlerin acil hizmetler dışında kamu hastane hizmetlerinden yararlanmaması durumu söz konusudur. Bu durumla bizim alan araştırmamızda da karşılaşmıştık. Alan araştırmasının yapıldığı tarih itibari ile toplam 28 kişiden 3’ü SGK kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Bu 3 kişi gelir testine tabi olup gelir testi yaptırdıktan sonra G1’li çıkmaları ve aylık sağlık primlerini ödeyememeleri veya bu sene G0’lı olup geçen sene G1’li olmaları nedeni ile birikmiş prim borçlarını ödeyememe nedeni ile SGK kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Alan araştırması katılımcıları arasında bu sayı geçen sene itibari ile 5 kişidir. Bu kişiler sağlık güvencesinden yoksun oldukları için 1. basamak sağlık hizmetlerinden ve acil hizmetler dışında kamu hastane hizmetlerinden yararlanamamış ve ilaçlarının bedellerini kendi ceplerinden karşılamak zorunda kalmışlardır, hatta bazıları kronik rahatsızlıkları için gerekli olan bazı ilaçlarını bu nedenle de alamamıştır. Bu durumun kendisi, oranların sayıların ötesinde en temel insan haklarından olan “sağlık hakkı”ndan mahrum olmayı ifade etmesi itibari ile sağlık sisteminin dönüşümünün en somut gerçekliğini ortaya koymaktadır.

“Yaptırdık (gelir testi), şimdi çıkacak mı bilmiyorum, en düşüğü 110 lira galiba. Kaynarca’ya gitmemiz gerek, 2012 Ocak’tan beri biriken para var, onu ödemek gerek, 1600 lira birikmiş, şimdilik ödeme gücümüz yok!... 2011’de en son gitmiştim (hastaneye), gidemedim. Sağlık ocağında tahlillerimi yaptırıyorum, ilacımı ben kendim alıyorum (cepten). İlaçlarımın yarısını alıyorum, yarısını alamıyorum. Başka bir şeker ilacı var 47 lira pahalı, alamıyorum. Günde 3 kez kullandığım bir ilaç var onu alıyorum. Şekerim 400-500. Kolesterol, migren, mide koruyucu ilaçlarımı alamıyorum, onlar çok pahalı! 47 liralık şeker ilacı iyi geliyordu, ama pahalı kullanamıyorum o yüzden şekerim yüksek çıkıyor belki de. Böyle insanlar çok var zaten. Hastaneye gitmem gerek ama gidemiyoruz, sigortam yok.” G1-4

“Geçen sene gelir testi yaptık, 35 lira aylık prim çıktı, provizyon verilmiyordu, yararlanamıyorduk, olmayınca olmuyor, ödeyemiyorsun. Çocuklar 18 yaş altı olduğu için bir sıkıntı olmuyordu, acilde de olmuyor. Bu yılda gelir testine başvurduk ama sonuç ne oldu bilmiyorum... Baba emekli, maaşı 1050 lira. Benim düzenli bir işim yok. Pimapen işiyle uğraşıyordum, bel fıtığı nedeniyle o işi de yapamıyoruz. Ara sıra geçici işler oluyor, iş olunca çalışıyoruz, düzenli

bir iş yok. Yaş 43, 4 çocuk var, anne baba, evde 8 nüfusuz. İş güc yok, biraz sıkıntılar var. Ne yapacağımı bilmiyorum, sıkıntılı yani durumlar.” G0-2

“Daha önce param olmadığı için gidemiyordum (geçen sene), şimdi devletin sunduğu imkandan dolayı gidebiliyorum, bir buçuk aydır gidiyorum. Geçen sene yoktu gidemedim, rahatsızlığım oldu ama gidemedim maddi durumdan dolayı. Gözlüklerim kırıldı, 4-5 senedir takmıyorum. Normalde kadın doğuma gitmem gerekir, en küçük soğuk algınlığında da gidemedim.” G0-4

Reçete ve Muayene Katılım Payları

Katılımcılardan 2 kişi reçete ve muayene katılım payları ile ilgili bir ödeme yaptığının farkında değildir, farkında olmamalarının sebebi bu kişilerin emekli olması nedeniyle bu ücretlerin maaşlarından kesiliyor olması ve maaşlarından kesilen ilaç yüzdelerinden dolayı bir farkındalıklarının olmamasıdır.

“Hayır ödemiyoruz, hastaneye gidiyoruz, acile gidiyoruz, ilacın yüzdesini maaştan kesiyorlar başka bir ücret ödemiyoruz.” 4c-3 Emekli

Katılımcılardan 1/3’ü (9 kişi) kamu sağlık hizmetlerindeki dönüşümü olumlu gelişmeler olarak görmekte ve bu nedenle reçete ve muayene katılım payları ile ilgili yaptıkları ödemeleri normal bir ödeme olarak görmektedir. Bu katılımcıların bazıları her ne kadar katılım paylarını normal olarak karşılasalar da bu ödemeleri yapmakta zorlandıkları kendi ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“Vallahi önceden böyle bir şey yoktu... Bunun bir şeyi de yok, bence bir zararı yok, ya alması da lazım ama yani. Yani bir şey varsa karşılığında, bir hizmetin karşılığında olması lazım. O kadar abartılı da bir şey değil yani... Belki hafif de olsa bir gelişme olduysa bunun karşısında da olabilir (ücret) ve büyük bir şey de değil yani. Çok böyle aşırı bir şey değil.” 4c-6 Çalışan

“O da olsun o kadar katlanalım. Benim aldığım ilaçlar 6-7 milyon, muayenede 5 milyon, 10 milyon tutuyor, babadan parayı alıp veriyoruz.” G0-6

“Yok ya buluyoruz, o kadar da alacak. Ben şimdi diyelim ki hastaneye gidiyorum, film çekmişim, ışına girmişim ondan sonra da ilaç almaya gitmişim, 30 lira diyor, cebimde 50 lira var bana ağır geliyor, kalanı bana 20 lira! Ama çok görmemek gerek, o kadar olacak diyorum.” G0-1

“Muayene ücretini ilaca yansıtıyorlar, geçen ilaç alırken 30 TL verdim, önceden 1-2 kez muayene olmuşum onu yansıtmışlar. Sen zaten SSK’lısın, o biraz çelişkili bir şey, ama ona cevap vermek zor, iyi desende olmaz kötü desende olmaz. Hem SSK’lısın hem muayene parası veriyorsun.” 4a- 6 Çalışan

“Eskiden ödenmiyordu galiba. Bir şekilde bu sistemin dönmesi lazım cüzi bir miktar ödenebilir.” 4b-5 Çalışan

Katılımcılardan 17 kişi reçete ve muayene katılım paylarını olumsuz olarak değerlendirmektedir. Bu 17 kişiden 11’inin reçete ve muayene katılım payları ile ilgili yaptıkları ödemeleri ekonomik sıkıntıları nedeniyle ki bunların çoğunluğu G1 ve G0 statüsündedir, olumsuz olarak değerlendirdiği ancak “buna karşı ne yapılabileceğini bilmeme” ve “çözumsuzlük” içinde ödemeye “mecbur” hissettikleri anlaşılmaktadır.

“Bir iki muayene olduğunda ilaç yazılmıyor, sonra gittiğinde ilaç yazılıyor, 30-40 lira oluyor, niye böyle çok oluyor diye soruyorsun eczacı açıklıyor... birikince çok oluyor.... Ya tabi çok falan diyoruz, niye böyle oldu diye soruyoruz (eczacıya), bi de üstüne ekleniyor, biraz yüklü oluyor, ama yapçakta bir şey yok, ödüyoruz yani... Olmasa daha iyi olurdu, yani bilmiyorum ki!” 4a-5 Çalışan

“Eskiden muayene ücreti yoktu, 2010’dan beri alıyorlar galiba. Muayene için 8 lira maaşımızdan kesiliyor, ilacın yüzdesini eczaneye veriyoruz. Yani emekli için zor, zaten bize sormuyorlar ki maaşımızdan kesiyorlar. Emekli zaten borç harç içinde, maaşı sağa sola dağıtıyoruz 10 günde bitiyor.” 4b-1 Emekli

“Ne yapabilirim, bu ilacı almak zorundayım aldım. Ben de herhangi bir ilacımı bedava almak isterim, ama öyle bir şansım yok.” G0-4

“Eskiden ilacın yüzdesini ödüyorduk, şimdi çok düşüğe olsa alınıyor. O anki bütçe durumuna bağlı, 25-30 TL olduğu zamanlar oluyor, düşük gelirli aileyi zorluyor, kuzu kuzu ödüyoruz.” G1-1

“Hastanede bir sıkıntı yok, eczaneye gittiğinizde tahsilat yapılıyor. Eczane niye bir önceki kurumun ücretini alır, o da çok enteresan! Her türlü reklamı yapıp ücretsiz diye sonra ücret alınması çok komik!” G1-3

Ekonomik sıkıntıları nedeni ile bu ödemeleri yapmakta zorlanan bir katılımcının, eczacıyla yaptığı tartışma, bu soruna ilişkin “çözumsuzlüğe” karşı tepkiyi açıkça yansıtmaktadır.

“Ben onu ödeye ödeye neredeyse elbisemi satacam. Her kayıt yaptığımda, barkod aldığımda 5 TL. Bazı günler 4-5 branş bakıyor, nöroloji, kardiyoloji, dahiliye. Her seferinde 20-30 ödüyorum, yol masrafı hariç. Bir Allah bilir, bir ben bir de bilgisayar bilir. Rapor olduğu halde çocuğun mamasına 135 TL ödüyorum, rapor olmasa 750 TL!... Geçen Marmara’nın karşısındaki eczane ile tartıştık. Çocuk hastanede yatıyor, 5 günlük mama yazdılar, hastanede reçeteyi onayladı, 35 TL istedi (muayene parası), yatan hasta olduğu için mama parası istemedi. Üstümde para yok dedim, sonra getiririm dedim, yok vermedi, tartıştık. “Bunu verirsem bu para benim cebimden çıkar, mamayı veremem” diyor. Ben çocuğuma zerre kadar haram yedirmem, helal yediririm dedim. İnsanlık duygusu kabardı, bana inancı geldi, ondan verdi mamayı. Sonra ben sağdan soldan buldum, adamın parasını verdim o gün.” G1-2

Katılımcılardan sosyal ve sağlık güvencesine sahip olanlardan diğer 4 kişi ise reçete ve muayene katılım payları ödemelerini, olumsuz olarak değerlendirmekte ancak tepkisiz kaldıkları görülmektedir. Tepkisizliğin ana nedenlerinin “baskı ortamı”, “değişime inançsızlık” ve “örgütsüzlük” olduğu anlaşılmaktadır. Bu kişiler dönüşüme eleştirel bakarken bu dönüşüme karşı örgütsüz, eylemsiz, pasif bir düşünsel tepki içindedirler.

“Yani ben devlete sigorta primi ödeyeceğim sağlık için akabinde de muayene olmaya gittiğimde 20-30 TL ödeyeceğim. Bence büyük haksızlık, benim zoruma gidiyor, adil bulmuyorum. Sadece asgari ücretle geçinen aileler var ve bu onlar için büyük bir miktar. Bu durum artık sağlık kuruluşlarının çok da sağlıklı işlemediğini gösteriyor bana finansman açısından... Tepkim olmadı, çünkü bu tepkilerin yerine ulaşacağına inanmıyorum. Bu kararları alan kurumların, kuruluşların zaten bu kararları alırken halkı düşünerek hareket ettiklerine inanmadığım için tepki göstermenin de işe yarayacağına amacına ve yerine ulaşacağına inanmıyorum... Sonuçta televizyondan, medyadan tepki veren insanların neredeyse aforoz edildiğini görüyoruz, hırpalandığını görüyoruz ki bu insanlar çok sesli insanlar, gruplar halinde toplanıp seslerini duyurmaya çalışan insanlar... O çok sesli gruplar kaile alınmıyorsa siz zaten önemsenmeyeceksiniz diye düşünüyorsunuz.” 4a-7 Çalışan

“Katılım payları yükseldi, dolayısıyla 3 kuruşluk bir ilaç için 10 kuruş harcamak zorunda kalıyorsunuz... Buna karşı içten buğz ediyoruz. Buğz etmek denir ya, elinden bir şey gelmiyorsa, ona içinden lanet oku der gibi bir şey. Çıkıp da toplumda hani tamamen yok demeyeyim ama dayanışma kültürü var, çok az da olsa var. Toplum buna topyekün tepki koymalı. Ha diyebilirsiniz ki “sen de başla bir yerden”. Ama işte “sen de başla” olunca, bir yerde deli muamelesi görüyorsunuz. Yani ne yapacağım ki ben gidip, yani hastanede bayrak açsam, polis beni alıp götürür.” 4c-4 Çalışan

“Her şeyi paraya döktüler, bugün şeffaf devlet diyoruz, vatandaşa hizmet edecek devlet diyoruz, zaten primini ödüyorsun, doğru bulmuyorum. Devlet her şeyden vergi alıyor, vatandaşın cebine gözünü dikmiş, veremeyecek durumda olanlar var, pek doğru bulmuyorum, sosyal devlet anlayışına yakışmıyor... Kızıyoruz çevremizdekilerle konuşuyoruz. Biz çağdaş köle gibiyiz, çok şükür bugünde aç kalmadık diyen bir toplum var. Bana dokunmayan yılan bin yaşasın deniyor, ama yılan hepimizi zehirliyor. Tepkim var, ama arkanızda güç yok, kendi kendimize bireysel. Kendimizi toplu ifade edemiyoruz, vatandaşta bilinçli değil. Toplulaşsa terörize edenler olabilir, tepki verende karşısında ki poliste öyle.” 4b-2 Çalışan

“Eskiden cebimizden çıkmıyordu.. Ekonomik sıkıntısı olduğu için, açıkçası iyi karşılamıyoruz... Tepki yaptım desem yanlış olur. Ha tepkimi nerde veririm, gider tepkimi sandıkta veririm. Sokağa çıktım bişey yaptım desem yanlış olur. Hoşumuza gitmiyor ama bir birey olarak olmuyor ki örneğin, kahveye gidiyorsun, yav hadi gidelim diyorsun, tabipler bişey yapıyor diyelim yan tarafında bir kalabalık oluşsun, yav banane diyor, bende o yüzden gitmiyorum. Vatandaş duyarsız, bende o zaman bir kişi olarak neden gideyim ki diyorum. Ama kamuoyu olayı çok güzel bir şey. İşyerinde çalışırken işyerinde bir olay olmuştu, sendika başkanımızla E5’e çıktık (Birleşik Metal İş), en az televizyona çıkmadıysak 50 kere çıktık, şimdi sendika kalmadı ki...Yani gittiğin zaman (tepki verdiğin zaman) başka nedenlerden seni etkisiz hale sokuyorlar.” 4a- 4 Emekli

Katılımcılardan sosyal ve sağlık güvencesine sahip ve sendikal anlamda örgütlü olan 2 kişi ise reçete ve muayene katılım payları ödemelerini olumsuz ve eleştirel değerlendirirken bunlardan biri eylemsel tepkisellik içinde iken diğerinin herhangi bir eylemsel tepkisi olmadığı anlaşılmaktadır. Örgütlü ve eylemsel tepkisizlik içinde olan katılımcı kendince “pasif bir düşünsel tepki” içindedirler hatta eylemler konusunda sendika tarafından bilgilendirildiğini ve eylemleri “mail ortamından takip ettiğini” belirtmiştir.

“Yani ben kendi adıma konuşayım, benden sağlık sigortası adına kesilen bir para var maaşımdan, bu konuda yeterli olması gerekirken, ayrıca birde üstüne ücret alınıyor bizden, reçeteye para, muayeneye para bu tam anlamıyla bir soygundur.... Sendika anlamında iş bırakma eylemleri yaptık ve yani en etkili oydu. KESK’in TTB ile birlikte eylemleri oldu sağlıkta ki dönüşümlere karşı basın açıklamaları oldu, yürüyüşler yapıldı yani. Bu eylemler halkla bütünleştirilemedi. Yani toplumda azınlıktaysan yapacakların sınırlı yani, ne yapacaksın! Toplumu hareke geçirecek olan asıl şey partilerdir. Bu konuda diğer partiler ne yaptı, memnun olmayan partiler ne yaptı onu sormak gerek,

onlar hiç bir şey yapmadı, bizim eylemlerimize bile destek olmadılar, asıl tepkisiz olanlar onlardır!” 4c-1 Çalışan

“...Buna karşı bir tepkim, yani Eğitim-Sen’liyim. Eğitim-Sen’li olarak da hani bu tür eylemlere çok gittiğimi söyleyemem ama hani tepki noktasında, eylemsel bir tepkim olmadı... Tepki verilmesi gerekiyor tabi ama iş yoğunluğu ve ihmalkârlık. Yoksa Eğitim-Sen’den takip ediyorum, eylemleri, sağlık çalışanlarının eylemleri de oluyor. Onları mümkün olduğu kadar mail ortamından takip ediyorum, okuyorum. Yani onun dışında fiili bir eylemsel hareketim olmuyor. O da ihmalkârlık olarak görülebilir.” 4c-5 Çalışan

5.2.4. Sağlık Hizmeti Kullanıcıları ile Yapılan Derinlemesine Görüşmelerin Değerlendirilmesi

Alan araştırması kapsamında 28 sağlık hizmeti kullanıcı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Alan araştırmasında görüşülen kişilerin sağlık sisteminin dönüşümü ile ilgili farkındalık düzeylerinin çok düşük olduğu görülmüştür.

Aile Hekimliği Sistemi

Görüşme yapılanların yaklaşık 1/3’ünün (10 kişi) aile sağlığı merkezlerini kullanmadıkları görülmüştür. Aile sağlığı merkezlerini kullanmama nedeni olarak “ihtiyaç duymadıklarını” ve “güvenmediklerini” belirtmişlerdir. Aile sağlığı merkezleri ağırlıklı olarak sağlık güvencesinden yoksun olan, G0 ve G1 statüsünde olanlar, “ev hanımları” ya da emekli ve kronik hastalıklara sahip kişiler tarafından raporlu ilaçların yazdırılması amacıyla kullanılmaktadır. Sağlık Ocağı Sistemi’nden Aile Hekimliği Sistemi’ne geçişle birlikte 1. basamak sağlık hizmetleri kullanımının katılımcılar arasında arttığı görülmekle birlikte bu artışın kaynağının sağlık güvencesinden yoksun olan kesimlerden ve G0 ve G1’li olanlardan kaynaklandığı görülmektedir.

Katılımcıların yaklaşık 2/3’ü (18 kişi) aile sağlığı merkezlerini kullanmaktadır. Ancak aile sağlığı merkezini kullanan katılımcıların sadece 1/4’ü (5 kişi) gittikleri aile hekimine güvenirken, yaklaşık 1/4’ü (4 kişi) güvenmediği açıkça belirtmiş, yaklaşık 1/4’ü (5 kişi) sadece raporlu ilaçlarını yazdırmak için aile hekimine gittiği ve yaklaşık

1/4'ü (4 kişi) sadece “ciddi olmayan hastalıklarda” aile hekimine gittiğini belirtmiştir. Dolayısıyla her ne kadar aile sağlığı merkezlerine güvenmediklerini açıkça belirtmeseler de aile sağlığı merkezlerine olan güven düzeylerinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

Diğer taraftan görüşülen katılımcılardan aile sağlığı merkezine gidenlerin tamamı “sağlık ocağı”na gittiklerini ifade etmiştir. Katılımcılar için “sağlık ocağı”nda gittikleri hekim, şu an “aile hekimi” olmuştur. Ancak herkesin bir “aile hekimi” olması gerektiği bilinmektedir. Bunun dışında aile hekimliğe geçişin getirdiği diğer uygulamalardan haberdar olmadıkları görülmektedir.

Kamu Hastane Hizmetleri

Sağlık hizmeti kullanıcısı katılımcılarının çoğunluğu sağlık sistemi dönüşümünü olumlu bulmaktadır. Sağlık sisteminin dönüşümünden anlaşılan ve olumlu bulunan özellikle kamu hastanelerinin birleştirilmesi böylece herkesin daha önce gidemediği hastanelere gidebilme imkanının olmasıdır. Diğer taraftan hastane randevularının merkezileşmesi, telefon ya da internet üzerinden randevu alınabilmesi ve hastane içindeki bürokratik işlemlerin azalması ile kamu sağlık hizmetlerine eskisine nazaran daha kolay ulaşabildiklerini belirtmişlerdir. Diğer taraftan bütün eczanelerden ilaç alınabilmesi de olumlu bir değişim olarak değerlendirmektedir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı (13 kişi) randevu alabilme, randevu bekleme sürelerini kamu hastanelerine ulaşım anlamında genel olarak olumlu değerlendirmekle birlikte, bu kişilerden 4'ünün kamu hastanelerinde ki yoğunluktan dolayı özel hastanelerden de yararlandığı anlaşılmaktadır. Görüşme yapılanların yarısının (14 kişi) SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından hizmet aldıkları görülmektedir. Bu kişilerden 8'i kamu hastanelerindeki randevu alma zorluğu ve geç randevu verilmesi nedeniyle özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiklerini belirtmiştir. Sonuç olarak katılımcıların yaklaşık 2/3'ünün (22 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerine ulaşımı aslında olumsuz olarak değerlendirdiği söylenebilir. Dolayısıyla dönüşümü olumlu

bulduklarını söylemekle birlikte aslında kamu sağlık hizmetlerine ulaşımın o kadar kolaylaşmamış olması nedeniyle özel hastahaneleri tercih ettikleri görülmektedir.

Kamu Hastanelerine Güven

Katılımcıların 1/4'  (7 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerine koşulsuz bir şekilde güvendiklerini belirtmişlerdir. Kamu hizmetlerine koşulsuz güven ağırlıklı olarak ekonomik yoksunluklar ve sosyal güvenceye sahip olmamakla ilişkili gözükmektedir. Katılımcıların yaklaşık 1/6'sının (5 kişi) kamu hastane sağlık hizmetlerine olan güvenlerinin kurumdan kuruma değişkenlik gösterdiği; yaklaşık 1/5'inin (6 kişi) güvenlerinin hekimden hekime değişkenlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Katılımcılardan 8 kişinin ise kamu hastane sağlık hizmetlerine güvenmedikleri ve 2'sinin ise "zorunluluk" şeklinde güvendikleri göz önüne alındığında katılımcıların yaklaşık 1/3'ünün kamu hastane sağlık hizmetlerine güvenmedikleri anlaşılmaktadır.

"Bıçak Parası"

Katılımcılar arasında kamu hastanelerinde gerçekleştirilen ameliyatlarda cerrahların açıktan aldıkları etik dışı ödeme, halk arasında "bıçak parası" şeklinde adlandırılan ödeme biçimine olan genel kanaati "eskiden vardı şimdi yok" şeklinde iken katılımcılar arasında bugüne dek kendisi, akrabaları ya da arkadaşları arasında ameliyat öyküsü olan 15 kişiden 5'i bir şekilde etik dışı ödeme biçimini son dönemde kamu hastanelerinde yapılan ameliyatlarda yaşantısında deneyimlemiştir. Bu yaşantılar sağlık sisteminin dönüşümü ile birlikte "bıçak parası"  demesinin azalarak da olsa devam ettiğini göstermektedir. Ayrıca sağlık sisteminin dönüşümü ile birlikte sevsiz özel hastanelerden yararlanmayla birlikte "bıçak parası"nın biçim değiştirdiği, kamuda çalışan hekimin hastasını özelde ameliyat ederek bu paranın açıktan hasta-hekim arasında değil de hasta-özel hastane aracılığı ile hekime aktarıldığı anlaşılmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası

Alan araştırması kapsamında görüşülen kişilerin Genel Sağlık Sigortası ile ilgili farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaklaşık 1/3'ü (8 kişi) kendisini GSS'li veya SGK'lı olarak görmektedir, geri kalanı ise eski sosyal güvenlik veya sağlık güvencesi kurumunun mensubu olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çok büyük çoğunluğu sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesinden habersizdir. Sadece 3 katılımcının sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ile ilgili bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla GSS ile getirilmek istenen uygulamaların farkında olunmadığı görülmektedir.

Sağlık Güvencesinden Yoksunluk

Kamu hastane hizmetlerine ulaşımın sağlık güvencesi ile ilişkili olması nedeniyle “sağlık güvencesinden yoksun” olan kesimlerin acil hizmetler dışında kamu hastane hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Alan araştırmasının yapıldığı tarih itibari ile toplam 28 kişiden 3'ü sağlık primini ödeyememeleri veya birikmiş sağlık prim borcunu ödeyemedikleri için SGK kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Bir önceki sene 2 kişi daha benzer durumda olduğunu belirtmiştir. Bu kişiler sağlık güvencesinden yoksun oldukları için 1. basamak sağlık hizmetlerinden ve acil hizmetler dışında kamu hastane hizmetlerinden yararlanamamış ve ilaçlarının bedellerini kendi ceplerinden karşılamak zorunda kalmışlardır, hatta bazıları kronik rahatsızlıkları için gerekli olan bazı ilaçlarını bu nedenle de alamamıştır. Bu durumun kendisi, oranların sayıların ötesinde en temel insan haklarından olan “sağlık hakkı”ndan mahrum olmayı ifade etmesi itibari ile sağlık sisteminin dönüşümünün en somut gerçekliğini ortaya koymaktadır.

Katılım Payları

Sağlık hizmeti kullanıcısı katılımcıların, sağlık sisteminin dönüşümü ile ilgili genel farkındalık düzeylerinin çok düşük olmasına karşın, bu dönüşümle birlikte uygulanmaya başlanan katılım payları ile ilgili 2 kişi hariç (26 kişi) bilgi sahibi

oldukları görülmektedir. 2 kişi ise emekli olmaları nedeniyle maaşlarından yapılan reçete ve muayene katılım payları ödemelerinden habersizdir.

Katılımcılardan 1/3'ü (9 kişi) kamu sağlık hizmetlerindeki dönüşümü olumlu gelişmeler olarak değerlendirmekte ve bu nedenle katılım payları ile ilgili yaptıkları ödemeleri normal bir ödeme olarak görmektedir. Bu katılımcıların 6'sı SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından yararlanmakta ve katılım payı ödemelerini de küçük miktarlar olarak değerlendirmektedirler. Her ne kadar olumlu olarak değerlendirseler de görüşme yapılanlardan 4'ünün bu ödemeleri yapmakta zorlandıkları anlaşılmaktadır. Örneğin katılım payı ödemeleri konusunda zorlanan 4 kişiden 1'i "muhafazakar"lığı nedeni ile eşinin kadın hekime gitmek için özel sağlık kuruluşlarından yararlanan bir kişi katılım payını ödemekte zorlansa da bu ödemeyi "normal" görmektedir. Katılım payları ödemelerinde zorlanan bu katılımcıların "muhafazakar"lıkları ve siyasal iktidara yakınlıkları nedeniyle kendi ekonomik çıkarlarına ters bir uygulama olsa da bunu normalleştirdikleri görülmektedir.

Katılımcılardan 17 kişi reçete ve muayene katılım paylarını olumsuz olarak değerlendirmektedir. Bu 17 kişiden 11'inin reçete ve muayene katılım payları ile ilgili yaptıkları ödemeleri ekonomik sıkıntıları nedeniyle ödemekte zorlanmaktadır ve bunların çoğunluğu G1 ve G0 statüsündedir. Bunların dışında sosyal ve sağlık güvencesine sahip olanlardan 4 kişi de reçete ve muayene katılım payları ödemelerini, olumsuz olarak değerlendirmektedir.

Tepkisizlik

Katılımcılardan sosyal ve sağlık güvencesine sahip ve sendikal anlamda örgütlü olan 2 kişi de reçete ve muayene katılım payları ödemelerini olumsuz ve eleştirel değerlendirmektedir. Ancak sadece biri bu olumsuz düşüncesini, tepkisini sağlıkta dönüşüme karşı yapılan eylemlere katılarak göstermiştir. Dolayısıyla her ne kadar olumsuz görüşler olsa da bir tepkisizlik söz konusudur. Tepkisizliğin ana nedenlerinin ise "buna karşı ne yapılabileceğini bilmeme", "baskı ortamı", "değişime

inançsızlık” ve “örgütsüzlük” olduğu anlaşılmaktadır. Bu kişiler dönüşüme eleştirel bakarken bu dönüşüme karşı örgütsüz, eylemsiz, pasif bir düşünsel tepki içindedirler.

Tepkisizliğin bir nedeninin de dönüşüm ile ilgili farkındalığın düşük düzeyde olması olduğu düşünülmektedir. Alan araştırması kapsamında görüşülen kişilerin Aile Hekimliği Sistemi, Genel Sağlık Sigortası ve kamu hastanelerindeki hizmet üretim süreçlerindeki değişim ile ilgili farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili ise bir kişi dışında bilgisi olan yoktur. KHB Kasım 2012 itibari ile yürürlüğe girmiştir ve yeni bir uygulamadır dolayısıyla bu konuda farkındalığın olmaması kısmen anlaşılabilir olmakla birlikte getireceği değişikliklerin ciddiyeti düşünüldüğünde, hükümetin bu konuda olduğu gibi Aile Hekimliği Sistemi, GSS başta olmak üzere “Sağlıkta Dönüşüm Programı” konusunda toplumu yeterince bilgilendirmediği daha doğrusu bu dönüşümün gerçekliğinin toplumdan saklandığı ve tam tersi toplum çıkarına bir dönüşüm yaşandığı algısını toplumda yarattığı görülmektedir. Sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde kullanılan “aile” hekimliği, “genel” sağlık sigortası, “kamu” hastaneleri birlikleri gibi kavramlar da toplumda olumlu bir izlenim yaratmaktadır. Diğer taraftan sağlık sistemi dönüşümünün gerçekliği, sağlık meslek örgütleri, sendikalar ve bu dönüşüme muhalif partiler tarafından da topluma aktarılamadığı da ayrı bir gerçekliktir.

Ayrıca Türkiye Sağlık Sistemi Dönüşümüne karşı toplumda bir tepki oluşmamasının diğer bir sebebi de henüz bu sürecin geçiş aşamasında olduğumuzdan kaynaklanmaktadır. Söz konusu geçiş radikal bir şekilde değil aşamalı ve yumuşak bir geçiştir. Şu anki uygulama itibari ile acil hastane hizmetlerinden ve aile sağlığı merkezlerinden yararlanılabilmektedir. Gelecekte aile hekimliği sistemi ile GSS arasında ilişki kurulması aşamasında aile hekimliği hizmetlerinden yararlanabilmekte prim ödeme koşuluna bağlanacaktır. Genel Sağlık Sigortasının katılım payları uygulaması “küçük miktarlar” olarak uygulamaya yeni girmiştir, gelecekte katılım payı ödemelerinin miktarlarının artması ve uygulanmaya sokulacak olunan “temel teminat paketi” aşamasında toplum nezdinde sağlık sisteminin dönüşümüne ilişkin gerçekliğin daha da belirginleşeceği ve buna karşı tepkiselliğin ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

5.3. Sağlık Çalışanları ile Yapılan Derinlemesine Görüşme Bulguları

Alan araştırması kapsamında Aile Sağlığı Merkezinde çalışan 3 aile hekimi, Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan 1 pratisyen hekim ve 1 hemşire, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden çalışan 7 uzman hekim, Ağız Diş Sağlığı Merkezinde çalışan 3 diş hekimi ve bir üniversite hastanesinde çalışan 1 asistan diş hekimi ve 4 eczacı olmak üzere toplam 20 sağlık çalışanı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelere ait bulgular aşağıda yer almaktadır.

5.3.1. Sağlık Sistemi Dönüşümünün Gerekçesi

Sağlık çalışanları katılımcılarının 1/4'ü (5 kişi: 4 uzman hekim ve 1 eczacı) sağlık sistemi dönüşümünün gerekçesi olarak; eski sağlık sisteminin “hantallığı”, sağlık hizmet sunucularının çeşitliliğinin sağlık hizmetlerine ulaşımında sorunlara neden olması, 1. basamaktaki yetersizlikler ve ilaca ulaşım zorlukları gösterilmiştir. Bu dönüşümle birlikte, başta kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması ve 1. basamakta aile hekimliği modeline geçilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Hastaneler sigorta hastanesi, vakıf hastanesi, özel hastaneler, üniversite hastanesi diye bölünmüştü ve çok ciddi bir ayırım yapılıyordu... Bir de çok ilaç problemi vardı, SSK hastanelerinin özellikle. Sabahın 5-6'sında kuyruğa girerlerdi. Bazen 3 günde ilaçlarını alamazlardı. Eski sağlık sistemi hantaldı, işlemiyordu.” Uzman Hekim 1

“Kamu sağlık hizmetleri günün koşullarına uygun değildi, hantaldı. Şimdi sağlık sistemi eskiden daha iyi, erişim ve ulaşım daha iyi. Hastanın alternatif imkanlardan yararlanması söz konusu. Özelden hizmet alabiliyor, hekimini seçebiliyor. Teknolojik yeniliklerden yararlanma, fiziki altyapı daha iyi, insan gücünün kullanımı daha iyi.” Uzman Hekim 3

Sağlık çalışanları katılımcılarının yaklaşık yarısı (diş hekimleri hariç 9 kişi) eski sağlık sisteminin eksiklikleri-aksaklıkları neden gösterilerek kamu sağlık hizmetlerinin ve finansmanının “ticarileştirilmesi” “piyasalaştırılması” ve

“özelleştirilmesini” sağlık sisteminin dönüştürülmesinin temel gerekçeleri olarak görmektedir.

“Vatandaşın sağlığa ulaşması daha nitelikli sağlık hizmetinden yararlanması hedeflenerek böyle bir şey yapılmadı. Daha önce Türkiye’de uygulanan sağlık sisteminde aksayan bir sürü yön mevcuttu ama aksayan yönleri düzeltmeye gitmeden... Aksayan yönlerin sebebini de sağlık çalışanlarına yıkarak kendi kafalarındaki piyasacı sağlık sistemini yerleştirmeyi hedeflediler... Bunun da birinci basamaktaki sağlık ocakları sistemi yerine aile hekimliği sistemi getirilerek daha işin piyasacı ve ticari boyutuyla bir şey yaratıldı. İkinci basamakta kamu hastaneleri birliği ile bu ticarileşmenin hayata geçirilmesi hedeflendi. GSS ile de bu işin finansal yükünü de topluma aktardılar. Genel olarak işin bu sağlıkta dönen paranın daha yaygınlaşması ve büyümesi hedeflendi.” Pratisyen Hekim 1

“Yani muhtemelen bu işin maddi yönünü özel sektöre devretmek için bir sistem yaratmak sonra onu özel sektöre devretmek amaçlı başladığını düşünüyorum... Ha eskiden nasıldı, evet yani, mutlaka bir takım eksikler vardı, çokça da eksik vardı. Ama burada, bu eksiklikleri gidermek amacıyla yapılmış bir şey değil diye düşünüyorum ben.” Uzman Hekim 7

Sağlık çalışanları katılımcılarından dış hekimlerinin tamamı (4 kişi) bu dönüşümün temel gerekçesinin “oy için yapılmış” olduğu görüşünü paylaşmaktadırlar. Katılımcılar arasındaki dış hekimleri kendi çalışma alanı dışındaki sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanı konusunda bilgi sahibi olmamakla birlikte bu dönüşümü kendi çalışma alanları itibari ile değerlendirmişlerdir.

“Oy için yapılmış, oy toplamak için yapılmış merkezler (ADSM) başka hiçbir şey değil, göz boyuyor, içi boş (ADSM)” Dış Hekimi 4

Sağlık çalışanlarından 2’si ise dönüşümün gerekçesi konusunda görüş belirtmemiştir. Ayrıca bütün sağlık çalışanları kamu hastanelerinin birleştirilmesinden ve sosyal güvence durumuna göre herkesin bütün kamu hastanelerinden faydalanabilmesini olumlu olarak değerlendirmektedir.

5.3.2. Genel Sağlık Sigortası

Genel Görüş

Sağlık çalışanı katılımcılarının yarısı (10 kişi) GSS konusunda bilgi sahibi değildir ve bu nedenle GSS ile ilgili sorulara cevap vermemişlerdir. Diş hekimlerinin tamamının (4 kişi) GSS ile ilgili bir bilgisi ve kanaati bulunmamaktadır. Sağlık çalışanlarının yarısının sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda bir bilgiye sahip olmayışı belki de bu araştırmanın en çarpıcı bulgularından biridir.

“O konuda bir bilgim yok, bir şey diyemeyecem. Beni etkileyen kısmı, çok fazla hasta, yoğunluk var.” Diş Hekimi 1

“Artık koy verdik, inanın takip etmiyoruz, ben işime bakarım. Memnuniyetsizlik, keyifsizlik her gün yeni bir angarya.” Aile Hekimi 3

GSS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (10 kişi) 3’ü (2 uzman hekim 1 eczacı) GSS’ye geçişi sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından olumlu değerlendirmektedir. GSS’yi olumlu olarak değerlendirenler sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından sağlık hizmetinden yararlananların buna maddi anlamda katkı yapması gerektiğini düşünmektedir.

“Bu iyi bir şey, Genel Sağlık Sigortası’na geçilsin. O sistemi götürebileceklerse, olsun tabii herkesin genel sağlık sigortası. Eskiden hastaneye gidince renk (para-nakit) alıyorlardı, önce parayı yatırma falan, bunlar ortadan kalkar, bunlar güzel şeyler... Herkese eşit davranırsan, herkese eşit sağlık hizmeti sunarsan: bir, finanse edemezsin iki, insanlar aslında eşitlikten yana değiller... Onun için o şey ütopya, herkese eşit, bedava sağlık hizmeti bir ütopya. Altından kalkamazlar, hele de bu kadar teknoloji geliştikten sonra. Onun için şöyle zannedilmesin: “şey bir doktora denk geldik, paralı-pullu olsun her şey” falan. Hiç mi vicdan yok falan diye algılama. Öyle değilim ama geldiğim nokta bu.” Uzman Hekim 1

“GSS’yi olumlu buluyorum, çünkü sağlık hizmetine ulaşan insanın sorumluluk sahibi olması lazım, maddi olarak. GSS uygun bir model.” Uzman Hekim 3

GSS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (10 kişi) 7’si (diş hekimleri hariç her meslek grubundan kişiler) sağlık hizmetlerinin finansman modeli olarak GSS’ye geçişi olumsuz değerlendirmektedir. GSS’yi olumsuz olarak değerlendirenler temel olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmanın prime bağlanması ve prim ödeyemeyenlerin kapsam dışı kalması nedenleriyle bu finansman modelini olumsuz olarak değerlendirmektedir.

“Sonuçta devlet burada daha geniř bir kitleden prim alarak sistemi bütünüyle bunun üzerine kurmayı dūřünüyor, fazla olumlu bir řey deęil... İleriki dönemde prim ödeyemeyenlerin hizmet alamaması gibi olumsuzluklar olabilir, ciddi sorunlar yařanabilir.” Aile Hekimi 1

“şöyle bir şeyse Genel Sağlık Sigortası, tüm vatandaşları kapsayan, onların her türlü sorununda yanında olan bir sistemse bu güzel bir şey dersin ama öyle olmadığını biliyoruz. Artık hasta prim ödüyor. Eee peki ben o zaman vergi neden ödüyorum?... Ücretsiz alayım bu hizmeti. Bence bu finansman modeli zannediyorum özelleştirmeyi teşvik için getirilmiş bir düzen.” Hemşire 1

GSS’nin Kapsamı

GSS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (10 kişi) 3’ü (2 uzman hekim 1 eczacı) GSS’nin toplumun tamamını kapsadığı ve herkesin GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlandığı görüşünü paylaşmaktadır. Hatta bu katılımcılardan biri, gelir testi sonucunda prim ödeme yükümlülüğü olanlardan prim ödeyememe sebebi ile sağlık hizmetlerine ulaşamama gibi bir mağduriyete, Sağlık Bakanlığı’nın ve kültürel değerlerden dolayı toplumun da izin vermeyeceğine dair bir görüşe sahiptir.

“Yeşil kart vardı zaten, yeşil kartlılar buna döndü ve ihtiyacı olan herkese devlet vereceğini taahhüt etti zaten. deyemeyecek olana veya 35 TL’yi veremeyecek olana da taahhüt etti. Yani, kimsenin gidip de kapılarda falan kalacağını zannetmiyorum. Kimsenin parası olmadığı için bu ülkede öleceğini zannetmiyorum. Bakanlık buna müsaade etmez, buna toplumun ruhu da müsaade etmez. Bir komşu kapar onu, getirir. ıkartır parasını da verir icabında. Genel Sağlık Sigortası’nın o anlamada olumlu olduğunu biliyorum.” Uzman Hekim 1

GSS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (10 kişi) 7’si ise (diş hekimleri hariç her meslek grubundan kişiler) GSS’nin tüm toplumu kapsamadığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Bazı hastaları hastaneye yönlendiriyorum, mesela “genel sağlık sigortam yok” deyip gidemeyebiliyor, böyle hastalarım çok, ilacını bile alamayan hastalarım var. Bu durumda yeterli değil, “güvencem yok nasıl gideyim” diyebiliyor insanlar. Sonucunun kötü olacağını bile bile gidemiyor hastaneye, yok çünkü elinde yoksa nasıl gidecek. Dn biri geldi yine, ağrısı var akciğerine bakılması lazım, hastaneye git film ektir, kemiğine de bakılması lazım diyorum, “gidemem doktor hanım, kesinlikle gidemem” diyor. Genel sağlık sigortası deniyor ama halkın tamamını maalesef kapsamıyor.” Aile Hekimi 2

“Yeşil kartlıları ilk etapta genel sağlık sigortası sistemine dâhil ettiler ama değerlendirme sonucu bunların bir bölümü kendisi prim ödemek zorunda kalıyor. Onun dışındakiler ya prim ödüyor ya sistem dışında kalıyor. cret alınmayanlar sisteme hiç ulaşamıyor yani herkesi de kapsamıyor.” Pratisyen Hekim 1

GSS ile Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri –Temel teminat Paketi-

GSS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (10 kişi) 3’ (2 uzman hekim 1 eczacı) GSS’nin sağlayacağı sağlık hizmetlerinin kapsamında bir daralma olmayacağı, bu şekilde devam edeceğı görüşünü paylaşmaktadır. Hatta bununla ilgili GSS kapsamında bazı kronik hastalıkların tedavisinde ilave bir ücret ödemeksizin özel sağlık kuruluşlarından dahi hizmet alındığını örnek göstermişlerdir.

“Toplumda hala özel hastanelere karşı bir korku ve önyargı var. Bunlar bedava der, az para alacağız deyip, bizi soyarlar sonra, yüksek fatura çıkar diye. Halbuki kanser, kardiyoloji hastaları GSS kapsamında bu hizmetlerden özelde para alınmadan yararlanıyor.” Uzman Hekim 1

GSS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (10 kişi) 7’si (diş hekimleri hariç her meslek grubundan kişiler) GSS’nin sağlayacağı sağlık hizmetlerinin kapsamında gelecekte bir daralma olacağı görüşünü paylaşmaktadır.

“Kronik hastalıklar yaygınlaştıkça bazı birimler diyebilir, diyabet hastasının bazı şeylerini ödemeyebilirler, kapsam daralabilir yani. Özel sağlık sigortası gibi uygulanmaya başlanacak teminat daralacak buna inanıyorum.” Aile Hekimi 1

“Araba sigortası gibi bir uygulama, senin kaskon neyi kapsıyorsa ondan yararlanabileceksin, yarın öbür gün yaptığınız sigorta kanser tedavinizi ya da ameliyatınızı karşılamayabilecek, tedavisi yapılmayacak, şimdi bir sorun yok gibi ama gidişat onu gösteriyor.” Aile Hekimi 2

“Yani kendi adıma da kaygı duyduğum şeylerden birisi, hasta olarak doktor olarak değil, yani bir süre sonra, belli hastalıklarda, uzun dönem bakım gerektiren, pahalı tedaviler gerektiren şeylerin kapsam dışı kalması. Yani bu sadece sağlık değil, tüketimle ilgili şeylerin genel mantığı bu. Çoğunluğun işini halledersek yeterli olur, azınlıktaki insanların problemleri çözülmesine de onların sesi o kadar çok çıkmaz zaten.” Uzman Hekim 7

Katılım Payları

Katılım payları konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (11 kişi) 3’ü (2 uzman hekim 1 eczacı) reçete ve muayene katılım paylarını, “gereksiz kullanımları engellemek” ve “kullandığı sağlık hizmetinin maddi sorumluluğuna katılmak” anlamında doğru bir uygulama olarak değerlendirmekte ve genelde hastalar için bir sorun yaratmadığı görüşünü paylaşmaktadır. Bu uygulamanın doğruluğunu savunan buradaki eczacı diğer eczacıların aksine bu ödemelere aracılık etmekten de şikayetçi değildir. Ayrıca hastaların da bu ödemeler konusunda şikayetçi olmadığını belirtmiştir.

“Burada amaç, belki de para kazanmak değildir de, füzuli gelişleri engellemektir. Bir taraftan, halkın cebinden para çıkmayacak dedik, diğer taraftan da 8TL almaya başladılar. Bunu topladığın zaman yekûn tutabilir. Yoksa normalde 5 TL kimse için para değildir. Ama inanır mısın, geçen gün hastanın biri benden dolmuş parası istedi, o da ayrı konu. Çıkarıp verdim.” Uzman Hekim 1

“Sağlık hizmetine ulaşan insanın sorumluluk sahibi olması lazım, kullandığı sağlık hizmetine maddi olarak katkı yapması lazım...” Uzman Hekim 3

“Düzenli olarak yapılırsa (ödense) sorun çıkmaz ama tek sıkıntı hepsinin birden çıkması, hastalarımızı mağdur ediyor. O noktada şikayetler geliyor. Şikayetler şu şekilde: “niye muayene ücreti ödüyorum değil, niye muayene ücretini çok ödüyorum” diye... Onun bilincinde olanlar yapmıyor, ama 10 lirayı ödeyip

*100 lirayı sonraya bırakanlarda çıkabilir (sistem dışından nakit ilaç alışı).”
Eczacı 2*

Katılım payları konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (11 kişi) 8’i, (dış hekimleri hariç her meslek grubundan kişiler) reçete ve muayene katılım paylarını, “kamu sağlık hizmetlerinin fiyatlandırma yoluyla özelleştirilmesi” anlamında ya da ödenen sağlık priminin dışında ayrıca sağlık hizmeti kullanımı aşamasında bu gibi ücretlerin alınmasını yanlış bir uygulama olarak değerlendirmektedir. Bu ödemelerin düşük gelirli hastalar için bir sorun yarattığı görüşünü paylaşmaktadırlar.

“Bu ülkede sağlık hizmetleri giderek paralı hale geliyor, vatandaştan alınan primlere ek olarak birde sağlık hizmetine ulaşmak için reçete ve muayene katılım payları altında ödemeler alınmaya başlandı... Önceleri ücretsiz olan kamu sağlık hizmetleri şimdi hizmet kullanımı aşamasında muayene-reçete katılım payları adı altında küçük miktarlarla başlayan ödemelerle kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirildiğini görüyoruz... Değişik kalemler altında vatandaş ek ödeme yapmaya devam edecek.” Pratisyen Hekim 1

“Ben şahsen bir tane muayene olup, bir tane reçete yazdırdığım zaman, bak sağlık çalışanıyım eskiden beş kuruş para ödemiyordum, iki ilaç aldığımda eczaneye 25 TL ödüyorum. Maaşımdan kesileni bilmiyorum, kesiliyor mu kesilmiyor mu bilmiyorum! Birçok şeyi de artık yazdırmıyorum parayla alıyorum (reçete yazdırmadan ilaç alıyor). 5 liralık ilaç için benden 8 lira alıyorlar. 2010’dan sonra katkı payları geldi, reçete katkı payı, muayene katkı payı, yeni ilaveler oldu. Şimdi vatandaşa soralım, vatandaş cüzdanına el atılmadıkça bağırılmaz!” Uzman Hekim 6

Özellikle eczacıların bu ödemelere aracılık etmekten de çok olumsuz etkilendikleri anlaşılmaktadır, çünkü reçete ve muayene katılım paylarını ödeme güçlüğü yaşayan insanların tepkileri ile eczacılar karşılaşmaktadır.

“Aşırı sorun oluyor. Hastalarla bu paralar yüzünden sürekli arbede içindeyiz. Ben o parayı devlete ödüyorum, hasta diyor “o parayı eczane alıyor”, “ben o muayene parasını ödemiştım” diyor. Ben senin muayene ücretin için hastalarla tartışmak zorunda değilim ki! Alma, zaten prim alıyor, 5 lirayı da alma... Senden muayene ücreti de alıyor fiyat farkını da alıyor, onu da alıyor bunu da alıyor.” Eczacı 1

“... Bugün gene vardı, bir kadın 100 lira borcu çıktı baktı olmuyor ben ilacı parayla alayım dedi. Her gün 3-5 böyle itiraz eden hasta geliyor rahatlıkla. Haftada bir bazen ayda 3-5 kere de katılım payı çok biriktiği için ilacını alamayanlar da oluyor, bunu ödeyemediği için ilacı parayla alıp sonra müsait zamanında bu borcu öderim diyenlerde oluyor.” Eczacı 4

“Yani maddi durumu kötü olan ve alamadan giden de var(ilacı). Hasta çocuğu ateşi var şeyi var ama bakıyor muayene parası çok almadan giden de oluyor.” Eczacı 3

Eczane gözlem sürecinde eczacıların neredeyse her hastaya onlar daha sormadan yapılan ödemenin ayrıntısı konusunda bilgi verdikleri gözlenmiştir. Reçete ve muayene katılım payları biriken 3 hastanın sistem dışından açıktan para ödeyerek ilaç aldıkları da gözlenmiştir.

5.3.3. Aile Hekimliği Sistemi

Sağlık çalışanı katılımcıların yaklaşık 1/3’ü (7 kişi) Aile Hekimliği Sistemi konusunda bilgi sahibi değildir ve bu nedenle Aile Hekimliği Sistemi ile ilgili sorulara cevap vermemişlerdir. Katılımcılar arasında dış hekimlerinin tamamı (4 kişi) ve hastanede çalışan 7 uzman hekimden 3’ü Sağlık Ocağı Sisteminden Aile Hekimliğine Sistemine geçişle ilgili bir bilgisi ve kanaati bulunmamaktadır.

Aile Hekimliği Sistemine Geçişin Gerekçesi

Sağlık çalışanı katılımcılarından Aile Hekimliği Sistemi konusunda bilgi sahibi olan 13 kişiden 4’ü 1. Basamaktaki sağlık personeli dağılımındaki sorunlar, yetersizlikler, eski sağlık ocakları sistemindeki eksiklikler ve “hantallığı” nedeni ile Aile Hekimliği Sistemi geçildiği ve bu dönüşümün hizmet sunumu açısından daha uygun bir model olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Sağlık ocakları hantaldı. Artık 1. basamağa daha rahat ulaşılabiliyor. Aile hekimleri insanların yaşadığı mahallede oluyor, insanlar daha rahat ulaşıyor.

2., 3. Basamağa kontrollü gidişi sağlamak için aile hekimliğine geçildi. Sevk zincirini sağlıyor. Aile hekimliği ile profesyonellik gelişti. Aile hekimliği daha iyi, daha verimli, disiplinli, çalışanlar daha istekli oldu.” Uzman Hekim 3

Sağlık çalışanı katılımcılarından Aile Hekimliği Sistemi konusunda bilgi sahibi olan 13 kişiden 9’u eski sağlık ocakları sistemindeki eksiklikler neden gösterilerek aile hekimliği sistemine geçildiği; bu dönüşümle birlikte devletin 1. basamaktaki sorumluluğunu sağlık çalışanlarına aktardığı, 1. basamak sağlık hizmetlerinin tedavi edici bir yapıya dönüştüğü ve “ticarileştiği” görüşü bu katılımcılarda yaygın olarak paylaşılmaktadır.

“İstanbul’da bir sağlık ocağında 30 hekim vardı ama muayene edecek oda yoktu. Ayda bir geliyorlardı işe. Bir yerde de o kadar çok hasta vardı ki iki hekimle gece gündüz 100-150 hasta bakmak zorunda kalıyorlardı, bölgeler arasında çok ciddi dağılım sorunları vardı.” Hemşire 1

“Bize söylenen birinci basamağın atıl durumda kaldığı, RPT dışında bir şey yapılmadığı işe yaramadığı, çalışmadığı söylendi. Buna da yine idareciler neden oldu, atıyorum 5 tane hekim ve hemşirenin çalışması gereken yere 25 kişi atadığınızda... Hani biraz bilinçli yapıldı veya yapılmadı bilmiyorum, ama yanlış politikaların sonucu 1. basamak o hale gelmişti. Bu durum tamamen yönetim zafiyetinden kaynaklanıyordu.” Aile Hekimi 2

“Devlet sanırım hizmet sunumundan kaçınıp doktor hemşire gibi personele devretmek istiyor. Eski sistem iyi denetlenip hizmet kalitesi arttırılrsa imkanlar arttırılsaydı daha iyi olabilirdi.” Aile Hekimi 1

“Buranın bütün giderlerini faturalarını biz ödüyoruz... Aile hekimliği şovunu bizim üzerimizden yapıyorlar, kamu işi yapıyorsunuz, kendi maaşınızdan binanın giderlerini ödüyorsunuz, personelin maaşını ödüyoruz, hesap kitap işleriyle uğraşıyoruz .” Aile Hekimi 3

“...Bu tarz şeylere geçildiği zaman ... ticari olarak düşünmeye başlıyorsunuz. Yani ben bunu yaparken nereden kaybederim, işte giderleri en aza indirmek lazım. Kendi kazancınızı belli bir şeyde tutmanız gerekiyor. Tabi bunlar olduğu zaman da halkın sağlığı daha ikinci plana itilmiş oluyor.” Uzman Hekim 4

Aile Hekimliği Sistemi Personeli –Ekip Çalışması-

Katılımcılardan 1. basamakta çalışanların tamamı (5 kişi) aile hekimliği modelinde ekip çalışması anlayışının olmadığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Aile hekimliği bir ekip işi değil ve gerçekten aile hekimliği işi bire bire dönüştü. Ben burada ısrarla 5 doktor, 5 hemşire sağlık ocağı sistemi ile gidelim, ortak götürmek için çalıştım, 2 sene direttik ortak götürdük, her hemşire diğer doktorun işlerini yapabiliyordu veya her doktor diğer doktorun mazereti olduğunda gelmediğinde onun hastası ile ilgileniyordu, ama maalesef olmadı, yürümedi. Gördük ki aile hekimliğinde bu ekip işi olmuyormuş, maalesef geri adım atmak zorunda kaldım, olmadığını bende gördüm. Çünkü hemşire diyor ki “ben kendi doktorumdan sorumluyum, diğer doktor beni ilgilendirmez”. Diğer doktorun hemşiresi seni hiç umursamayabiliyor. Başlarda herkes herkesin hastasına bakıyordu (yerinde hizmet zamanları), şimdi angarya gibi geliyor, bu benim içinde geçerli... Bu sistem hekimleri ben neden başkasının hastasına bakayım bencilliğine itti, acil olmadıktan sonra hakikatten bakmıyoruz.” Aile Hekimi 2

“Daha önce yürütülen bir ekip faaliyeti ortadan kaldırıldı, atomize birbirinden bağımsız çalışmalar yürütülen bir alana dönüştü. Sağlık ocağı öyle değildi; şoföründen, doktorundan, hemşiresine, tıbbi sekreterine kadar herkes birlikte ekip halinde sağlık çalışmasını yürütürdü, şimdi bir hemşire bir doktordan oluşan aile hekimliği birimi kendine bağlı olan nüfusa hizmet veriyor.” Pratisyen Hekim 1

Sevk Zinciri

Katılımcılardan 1. basamakta çalışanların tamamı (5 kişi) sağlık hizmetlerinin basamaklı yapısı gereği sevk sisteminin-zorunluluğunun olması gerektiği düşüncesini paylaşmaktadır. Şu anki uygulama da sevkle ilgili bir sistemin olmadığı, sevk ettikleri hastalarla ilgili kendilerine bir dönüş olmadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca aile hekimlerinin sevk zorunluluğu geldiğinde bugün ki koşullar altında iş yüklerinin artması ve sevk kotaları nedeniyle maddi yaptırımlara uğrama konusunda bazı kaygılarının olduğu da anlaşılmaktadır.

“Bizim sevk ettiğimiz hastalar kendileri randevu alıyorlar ve bizim yazdığımız sevklerle hastaneden bir geri dönüşte yok. Aile hekimliğini oturtmak istiyorsanız bu uygulamayı yerleştirmek zorundasınız. Gönderdiğimiz

hastanelerden bize dönüş yapılmalı hastaya ne tanı konulduğu, nasıl bir tedavi yolu izleneceği gibi.” Aile Hekimi 1

“Sevk uygulanmaya başlandığında aksaklıklar artacak. Günde 60-70 hasta bakıyoruz, sevk zorunluluğu geldiğinde günde en az 100 hastaya bakmak zorunda kalacağız, doktorların bu sayıya yetişmesi çok mümkün değil. Hasta da hastaneye gitmek için buralarda bekleyecek. Sevk sistemi olmadan aile hekimliği gerçek anlamda oturmaz ama sevk sistemi de beraberinde bu tür büyük problemleri getirecek.” Aile Hekimi 2

“Şu an yok, yarın öbür günde tam tersi olacak, sevk etmeyeceksin sevk edersen maaşından kesilecek. Çünkü fazla sevk ettiği zaman maaşı azalacak, maaşı azalmaması için adam sevk etmeyecek, daha fazla problemler ortaya çıkacak, hem hasta açısından hem doktor açısından. Hasta belki erken tanı açısından hastaneye gidemediği için erken tanı konamayacak, doktor çok sevk ederse finansman açısından sorun yaşayacak o da ayrı derd.” Aile Hekimi 3

Aile Hekimliği Sisteminde Koruyucu Hizmetler

Sağlık çalışanı katılımcılarından Aile Hekimliği konusunda bilgi sahibi olan 13 kişiden 4’ü aile hekimliği modelinde gebe takibi ve aşılama gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin daha sistematik bir şekilde verildiği ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerin ise Toplum Sağlığı Merkezleri aracılığı ile verildiği görüşünü paylaşmaktadırlar.

“Gebe takibi ve aşılama hizmetleri aile hekimliğinde daha sağlıklı işliyor. Çevreye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri de Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından veriliyor. Bir de alt yapın sağlam olacak, hijyenik olacak, kanalizasyonun, suyun, falan. Öyle giderse bir problem olmaz. Zaten koruyucu sağlık hizmetleri bunlardır.” Uzman Hekim 1

Sağlık çalışanı katılımcılarından Aile Hekimliği konusunda bilgi sahibi olan 13 kişiden 9’u, aile hekimliği sisteminde yapılmadığında para cezası olan kişiye yönelik koruyucu hizmetler (gebe takibi ve aşılama gibi) dışındaki koruyucu hizmetlerin verilmesinde eksiklikler olduğu görüşünü paylaşmaktadır. Aile Hekimliği Sistemi ile birlikte kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerin ayrılmasının “koruyucu sağlık hizmetlerinin” yaklaşımına ters olduğu görüşü paylaşılmaktadır. Bu katılımcılar

aile hekimliği sisteminin tedavi edici sağlık hizmetleri mantığı üzerine kurgulandığını savunmaktadır.

“Bu sistemle birlikte belli konularda para cezası geldi, yapmadığında para cezası kesilen şeyler iyi gidiyor.... Ama diğer koruyu hekimlik; kişinin beslenmesi, sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklardan korunma bunlar yürümüyor.” Aile Hekimi 2

“Uygulanan politikalar hikaye, show kısmında, gerçek anlamda koruyucu hekimlik yok yani, nasıl anlatayım piyasa hekimliği muhabbetinden dolayı memnuniyet olayı sadece ilaç firmalarını memnun ediyor açıkçası. İlaç firmaları ile doktorlar arasındaki ilişkiye bakmak gerek... Hasta mesela bana geliyor, antibiyotik yazmıyorum. Bugün kaç kişiye bronşit zatüire denmiş ilaçlarını kestirdim, ben geri zekalı mıyım, bronşit zatüresi varsa kestiğimde ölür değil mi. Hiç biriside bugüne kadar ölmedi, alakası yok yani.... Ben antibiyotik yazmıyorum, bazıları geliyor hele birde pahalı antibiyotik yazmadın mı kötü doktor oluyorsun birde, halbuki teşekkür etmesi gerek ama maalesef böyle!” Aile Hekimi 3

“Sağlık ocağı zamanında KOAH, beslenme, kalp, tansiyonla ilgili hocaları buraya getirip halka eğitim verdiriyordum, egzersizle ilgili sağlık ocağının bahçesinde egzersiz yaptırayım dedim de spor hocaları para istedi yaptıramadım....Sağlık ocağı sistemi koruyucu hekimlik üzerine kurulu bir sistemdi, devlet onu o anlamda değerlendirmemiş, değerlendirse uygulaması mükemmel bir sistem aslında.” Aile Hekimi 3

“Aile Sağlığı Merkezindeki hekimlerin yaptığı şey şu anda sadece hastalara reçete yazmak... Her aile hekiminin bir aile sağlığı elemanı var, bu arkadaşlar yapıyorlar koruyucu sağlık hizmetlerini. Yani hekim çok fazla bu işin içinde değil, o daha çok hastalarını memnun etmekle meşgul, yani gelen hasta onu görüyorsa, derdini anlatıyorsa, reçetesini yazdırıyorsa hasta memnun olarak ayrılıyor oradan.” Hemşire 1

“Kişiye ait olan koruyucu sağlık hizmetlerini aile hekimi, topluma ait olanları ise toplum sağlığı merkezleri verecek. Kişiyle toplumu birbirinden ayırmak mümkün değil. O yüzden şimdi bir kargaşa yaşanıyor. Sağlık ocakları ile ilgili geçmişte verilen sağlık hizmetleri toplum sağlığı eliyle verilmeye çalışılıyor; toplum sağlığının da buralara yetiştmesi mümkün olmuyor. Örneğin; Kartal’da bir tane toplum sağlığı var eskiden 17 tane sağlık ocağı tarafından verilen hizmeti bir kurumla vermeye çalışıyoruz.” Pratisyen Hekim 1

Yerinde Hizmet

Katılımcılar arasında 1. basamakta aile hekimi olarak çalışan 3 hekimin tamamı da yerinde hizmet verirken zorluklar yaşadığı ve bunların arasındaki kadın aile hekimi ise güvenlik nedeniyle sıkıntı-endişe yaşadığı anlaşılmaktadır.

“Güvenlik açısından sıkıntı yaşıyoruz, hemşire arkadaşla birlikte bilmediğimiz bir eve giriyoruz, aşıya gittiği evde baltayla kovalanan aile hekimini de biliyoruz. Kapiya açmayan hanımlarla karşılaşıyoruz, apartmana alınmayıp camdan konuştuğumuz oluyor... Bizim bölgemizde yok ama biraz daha kalburüstü kesimde apartman girişlerinde “saticılar ve aile hekimleri giremez” yazılarını duymuşsunuzdur muhtemelen, aynı sınıfta anılıyor olmak çok rencide edici. Birçok hekim biliyorum, Üsküdar’da, Kadıköy’de çok zorlanıyorlar.”
Aile Hekimi 2

Katılımcılar arasında 1. basamakta pratisyen hekim ve hemşire olarak çalışan 2 kişi ise sağlık ocağı döneminde ki kırsal kesimde yerleşik sağlık ocakları uygulamasının kırsal kesim için sağlık hizmetlerinin sürekliliği anlamında daha uygun bir model olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Sağlık ocağı sistemi şöyle kurulmuştu, diyelim ki 2.000 nüfuslu bir köy burada bir sağlık ocağı var, yeterli sayıda doktor ve hemşiresi var, sadece o köye değil etraf köylere de gezici ve kalıcı hizmet verirdi. Burada nüfustan ziyade vatandaşın ulaşabileceği merkezler olarak örgütlenmişti... Şimdi küçük yerlerdeki sağlık ocakları kapatıldı. Bir aile hekiminin hizmet vereceği nüfus son yönetmelikte 3.500 olarak belirlendi, nüfusu 2.000 olan yerde eskiden sağlık ocağı vardı, oralar kapatıldı. Şimdi nüfusu 3.500’e tamamlanarak aile hekimliği birimi kuruldu. Merkezlerde aile sağlığı merkezleri kuruldu ve buradan mobil olarak köylere haftada bir iki saat gidilerek sağlık hizmeti vermeye çalışılıyor. Oysaki köyde sağlık personelinin olması her an vatandaşla iç içe olması, sosyal ilişki içerisinde olması, sağlık ocağı içerisinde olması olan bir şeydi; şimdi haftada bir gezici personelin köyü gezip hastaları muayene etmesi şekline dönüştü.” Pratisyen Hekim 1

Reçete Katılım Payı

Katılımcılarından 1. basamakta çalışanların tamamı (5 kişi) reçete katılım payının dolaylı olarak aile hekimliği muayene hizmetinin ücretlendirilmesi anlamını

taşıdığı görüşünü paylaşmakta ve bu durumu olumsuz görmektedir. Ayrıca bazı hastaların reçete katılım payı nedeniyle sorunlar yaşadığını belirtmişlerdir.

“2002 yılında AKP iktidara geldiğinde çok net hatırlıyorum bütün sağlık ocaklarına yazar kasa koydu. Bir hemşireyi de yazar kasanın başına oturttu. Bayağı biz gelen hastaya, hani, sanki marketten bir şey almış gibi kasa fişi veriyorduk yani aldığı hizmetin karşılığı olarak. Sonra 2-3 sene daha bu şekilde devam etti, sonra şey dediler, biz sağlığı ücretsiz hale getiriyoruz, kaldırıyoruz kasaları dediler. Hakikaten ondan sonra ücret alınmadı. Ama şey yapmaya başladılar bu defa da işte, daha sonraki yıllarda da, eczanede para almaya başladılar.” Hemşire 1

“Burada herhangi bir problem olmuyor, fakat ilaç alma konusunda sorunlar çıkıyor” Aile Hekimi 2

“Sistem gittikçe kötüye gidiyor. Şimdi 3 lira yarın öbür gün sağlık ocağına gelince 5 lira 10 lira vermeye başlayacak, açıkçası ben iyiye giden bir şey görmüyorum. Her şey paraya dönecek! Devlet öyle cezbettir ki, kimliğini alınca gidersin, buyur böyle oldu, gidersin ama böyle olur.” Aile Hekimi 3

Etik Dışı Aile Hekimi-Eczacı İlişkileri

Sağlık çalışanı katılımcılarından 3 eczacı ile bir aile hekimi tarafından Aile Hekimliği Sistemine geçişle birlikte, bazı Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimleri ile eczacılar arasında etik dışı maddi ilişkilerin başladığı görüşü ileri sürülmüştür. Özellikle “Sanal ASM”lerde bu ilişkilere daha sık rastlandığı görüşü ağırlıklı olmakla birlikte bütün ASM’lerde bu ilişkilerin yaygın olarak yaşandığı görüşü de bir eczacı tarafından ileri sürülmüştür.

“Sistemle birlikte bölgelere ayrıldık, bazı bölgelerde bina yoktu ve sonradan tutuldu, buralara numaralar verildi. Yeni kurulacak olan ASM’nin o mahallede olması lazım, yer buldular, her şeyini kendileri yaptılar. Tabi belli başlı kurumlar, belli eczaneler çok yardımcı oldu. Eczacılar sanal ASM’leri finanse edince, hastan bana gelecek diyor. Gerçekten güvendiğim eczacı arkadaşlardan bu muhabbetleri çok duydum.” Aile Hekimi 2

“Bütün aile hekimlerinin çevresindeki eczanelerle organik ilişkileri var. Hatta o kadar var ki dükkan kirasını eczacı ödüyor. Orda ki bütün şeylerin masrafını eczacı ödüyor. Bugün çoğu öyle dönüyor. Öyle şeylere reçetelere rastladık ki ana baba çocuk gidiyor. Üçüne de aynı ilacı yazıyor doktor... Hepsinde geçerli

bence sadece sanal ASM değil. Bunun içinde gayet normal çalışanlarda var muhakkak ama benim tanık olduğum da var yani.” Eczacı 4

“Sanal ASM ile eczaneler ortak, hepsi değil ama böyleleri de var... Benim başıma geldi hala davalarım devam ediyor, bildiğin ortaklar. 5 tane mahkemem var, başka bir yerle ilgili, soruşturma devam ediyor. Doktor öyle bir kıvama geldi ki aile hekimliklerinde, hastaya diyor ki çocuğunu burada bırak git aşağıdaki eczaneden ilaçlarını alıp gel, hastanın çocuğunu tutuyor ya da reçeteyi yazıyor hastanın protokol numarası veya soyadı eksik. Hasta X eczanesine gidiyor, bunu alamazsın diyor eczane, niye eksik evrak, ne yapıyorsun doktor beye telefon ediyorum, doktor diyor bana hastayı yolla, hastayı yolluyorsun, bu eczane işi bilmiyor sen şu eczaneye git diyor, o eczane ile anlaşması var, hasta gidiyor bütün ilaçlarını alıyor. Akşam doktor oturuyor düzeltiyor. O eczaneden avantajı var.” Eczacı 1

Katılımcılar arasındaki 1 eczacı ise aile hekimleri ile eczacılar arasındaki etik dışı maddi ilişkiler konusunda bilgi sahibi olmadığını ve “Sanal ASM” kavramını doğru bulmadığını belirtmiştir.

“Bunu sağlık ocağı civarındaki eczanelere sormak lazım (aile hekimi-eczacı ilişkisi). Ondan dolayı bu soruya net bir cevap vermekten kaçınıyorum... Sanal demek reelde olmayan demektir. Ben bu tabire çok sıcak bakmıyorum. Eczacı da olsa, hasta da olsa sanal teriminin kullanılmasına çok sıcak bakmıyorum. Adam öyle ya da böyle reelde sağlık ocağını açmış demek ki sanal değil reel yani...” Eczacı 2

Uzman-Pratisyen Aile Hekimi Çatışması

Görüşülen aile hekimlerine, uzman aile hekimleri ile kendileri arasında bir sorunun olup olmadığını sorduğumuzda “ciddi anlamda bir problem yaşamadık” şeklinde bir ifade ile aralarında bazı sorunların yaşandığı anlaşılmaktadır. Ayrıca uzman aile hekimlerinin kronik hastalıklarla ilgili ilaç raporu düzenleme ve sağlık raporu olmayan hastalara bazı ilaçları yazma yetkisinin olması ile aile hekimlerinin böyle bir yetkisinin olmamasının ise daha açık bir sorun olduğu anlaşılmaktadır.

“Bizim burada da şey yok yani ciddi anlamda bir problem yaşamadık. Onların bizden avantajları sağlık raporları düzenleyebildikleri için öyle bir avantajları var. Onlar kendi hastalarının sağlık raporlarını ilaç raporlarını

düzenleyebiliyorlar bizler hastalarımızı hastaneye yönlendiriyoruz.” Aile Hekimi 1

“Tanı koyuyoruz. Heyet raporu bizim için büyük problem. Bizim heyet raporu verme yetkimiz yok örneğin. Aile hekimleri uzmanları verebiliyor. Bu hastalar arasında karışıklık yaratıyor. Hastalar diğer doktor yazabiliyor siz neden yazamıyorsunuz diyor. Örneğin bazı tansiyon ilaçlarını yazmaya bizim yetkimiz yok, heyet raporu olursa yazabiliyoruz.” Aile Hekimi 2

5.3.4. Kamu Hastane Hizmetleri

Bütün sağlık çalışanları kamu hastanelerinin birleştirilmesini ve sosyal güvence durumuna göre herkesin bütün kamu hastanelerinden faydalanabilmesini, eskisine nazaran sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım kolaylığı sağlaması açısından olumlu olarak değerlendirmektedir. Sağlık çalışanları genel olarak kamu hastanelerinin fiziki koşulların ve teknolojik olanaklarının geliştirilmesi konusunda da hemfikirdir.

“Fiziki şartlar açısından konuya baktığımız zaman düzeldiğini görüyoruz. Hastanelerin Sağlık Bakanlığı altında birleştirilmesi insanların hastanelere ulaşmasını kolaylaştırdı. Randevu sistemi geldi eskiden anam babam usulü oluyordu. Çağa uygun yapılıyor şimdi, olumlu gelişme var.” Uzman Hekim 5

Bu gelişmelerle birlikte bazı sağlık çalışanları (4 kişi: 2 eczacı ve 2 aile hekimi) kamu hastanelerindeki hizmet kalitesinin yoğunluktan ve “Tam Gün”den⁴ dolayı kamu hastanelerinden ayrılan hekimler nedeniyle iyileşmediği görüşünü paylaşmaktadır.

“Ulaşılabilirlik daha iyi ama kalitenin düştüğüne dair bazı şeyler var. İlgili hekimi bulamıyor, bir araştırma hastanesine gittiğinde hastalığıyla ilgili uzman hekimi bulamıyor gibi şikayetler var (Tam Gün’den sonra).” Aile Hekimi 1

“Devlete gidiyorsun affedersin köpek gibi sıra bekliyorsun, doktor suratına bakmıyor, doğru düzgün muayene etmiyor. Sana zaten 15-20 liraya geliyor. Yazdığı ilaç gerekli mi gereksiz mi o da belli değil... Hiç acile gittin mi akşam. Kasap gibi adamlar çalışıyor. Sana adam gibi bakmıyorlar.” Eczacı 1

⁴ Ayrıntılı bilgi için sayfa 160’taki dipnot 3’e bakınız.

“Görüntü olarak güzel gözüküyor, şartlar iyileştiriliyor, fiziki şartlar, temizlik gibi ama kadro olarak baktığınızda işleyişte soru işaretleri var.” Aile Hekimi 2

Ayrıca bazı sağlık çalışanları (7 kişi: dış hekimleri hariç her bir meslek grubundan) kamu hastane sağlık hizmetlerinin kalitesinin yoğunluktan ve “Tam Gün”den dolayı kamu hastanelerinden ayrılan hekimler nedeniyle iyileşmediği görüşünü paylaşmakla birlikte, kamu hastanelerinin “özel sektör mantığıyla” çalışmaya başladığını ve hastane içindeki bazı hizmetlerin taşeronlaşmasını “özelleştirme” olarak değerlendirdiği anlaşılmaktadır

“Daha çok performansa odaklı işlemler yapılmaya başlandı. Yani personele diyorlar ki, tamamen aslında kar-zarar mantığıyla işleyen bir sistem, yani sağlıktan kar, hastalıktan kar edilir mi? Bunu ayrıca tartışmak gerekir ama sistem tamamen kar-zarar üzerine kurulmuş.” Hemşire 1

“Bu hizmet zaten özel sektör mantığındadır. Yani sosyal amaçlı değil de insanlar talep ettikçe verilen bir şey haline getirildi... Şu anda hastanelerde uygulanan kalitede sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmiyor. Sadece masanın kalitesi, sedyenin kalitesi, asansörün kalitesi vs. gibi bu tür şeylerle ilgileniyor. Yani şey gibi düşünülüyor. Herhangi bir şirket, işte alınır satılır vs. gibi bir şey düşünülüyor. Yani sağlığın içermesi gereken insan faktörünü değerlendirmeyen bir sistem var...” Uzman Hekim 7

“Bence Türkiye’de sağlık sistemi tamamen özelleştirilmeye doğru gidiyor. Devlet bir şekilde elini çekecek, tamamen özel sektörün eline geçecek... Çok uzun süre sağlık sektöründe çalışan biri olarak, hastane bizimdi, hemşire bizimdi, çalışan bizimdi, hademe bizimdi, her şey bizimdi. Yemekhane bizimdi, yemekhane başka birinin elinde, özelleşti. Ondan sonra hastanenin temizliği bir yere verildi, hastanenin güvenliği bir yere verildi, hemşireler bize bağlı olmaktan çıktı, dolayısıyla her bir şey ayrı ayrı yavaş yavaş, yavaş yavaş şey yapıldı.” Uzman Hekim 6

Katılımcılardan 1 uzman hekim kamu hastane hizmetlerindeki taşeronlaşmanın hizmet kalitesini artırmakla birlikte hastaneye daha pahalıya mal olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Dışarıdan alınan hizmetlerde maliyetler yüksek. Hastanenin kaynakları şirketlere gidiyor. Hizmetler eskiden daha iyi ama pahalı.” Uzman Hekim 3

1 uzman hekim ise taşeronlaşma ile birlikte özellikle görüntüle hizmetlerine ulaşımın ve sonuç almanın kolaylaşması nedeni ile bunu olumlu olarak değerlendirmektedir.

“Bir de eskiden alet, edevat yokluğu vardı. Devlet biraz akıllıca davranarak ihale açıp, yap-işlet modeliyle özelliklere devretti... Hem alet-edevat sahibi ettiler, hem de gelir elde ettiler hastanelerden... Bir tane PET cihazı, bir radyoloji cihazı, özeline işlettiği, özelle devletin birbirine karıştığı bir sistem olarak, bence o da iyi işliyor. Hizmet sunma açısından, hasta daha iyi hale geldi. Hem hizmet kalitesi arttı, alet-edevatlar alınınca çok iyi oldu. Bu hükümetin bir patlama yapmasının nedeni olarak da sağıktaki dönüşüm gösterilir, diğer başarıları, meziyetleri ayrı.” Uzman Hekim1

5.3.5. Kamu Hastaneleri Birliği

Sağlık çalışanı katılımcıların yaklaşık yarısı (8 kişi) Kamu Hastaneleri Birliği ile ilgili bir bilgi sahibi değildir ve bu nedenle KHB ile ilgili sorulara cevap vermemiştir. Diş hekimlerinin tamamının (4 kişi) KHB ile ilgili bir bilgisi ve kanaati bulunmamaktadır. Ayrıca yine hastanede çalıştıkları halde 2 uzman hekimin de yine KHB ile ilgili bir bilgisi ve kanaati bulunmamaktadır.

“Bunu eski başhekime sormak lazım tepene birisini getirdiler ne düşünüyorsun diye, benim bir bilgim yok. Ben spesifik çalışıyorum işim belli... Ben kendi işime odaklıyım başka bir şeye bakmam, yönetici takım elbise giyip oturuyordur herhalde onun da görevleri vardır.” Uzman Hekim 5

Sağlık çalışanlarından 2 kişi Kamu Hastaneleri Birliği ile kamu hastanelerindeki yönetim değişikliği ile birlikte “insan gücünün daha iyi kullanılacağını” ve hastanelerin daha verimli çalışacağını görüşünü paylaşmaktadırlar. Ayrıca kamu hastanesinde çalışan hekim KHB ile klinik şeflerinin “despotizminin” ortadan kalktığını ve etkisinin azaldığını vurgulamaktadır.

“KHB eski sisteme göre iyi. Bu yönetim anlayışı ile insan gücünün kullanımı daha iyi olacaktır. Hastaneler daha verimli bir hale gelecektir. Eskiden kliniklerde şeflerin istek ve arzularına göre hareket edilirdi. KHB ile bu ortadan kalktı, idari anlamda despotizm ortadan kalktı.” Uzman Hekim 3

Sağlık çalışanlarından 10 kişi Kamu Hastaneleri Birliği ile kamu hastanelerindeki yönetim değişikliği ile birlikte, hastanelerin “kar-zarar odaklı işletmelere dönüştüğü”, bunun kamu hastanelerin özelleştirilmesi sürecince bir adım olarak değerlendirdikleri ve bu adım ile kamunun sağlık hizmetlerinin finansmanından çekilmesine yönelik olarak bir adım attığı şeklinde değerlendirmektedir. Kamu hastanelerinin sağlık hizmeti üretiminin giderek “fabrika üretimine” dönüştüğü şeklinde saptamalar da bu grupta mevcuttur.

“Kamu Hastane Birlikleri’ne dönüşümle birlikte hastanelerde gördüğümüz şu; sürekli toplantılar yapılıyor, gece-gündüz toplantılar yapılıyor, sürekli her birimden veri akışı geliyor, Kim ne kadar kar etmiş, kim! Mesela bir arkadaşım anlattı, hastanenin tek çocuk kardiyoloğu. İşte yeni atanan hastane yöneticisi işte, bütün doktorları geziyor. Arkadaşıma söylediği: “sen bu hastaneye kaç lira kazandırıyorsun?” yani doktora ilk söylediği bu!” Hemşire 1

“Tam anlamıyla bir işletme mantığıyla kurgulanıyor. Şimdi sağlık hizmetinin bir fabrikadaki üretim mekanizması gibi kurgulanması planlanıyor. Burada da insanların başlarında ticari kafayla düşünen bir genel sekreter onun altında bir yönetici ve onlara uyumlu başhekimler kanalıyla yukarıdan bir baskı mekanizması oluşturuluyor. Tamamen hastane karı üzerinden kurgulanıyor iş. Dakika üzerinden hastayla ilgilenme sınırı şeklinde bu işin yürütülmesi sıkıntılı bir süreç. Hammaddenin işlenmeye başlanıp mamül olarak piyasaya sürülmesi gibi, hastanın kapıdan girişi reçetesini alması ve çıkması şeklinde bir paket sistem oluşturuluyor... Yani ticari fabrikasyon bir sağlık hizmeti mümkün değil.” Pratisyen Hekim 1

“Hissettiğimiz şey adım adım, bir süre sonra bu kamu birlikleri çerçevesinde, kamu birliğine devredildikten sonra başka bir sektöre devredilecek, bizde onlarla sözleşmeli olarak çalışacağız gibi görünüyor.... Şu anda bize bir yansıması yok, çok kısa bir süre oldu, ya da yansıtılmıyor onu da bilmiyorum.” Uzman Hekim 6

“İlk yansımalarından birisi, yemek çeşidinin ve kalitesinin düşmesi oldu... Sonrasında onu dörde indirdiler. Zaten ihaleler yapılırken de yemek sayısı dört oluyormuş, normal olan buymuş, onu yaptılar. Öncekiler bir jestmiş, hani diğer firmanın uyguladığı. Onun devamı için bunu yapmışlar, bir süre yeni firma da. O şekilde söylendi. Hani dördün üzerinde, o ihalede zaten yazılı

olduğu için yapmama gibi bir hakları var. Hani yöneticimizin “tamam dört tane yapilsın, yeter” dediğini duyduk.” Uzman Hekim 4

“Yani ilk uygulamalardan birisi yani tamamen şey, hani maliyetleri düşürüp, işte şey hani kazancı arttırmakla ilgili bir takım şeyler. İşte mesela sağlık kurulundan çok para kazanılıyor, işte onun için sağlık kurulunu arttıralım. Şimdi işte her güne bir sağlık kurulu koyuldu, önceden iki gündü. Her güne sağlık kurulu konulması demek şu demek, her gün 1,5-2 saati bir uzmanın orada olması demek... Benim mesela iddiam şu ki, artık şu koşullarda eğitim hastanesi diye bir kavramın olmaması lazım. Çünkü burada eğitim verilemiyor artık, yani hizmet o kadar ön plana çıktı ki yani eğitime ayıracak vakit yok, istek yok, şey yok... Yani çünkü buraya gelen CEO'ların amacı daha çok para kazanılması. Hani bu herkesin bildiği bir şey. Dolayısıyla yani şey de belli, giderler belli, gelirler belli. İşte giderleri azaltacaksınız, gelirleri arttıracaksınız. Yani bu işi daha şey olarak gören, fabrika üretimi olarak gören şey var. İşte hani oda boş duruyor, hani o odayı poliklinik odası yapalım işte, biri daha poliklinik yapsın. Hani serviste hastalara bakılmasa da olur. Poliklinik olsun, poliklinikte para var, ameliyatta para yok.” Uzman Hekim 7

“Doktor 3 gün acilden rapor verdi diye doktoru uyarıyorlar, niye çünkü onun ertesi gün beyin cerrahiye gel demesi lazım hastaya. Acilde para alamıyorsun zaten acil hastalardan, ertesi gün beyin cerrahiye gelecek ki muayene ücreti alacak. E beyin cerrahiye geldiği için bir de tomografi ya da MR çekelim diyecekler. MR ücreti alacak veya işte başka benzer tetkikler yapılacak.” Hemşire 1

Ayrıca KHB sürecini olumsuz olarak değerlendirenlerden biri birlik içindeki personelin daha etkin ve verimli kullanılması için yer değiştirilmesinden dolayı sağlık çalışanları olumsuz etkilendiğini vurgulamıştır.

“Önceden mesela bir hastanede çalışıyorsan seni bir başka yere kolay kolay gönderemiyorlardı. Şimdi birlik içinde seni istediği yere gönderebiliyor veya nöbet tutturabiliyor. Bu da insanlarda gerilime sebep oldu. Yani bir anda diyelim ki birlikte ne var işte Maltepe'den Gebze'ye kadar bütün bu taraf bir birlik, şimdi diyelim Kartal Devlet Hastanesi'nde çalışırken bir anda Sultanbeyli Devlet Hastanesi'ne verebiliyorlar seni. E düşün evin, barkın, çocuğun çocuğun, düzenin, sistemin her şeyin altüst oluyor. Bir de yeni bir yere gidip hemen oraya entegre olmak çok kolay bir şey değil yani. Şu anda personel o durumda.” Uzman Hekim 4

Bununla birlikte bu grupta kamu hastanesinde çalışan uzman hekimler KHB ile birlikte, üzerlerindeki bir baskının olduğu ve bu baskının zamanla artacağı hissiyatı

içindedirler, hatta bu baskı nedeniyle emekliliği gelmiş bir uzman hekim emekli olup özele geçmeyi düşünmektedir.

“50 yaşında insan emekli olur mu? Bana kalsa, 60-65 yaşına kadar burada hastalarımı götürürüm. 3 ay sonra ben de gidiyorum. Her şey para-pul falan da değil. Bazen “big brother” hikayesine döner olay... Her şey iyi gitsin, bir sürü de para versinler, ama gözetlendiğimi, baskıyı hissedersen, çalışmam. Elim kolum tutulur. Sen geceleyin otur, akciğerde son çıkan ilacın Faz-1, Faz-2 çalışmalarını oku, bir bilimsel gelecek gör umutlan, sonra git başka bilimsel makaleleri oku, burada da gel, öyle bir şey olmadı da başhekim seni yanına çağırsın, “sen niye kravat takmıyorsun” desin. Senin amirin hiçbir şey demese bile, vücut diliyle “ben senin amirinin”i bana hissettirsin, bunlar hoşuma gitmiyor, bu da işin başka bir boyutu. Geleceğe yönelik kaygım var. Hissetmedim Allah için (baskı). Bir CEO gelmiş, Koşuyolu’nda, merkezi orası... Ama bunu bilmek bile insanı bazen rahatsız ediyor. Benim başımda bir CEO var, Bu CEO yönetiminde eğer amaç, söylendiği gibi geliri arttırmaksa, kendin pişir, kendin ye ise, devlet sağlık finansmanından çekilmeye çalışıyorsa, burada yapacakları iki şey var: bir doktoru çalıştırtmak, personeli çalıştırtmak, fazladan yani belki de angarya yükleyerek; iki masrafı kısmak.”
Uzman Hekim 1

Ayrıca KHB ile birlikte yönetim pozisyonlarına gelen yöneticilerin uzmanlıklarından çok iktidara yakınlıkları gibi politik nedenlerle buraya getirildiklerine dair görüş bildirenlerde bu grup arasında mevcuttur.

“Burada şimdi bu yetkili olan kişiler kimler. Partinin bilmem kim adamı orayı mı gelmiş yoksa hakikatten bu işte ciddi deneyimli uzman kişiler mi var. Benim anladığım kadarıyla devlet bunları birer işletmeye dönüştürüp sağlık şeyinden kurtulmaya çalışıyor ama benim kanaatimce sağlık özelleştirilemeyecek kadar önemli bir kurum. Bu işte özelleştirme olmaz. Gidişat özelleştirmeye gidiyor.” Eczacı 4

5.3.6. Kamu Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Katılımcıların tamamına yakını (1 eczacı hariç) “Tam Gün”den sonra, kamudan ayrılan hekimler, yoğunluk, muayene sürelerinin kısalığı ve kullanılan malzemelerin kalitesizliği nedeni ile kamu sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir düşme olduğu görüşünü paylaşmaktadır. Bu durumun gelecekte daha da yaygınlaşarak daha

ciddi boyutlarda devam edeceği görüşü de bu katılımcıların çoğu tarafından ileri sürülmektedir.

“Birçok hekim özele geçti, burada, üniversite hastanelerinde, cerrahi branşlarda özellikle. Bu da ister istemez sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkiledi.” Uzman Hekim 6

“Hasta için şey yapılan muayene süresi, 5 dakikada bir randevu veriyor. Yani bu asla olmayacak bir şey. Sayıyı arttırıyorsunuz, o sırada verilen hizmetin kalitesi çok azalıyor, bilgisayarda yazma işlerini getirdiler. Yani o sırada hastaya ayrılan şey süresi çok az ve niteliksiz bir hizmet veriliyor.” Uzman Hekim 4

“15 dakikalık muayene süreleri, tedavi için çok yetersiz. 15 dakikada bir yeni hasta almanız gerekiyor, çekim ya da çok basit bir dolgu varsa onu yapabiliriz, onun dışında 15 dakikada zaten aslında dolgu da olmaz.” Diş Hekimi 1

“Bir dolgu yapılırken 5 tane aşama varsa, diş hekimi bunun zaman azlığı nedeniyle belki 2 aşamasını yapıyor... Bir sürü hasta 2 ay sonra geliyor, bu sefer kanal tedavisi yapılıyor. Kanal tedavisinde de gerekli aşamalar yeterince yapılmadığı için o tedavide başarılı olmuyor, sonra çekim kararı veriliyor. Sonra çekilen dişe protez yapılıyor. Hasta bir türlü ağız diş sağlığı merkezinden kurtulamıyor. Tedavi hizmetlerinin geliştiğini değil geriye gittiğini düşünüyorum. Doktorlara çok fazla iş yükü düştüğünden kalite düşüyor... Tabi halk bundan çok memnun, hasta çok güzel bir şey aldığını sanıyor, aslında ne olup bittiğinin farkında değil, böylede bir gerçek var, bunu sadece diş hekimi biliyor.” Diş Hekimi 2

“Daha kaliteli malzemeler kullanılarak, böyle yapıyormuş gibi yaparak yapılmaması gerekir. İhaleyle alınan malzemeler, ihaleyle yapılan laboratuvar hizmetleri, fazla iş yükü nedeniyle kaliteli bir sağlık hizmeti veremiyoruz... Yapmak zorunda bırakılırsanız yapıyorsunuz, doğru yapmanıza bakılmıyor zaten, yapmanıza bakılıyor sadece (15 dakikada dolgu).” Diş Hekimi 4

“Yani eskiden de çok hasta bakılıyordu, SSK zamanında da çok hasta ve kalitesiz bakılıyordu istemeden. Yani hani bugüne özgü bir şey değil ama bugün farklı olarak şey gibi bir hava yaratılıyor. Sanki iyi bir şey yapıyormuş gibi. Yani şey vitrin süper, şık odalar işte, klimalar, ıvır zıvır falan, ama şey yok yani, içerik o zamandan da kötü. Kalite anlamında, yani fiziki şeylerini görüntüdeki şeyleri çıkarırsak kalitede kesinlikle düşme var. Bu yapılan işin kalitesi anlamında, kendi şeyim de dahil. Ben aynı insanım ama ben aynı hizmeti vermiyorum, veremiyorum yani. Çünkü şey değil, ben haftada bir gün kendi uzmanlık alanımda hasta bakabiliyorum. Sonuçta o süre de belli bir süre. Ben artık şey diyorum yani hastalara ya başka bir yere gidin ya da başınızın çaresine bakın (kendi branşındaki hastalara).” Uzman Hekim 7

Ayrıca 3 uzman hekim “Tam Gün”den dolayı kamudan ayrılan nitelikli cerrahların olmaması nedeni ile bazı ameliyatların artık kurumlarında yapılamadığını da belirtmiştir.

“Bazı ameliyatlar yapılmıyor artık. Örneğin, kanser cerrahisi çok azaldı bizim hastanede. Eskiden agresif şekilde o işe girişen hocalar vardı, onların hepsi bıraktı gitti. Öyle bir ihtiyaç olduğunda “araştır” diyoruz. Bir adres veremiyorum çünkü hangi hastanede ne yapıyor, onu da bilmiyorum.” Uzman Hekim 1

“Bu sistem %80-90 gibi insanların ihtiyacı olan şeyi karşılamak üzere kurulmuş, özellikle şeyleri içine almıyor. Şu anda mesela en büyük sıkıntı bu çünkü ilgilenmiyor, yani onlar şeyle arz taleple oluştuğu için, yani onlar işte böyle ne bileyim özel yani herkesin yapamayacağı bir ameliyat yapılmasın. O hasta ölse de bir tane ölür ama çoğunluk bu işten memnun kalsın. Artık devlet sağlıkla ilgili böyle düşünüyor. Ne bileyim çok ekstra bir şeyi varsa hastanın, ben artık şey yapayım, o artık kendi parasıyla, ya da başka bir şeyle halledebilir. Halledemiyorsa da ölsün diye bakıyor. Yani bu sağlıkta dönüşümdeki en büyük şeylerden birisi.” Uzman Hekim 7

Kamu sağlık hizmetlerinin niteliğindeki düşmenin gelecekte daha da yaygınlaşarak daha ciddi boyutlarda devam edeceği görüşü de bu katılımcılar tarafından ileri sürülmektedir.

“Yani şunu unutmamak lazım. Bunlar şimdi yetişmiş eleman döneminde başladı bu iş. Ama giderek şey oluyor yani, o şey kayboluyor. Yani bir süre sonra, ya ben çok ciddiym, hasta olarak ciddi kaygılıyım. Yani 10 sene sonrası için bir probleminiz olduğunda çözebilecek birisinin bulamayabilirsiniz. Çünkü yani o alanlarda yetişmeyecek insanlar. Herkes yani şimdi bizim asistanlarımız sadece katarakt öğrenmek istiyor. Başka hiç bir şey öğrenmek istemiyor. Yani çünkü piyasada bir tek o şey, öbürleri gereksiz, ya da çok zor, bilmem ne, yani şey yapmıyor bile... Mesela bugün biri geldi, hastane hastane dolaşıyor. Nöroloji şey. Yani birisi demiş ki işte yatırmak lazım. Dedim vallahi artık yatıracak hiç bir hastane bulamazsınız araştırma için, çünkü eskiden mesela hasta yatırılır, araştırılır falan öyle bir şey vardı. Yani şey, çözülemiyor, çünkü komplike bir şey. Yani biz de uğraşamayız. Çünkü nörolojimiz bize o servisi vermez. Hani şey biz de uğraşalım ama gibi yani bir takım insanlar şey olamayacak yani. 5 değil 15 hastane dolaşacak, ama çözülemeyecek. Yani öyle bir yere doğru gidiyoruz.” Uzman Hekim 7

“Benim şimdi şöyle bir tezim var, sağlık sistemi bir süre sonra, Avrupa’da kilise hastaneleri vardır, sokakta kalmış, evinde tek başına yalnız kalmış, sefil, insanları toplayıp tedavi ederler, bizim bu hastaneler, belki çok iddialı olacak bu dediğim ama zamanla kilise hastanelerine dönüşecek... Hatta sağlık hizmetleri sunumundan çok aşevi ve otel görevi yapacak hastaneler haline düşecekler.” Uzman Hekim 1

Sağlık çalışanlarına kendisinin veya bir yakınının ciddi bir sağlık sorunu olduğunda veya özellik gerektirecek bir ameliyat yapılma ihtiyacında nereye başvuracakları sorulmuştur. Katılımcılar arasındaki uzman hekimler bu gibi bir durumda kendi çalıştıkları hastaneye başvurdıkları veya başvuracakları gibi bir yaklaşım içinde olmamaları kendi çalıştıkları hastaneye karşı bir güvensizlik olarak değerlendirilebilir. Sağlık çalışanlarının tamamına yakını (1 eczacı hariç) o konu ile ilgili doktor araştırması yapıp iyi doktor nerede ise kamu olsun özel olsun, iyi doktorun çalıştığı hastaneye başvurdıkları veya başvuracakları yönelimi içinde olduğu anlaşılmaktadır. Sağlıkta dönüşüm sürecinden önce de bu şekilde davrandıkları anlaşılmakla birlikte, bundan önce olsaydı nitelikli, deneyimli hekimleri kamu üniversite hastanelerinde bulma ihtimallerinin olduğunu ancak özellikle “Tam Gün”den sonra üniversite hastanelerinde de böyle hekimlerin azaldığı veya kalmadığı bu nedenle özel hastanelere ağırlıklı olarak gittikleri ve gidecekleri yönünde bir eğilim içindedirler.

“Kamu hastanesinde böyle bir hizmeti tam alabileceğimi düşünmüyorum. Sanırım özel hastane olacak ve bu konuda uzman bir hekime gitmemiz gerekecek. Tam günden önce kamu hastanesine giderdim herhalde.” Aile Hekimi 1

“İyi bir doktor araştırması yapar ondan sonra giderim. Eskiden olsa gözü kapalı üniversite hastanesi giderdim, hiç düşünmeden Çapa olsun Cerrahpaşa olsun. Ama şimdi de orda kim var, iyimi bu alanda araştırıp ondan sonra giderim. Alanında iyi olan doktorların çok büyük bir çoğunluğu özellere geçmiş durumda. Buralara gidebilmem içinde ne kadar doktorda olsam özel sağlık sigortam olmak zorunda!” Aile Hekimi 2

“Bu şeyler çıkmadan öncesinde olsaydı hani gene ben bir hekim olduğum için, bu işi en iyi kim yapıyorsa onun yanına giderdim. Eskiden olsa üniversiteye doğru giderdim böyle bir şey için, orayı düşünürdüm. Şu anda orayı da düşünmem. Orada da bu işi yapabilecek hekim çok az, kalmadı... Hani, hastanenin tamam koşulları, buranın da bir sürü açıdan koşulları oldukça iyi.

Ama şey açısından hani bu işi yapacak kişi açısından, neredeyse o tarafa doğru giderim” Uzman Hekim 4

Sağlık çalışanları içinde koşulsuz bir şekilde kamu sağlık hizmetlerine güvenen ve her durumda kamu hastanelerini tercih edeceğini belirten bir eczacı vardır.

“Nere yakınsa oraya giderim. KEAH giderim, çünkü gelen hastalardan çok şikayet almıyoruz. İsmi etrafa daha iyi lanse eden hastanelere oranla daha az şikayet var. Başkaları ne düşünür bilmem ama benim şahsi kanaatim en kötü devlet hastanesi en iyi özelden daha iyidir. Özel hastanelerde ne kadar ekmek o kadar köfte misali. Bu benim şahsi kanaatim. Paran bittiği anda yeter artık deyip taburcu edilip başka bir yere gönderme hakkına sahiptir çünkü.” Eczacı 2

Ayrıca sağlık çalışanları arasından 2 kişinin kendi sağlık sorunları ile ilgili teşhis, tedavi ve ameliyat gereksinimleri için özel hastaneyi tercih ettikleri anlaşılmıştır.

“Sadece muayene olmak için gittiğimde bile ben muayene olamadım, o kadar yoğun o kadar karmaşıktı ki benim sorunumu dinleyecek muhatap bir doktor bile bulamadım. Hastalar yığılmış kuyruk, rezalet bir hastane ortamı, bana göre değildi ortam ve orada alacağım hizmetin çok da sağlıklı olmayacağını düşündüm, o kadar yoğunluktan (kendi çalıştığı üniversite hastanesine gitmiş, taşra). O yüzden başka bir özel hastaneyi tercih etmek zorunda kaldım. İnternette araştırdım, o alanda en iyi doktor Acıbadem’de (Maslak) imiş oraya gittim bende. Orada da devlet memuru olmam, sigortamın olması orada geçmiyor, sadece özel sigorta geçerli oda olmadığı için dünya kadar para veriyorum, tedavim için, yapacak bir şey yok, sağlık için para veriliyor maalesef. ADASM’de bedava dolgu yapmayı da tercih edebilirim, ama kalitesi iyi olmayacak onun yerine 500 liraya özelde dolgu yapmayı kendi adıma tercih ederim bunun gibi bir şey.” Diş Hekimi 2

“Trafik kazası geçirdi, dalağı alındı(eşi). Benim olaydan 4 saat sonra haberim oldu. Bilinci de yarı kapalı olduğu için, ...de oldu olay, Şişli Etfal’e kaldırdılar. Ben de Şişli Etfal’den başka hastaneye geçirmek istedim fakat kemikleri kırılmıştı, mobilizasyonu zordu, orada kaldık, orada yaptırдық... En yakın Nightingale falan vardı, oralarda bir yere götürürdüm(mobilize edebilseydi eşini). Ben mesela, kalp ameliyatı oldum, Memorial’da oldum, by-pass oldum, 6 sene önce. Dişlerimi yaptırdım, özel dişçide ve bunları yaptırırken de ekonomik şartlarım iyi falan de değildi.” Uzman Hekim 1

5.3.7. Sağlık Sistemi Dönüşümünün Sağlık Çalışanlarına Etkisi

“Tam Gün”⁵

“Tam Gün” Yasası’ndan önce katılımcılar arasındaki uzman hekimlerden 2’sinin muayenesi olduğu ve 1’i ise kamu hastanesi dışında özel hastanede de çalışmakta olduğunu belirtmiştir. Bu katılımcıların “Tam Gün”den sonra gelirlerinin düştüğünü ve bu yasa ile birlikte ya sadece kamuda ya da sadece özelde çalışılması ile birlikte hekim olarak bağımsızlıklarını ve güçlerini yitirdiklerini belirtmiştir. Görüşmelerde birçok hekimin bu yasadaki görevini bıraktığı aktarılmıştır.

“Şimdi genel bir motivasyonsuzluk şeyi de var... Halbuki ikisi bir aradayken bu birbirini besleyen şeylerdi. Yani bir taraftan bir şeyler eğitime devam edersin, yeni şeyler görebilirsin, onları yayınlayabilirsin. Bir taraftan özelde de çalışabilirsin, parayı da kazanabilirsin, bilgini de kullanabilirsin... Bir taraftan da doktora ciddi bir özgürlük alanı tanıyan bir şeydi. Başka bir yerde de var olabiliyorsanız o zaman buradaki şeyinizi daha kendinizi güçlü hissediyorsunuz, burada da ya da orada da. Şimdi özele giden kişiler de ne kadar iyi olurlarsa olsunlar, eskisi kadar güçlü hissetmiyorlar. Yani en fazla transfer yapabilirler, o hastaneden bu hastaneye. Yani yoksa şey değil. Hep eliniz daha şey, işte zayıf, doktor olarak. Yönetici, hastane şeyine karşı vs.”
Uzman Hekim 7

Ayrıca sağlık çalışanı katılımcılarının tamamına yakını (1 eczacı hariç), “Tam Gün”den sonra kamu hastanelerinden ayrılan “nitelikli” hekimler nedeniyle kamu sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir düşme, bazı ameliyatların kamu hastanelerinde yapılamaması ve özellikle üniversitelerden ayrılan “nitelikli” hekimler nedeni ile de tıp lisans ve uzmanlık eğitim süreçlerinde sorunlar yaşandığı görüşünü paylaşmaktadır. Tıp eğitiminde yaşanan sorunlardan dolayı gelecekte ki hekimlerin yeterli mesleki donanıma sahip olamamasından dolayı gelecekteki sağlık hizmetlerinin niteliğinde bir düşme olacağı kaygısını da bu katılımcılar taşımaktadır.

⁵ Ayrıntılı bilgi için sayfa 160’taki dipnot 3’e bakınız.

“Son dönemde tam gün yasasıyla bazı doktorlar da hastanelerden ayrıldı ve bunlar kendine güvenen “nitelikli” doktorlar. Cerrahiden çok ayrıldı çünkü onlar kendilerine bir güvenle, devletin verdiği parayı fazlasıyla kazanabiliyorlar. Dışarıda iş yapma potansiyeli olan doktorlar ayrıldı. Kalite düştü... Bir de, daha tecrübesiz bir ekibin eline kaldı. Neticede hocalar gitti, şefleri gitti... Bakan övünüyor işte “dünyanın hiçbir yerinde böyle sağlık sistemi yok” diye. Yok tabi. Bir ucubeye dönüşüyor yavaş yavaş!” Uzman Hekim 1

“Tam gün yasasından dolayı bir sürü doktor hastanelerden, üniversiteden özele geçmek zorunda kaldı. O dönemde benim babamın bağırsaklarında ciddi bir rahatsızlık vardı, bir doktor ismi verdiler Çapa’da, gittik adam tam gün yasasından sonra emekli olmuş. Başka bir isim öğrendik, o da 1 yıl ücretsiz izne ayrılmış. Yani düşünün ben doktorum, o ameliyatı yaptıracak zar zor bir doçent bulduk yaptırдық, Eğitimde inanılmaz aksaklıklar var, asistanı öğrencisi şimdi yarım yamalak eğitim alıyor, yarın öbür günde bunlar sahaya çıkacak, korkunç bir şey bunun acısı 4-5 yıl sonra çıkmaya başlayacak.” Aile Hekimi 2

“Nitelikli ağır ameliyatlarda hiç birisi yapılmıyor şimdi, üniversitelerde de yapılmıyor. O büyük ameliyatlarda yapacak hekimler özellere kaçtı. Özellere de vatandaşın ulaşabilmesi çok ağır paraları gerektiriyor. Başbakan’ın kendisi bile özelden ekip getirtip Marmara Üniversitesi’nde yaptırdı ameliyatı.” Pratisyen Hekim 1

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarının tamamına yakını (14 kişi) performansa dayalı ek ödeme sistemini birçok yönden olumsuz olarak değerlendirirken, 2 uzman hekim “eskisine göre daha iyi” olduğu yönünde olumlu görüş bildirmiştir. Bu 2 katılımcı performansa dayalı ek ödeme sistemini eskisine göre daha iyi değerlendirmekle birlikte performans ücretinin emekliliğe yansımaması ve çalışma barışını zedelemesi açısından olumsuz değerlendirmektedir.

“Performansa göre ödeme eskiye göre daha iyi ama eksikleri çok fazla.” Uzman Hekim 3

“Ben bilim odaklı bir insanım, politik şeylerle ilgili bir kişiye sorsan çok daha iyi olur. Mevcut sistemde performans sistemde daha çok kazanıyorum, eskiden 1 lira alacaktım şu an 2 veya 3 lira alıyorum.” Uzman Hekim 5

1 uzman hekim ise performansa dayalı ek ödeme sisteminin başka olumsuz yanları hakkında görüş belirtmekle birlikte, performans ücretini yetersiz görmektedir.

“Performansa ödenen 5-6 milyar fazla para, bazı hekimler için standart altıdır.” Uzman Hekim 1

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarının tamamı temel maaşlarını yetersiz olarak değerlendirirken, performansa dayalı aldıkları ek ödemenin emekliliğe yansımaması nedeniyle bu ödeme sistemini olumsuz olarak görmektedir.

“Performans olmasa standart bir maaşımız olsa daha iyi olur diye düşünüyorum. Performans sistemi sıkıntılı bizim için. Performansı arttıramadığımız zaman maaşımız düşüyor. Performans ücreti olmasa temel maaşımız çok az. Performans emekliliğe yansımıyor, emeklilikte çok düşük maaş alma durumumuz var.” Diş Hekimi 3

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarının yaklaşık 2/3’ü (10 kişi) performansa dayalı ek ödeme sistemi nedeni ile bazı sağlık çalışanlarının gelirlerini arttırmak için gereksiz tahlil, girişim ve ameliyat yaptıklarına dair bir kanaatleri vardır.

“Performans sisteminde hekimin çok işlem yapması gerek, çok işlem yapan bir hekim fabrikada seri üretim yapan insan pozisyonuna girdiğinde daha fazla ücret alıyor... Dahili branşlarda tetkiklerde artışlar oldu, küçük operasyonlar alabildiğine arttı gerekli gereksiz. Cerrahi branşındaki bir doktorun performans artırabilmesi için çok ameliyat yapması lazım, endikasyonun gerekli gereksiz oluşması lazım.” Pratisyen Hekim 1

“Şimdi olay şu acilde bir tane asistan hekim gidiyor, mesela adamın damarı kesildi yerine, hem damarı kesildi, hem tendonu kesildi, hem siniri kesildi diyor. Bunun örnekleri var. Bir sürü klinikler ceza alıyor, bir yerine beş yazıyorlar ve hastayı yolunacak kaz olarak görmeye başladık, sistem ona yönlendirdi. Cerrahi branşlarda da oluyor, dahili branşlarda da oluyor. Bir sürü klinik ceza yedi, yapılmayan şeyleri yazıyorlar, lüzumsuz yere bir sürü tetkik istiyorlar.” Uzman Hekim 6

“Hekimler artık koruyucu yöntemlerden daha çok, radikal sayılabilecek invazif işlemlere daha çok yönelmeye başladı. Gerekeni değil de gerektirilen şeyi artık yapmaya başladılar gibi geliyor, buda hasta sağlığını riske atan bir durum, Diş hekimliği alanında da böyle olduğunu söyleyebilirim. Devlet memuru olan

doktorlar da çok az maaş verilip, performans yaparsan bunu 3-5'e katlarsın vaadiyle çalıştırılmaya devam edilirse, para odaklı insanlar haline gelecek hekimler, etik kurallarında gittikçe hiçe sayılacağını düşünüyorum.” Dış Hekimi 2

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarının yaklaşık yarısı (7 kişi, dış hekimleri hariç) performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışma barışını bozduğu yönünde görüş ifade etmişlerdir.

“Çoğu yerde huzursuzluk yaratıyor. Hasta savaşı, hasta kapma muhabbeti. Burada beraberlik açısından bir sorun yok, ama ne oluyor ben antibiyotik yazmıyorum diye hasta diğer hekime gidiyor. Bir şekilde olumsuzluk yansıyor, niye bu performans olayı. Eskiden birlik beraberlik vardı, şimdi yok, bir araya gelip ortak bir şey dahi paylaşamıyorsun, gün içinde dahi aynı çatı altında çalışıp birbirimizin yüzünü görmediğimiz günler dahi oluyor.” Aile Hekimi 3

“Performans sistemi de, ben ve sen mesela aynı klinikte çalışıyoruz, gelen hastaya akbaba gibi gözümüzü dikmişiz. Kim kaparsa, puanı da parayı da o alacak. Bu iş barışını bozdu... Doktorları birbirine hasım edebiliyor. Bütün kliniklerde irili ufaklı yaşıyor. Su yüzüne çıkmasa bile, gizli kapaklı olsa bile, orada burada konuşuluyor... Eski bir laf vardır, “iti ite kırdırmak” diye. Çok amiyane bir tabir oldu ama buda sanki öyle bir şey.” Uzman Hekim 1

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarının yaklaşık 1/3'ü (5 kişi) performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile birlikte sağlık çalışanlarının para odaklı kişilere dönüştüğü ve performans ücretlerini artırmak için daha hızlı ve etik kurallara uygun olmayan bir şekilde kalitesiz sağlık hizmeti sunumuna neden olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Hizmet kalitesine yönelik bir şey olmadığı için çok doğru bir yöntem değil. Mantıklı bulmuyorum, hoş bir uygulama değil, insanlar aldıkları parayı arttırmak için bir takım yanlış şeylere yönelebilirler. İnsanlar daha çok para kazanmak için etik olmayan yollara başvurabilir, hepimiz insanız.” Aile Hekimi 2

“Performans üniversiteye de geldi, bu çok kötü bir şey, akademik ortamda para söz konusu oldu. Dekan bizi topladı dedi ki, “hasta bizim için para demek” bunu açıkça dedi, böyle bir konuşmaya muhattap olmaktan çok utandım, çok rahatsız oldum. “Hasta bizim için para demek, ona göre ona iyi davranacağız, o ne derse onu yapacağız” dedi. Bu şekilde söyledi bize, artık akademik çalışmalardan çok hasta bakmaya yöneltiyor asistanları... Bize

diyor “hayır, siz bir oturuşta 8 dolgu yapacaksınız, 3 tane dolgu yapmayacaksınız, hastaya randevu vermeyeceksiniz, akşam 7’ye kadar çalışacaksınız, hafta sonu da çalışacaksınız,” yani bu söyleniyor artık... Bize performans sistemi geliyor artık birbirinizle rekabet edeceksiniz, kim daha çok para alacak falan denmişti, dekan bizi bu şekilde teşvik etmeye çalıştı sanki para konusunda yarışacak küçük insanlarmışız gibi yaklaştılar ama öyle bir şey olmadı, para pul kimsenin umurunda değil.” Dış Hekimi 2

“Performans sistemi çıktı ya, en kötüsü de zaten o oldu. Herkes ne kadar çok iş yaparsak, o kadar çok para kazanırız kaygısıyla performansını artırıyor, ama verdiği sağlık hizmetinin kalitesi düşüyor ister istemez... Sonuçta para kazanmanız gerekiyor. Bir takım giderleriniz, alıştığınız bir standart var. Onun için de hani daha çok iş, daha çok puan yapalım. Hani daha çok kazanalım şeyine girilmeye başlandı.” Uzman Hekim 4

“Bizim şu anda para lafını bu kadar çok etme nedenimiz bizim açgözlü oluşumuz değil, yani sunulan olayı, yani siz para kazanıyorsunuz diye koydular. Yani para kazanmak için yapıyorsunuz bu işi...” Uzman Hekim 7

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarının yaklaşık 1/4’ü (4 kişi) performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile birlikte hekimlerin riskli ameliyatlardan kaçındıkları ve risksiz daha kolay ameliyatları yapmaya başladıkları ve bu nedenle özellikli ameliyatların kamuda yapılmamaya başlandığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Herkes şöyle bir durumda, ya ben gelir getiren işleri yaparım gerisine de karışmam, beni ilgilendirmez. Yani adam şunu diyor, ben diyor bir tane kolon CA yapacağıma on tane apandisit yaparım aynı parayı alırım, öbürünün üstelik riski var diyor. Personel açısından da söylemiyorum hasta açısından çok vahim bir durum. Yani riskli hastalar refüze edilmeye başlanılıyor. Onları yapacak, uygulamasını yapacak yerler kalmamaya başlıyor.” Hemşire 1

“Büyük ameliyatı yaptığınız zaman getirdiği puan çok büyük bir puan değil, düşük bir puan, niye riske atıyorsunuz. Burada her şey puan üzerine kurulu artık. Yaptığınız şeylerden puan karşılığında para alıyorsunuz. O zaman riski de fazla. Böyle bir şeyi yapmaktan çekiniyor geri kalanlar da. Hani uğraşmayı da düşünmüyorlar zaten.” Uzman Hekim 4

İş Yüğü

Kamu sağık çalışanı katılımcılarının tamamı (16 kişi) iş yüklerinin fazla olduğunu belirtmiştir. Aile hekimleri her ay programlarına eklenen yeni işlerin artmasından ve koruyu hizmetleri kapsamında gebe ve aşı takiplerinde hastadan kaynaklanan sorunlar nedeniyle aşırı çaba sarf ettikleri ve bu hizmetleri vermekte zorlandıkları, yapamamaları durumunda ise negatif performans uygulamasından dolayı para cezası alma durumunda kalmanın mağduriyetini yaşamaktadır. Aile hekimlerinin poliklinik iş yükleri ile ilgili belirgin bir şikayeti olmamıştır. Yapılan gözlem sürecinde de özellikle Pazartesi olmak üzere ve Salı günü hariç haftanın diğerk günlerinde aşırı bir poliklinik yüklerinin olmadığı gözlenmiştir.

“alışma koşullarımız gittikçe zorlaşıyor. İş yükümüz çok arttı, nerdeyse her hafta her ay bir şeyler ekleniyor programımıza. şimdi bakıyorsun ağız taraması, gebe taraması, obezite taraması, 15-49 yaşlarında ki kadın takipleri ile ilgili şeyler. Negatif performans kriterleri var. şu an bir tane gebem var gebeye ulaşamıyorum. Ailevi nedenlerden dolayı şehri terk etmiş. İlişini kesmemiz lazım o kişinin, ulaşamadığımız için kesemiyoruz...” Aile Hekimi 1

Katılımcılar arasındaki diş hekimlerinin aşırı bir iş yükü altında çalıştıkları anlaşılmaktadır. Diş hekimleri arasında yaptığı iş itibari ile kendisini “makine gibi hisseden”, iş yoğunlukları nedeni ile yaptıkları işi “hamallık” olarak değerkendirenler bulunmaktadır. Ayrıca aşırı ve yoğun çalışma nedeni ile bir diş hekimin el bileğinde sağık sorunu oluşmuştur.

“Doktorların iş yükü fazla, doktorun çok fazla şey yapması gerekiyor. İşlem kaydını yapacak bir tıbbi sekreter yok, her şeyin kaydını biz yapıyoruz, taahhütünü hastanın onamını gerekiyor, hepsini biz çıkartıyoruz. Yardımcı personelimiz yok, malzeme dolgu verecek, simen karıştıracak, gibi eksikler var ve çok hastamız var, herkes çok fazla şey bekliyor... 15 dakikada bir yeni hasta almanız gerekiyor. Kendimi makine gibi hissediyorum artık. Sürekli bir dönüşüm var, birini indir, birini kaldır şeklinde bir dönüşüm var.” Diş Hekimi 1

“Yoğunluktan çok çalışmaktan dolayı benim el bileğimde sakatlanma oldu. Arka arkaya dur durak bilmeden hasta bakıyoruz, hızlı hızlı bakıyoruz, bu nedenle eklem ağrılarımız çok oluyor.” Diş Hekimi 3

Katılımcılar arasındaki uzman hekimlerin poliklinik iş yüklerinin fazla olduğu anlaşılmaktadır, bu görüş bütün uzman hekimleri tarafından paylaşılmaktadır.

“Bize düşen iş yükü fazla ama hastalara bakmak zorundayız yapacak bir şey yok.” Uzman Hekim 5

“Bu dönüşümle birlikte iş yükümüz arttı. SSK hastanelerinin devri ile (Sağlık Bakanlığı’na) iş yükümüz artmaya başladı... Hasta muayene edeceğimiz yere hastanın tanısının kodunu sisteme girmeye çalışıyoruz, e-reçete yazarken zaman kaybı yaşıyoruz ve iş yükümüz artıyor.” Uzman Hekim 2

Bununla birlikte bazı uzman hekimler (7 uzman hekimden 3’ü) aşırı poliklinik iş yüklerinden dolayı eğitim faaliyetlerinin, hem kişisel anlamda hem de asistanların eğitimi anlamında aksadığını belirtmişlerdir.

“Eğitim çalışmalarının çok iyi gittiğini söyleyemem. O da koşullardan kaynaklanıyor. Hasta potansiyeli fazla olduğu için polikliniğe daha çok yükleniyoruz. Eğitimden ziyade, bir hizmet hastanesi gibi çalışıyor. Bu eğitim nasıl çözülecek, onu da tam bilemiyorum.” Uzman Hekim 1

Kamu sağlık çalışanları katılımcılarının bir kısmı (2 uzman hekim ve 1 diş hekimi) özellikle değişen yönetim anlayışı ile birlikte üzerlerinde bir baskı oluştuğunu ve bunun geleceğe yönelik olarak daha da artacağı kaygısını taşımaktadır.

“İnsanlar herhangi bir konuda sesini çıkaramıyorlar. Burada bir süre sonra sözleşmeli şeye geçilecek. İşte hastane yönetimi için geçti, başhekim, başhekim yardımcılar falan, sonrasında bu sıra bizlere gelecek. Böyle olduğu zaman bir takım olaylar karşısında sesinizi çıkarmanız daha zor olacak. Çünkü sözleşmeniz yenilenmeyecek, iş güvenliğiniz kalmayacak. Bir süre sonra bunlar olacak. O yüzden de insanları daha böyle şey, sessiz, daha korkak hale gelmeye başlıyoruz, hepimiz böyle oluyoruz.” Uzman Hekim 4

“Kamu Hastane Birliklerinden sonra, yukarıdaki ne diyorsa ADSM’de de o oluyor, üzerimizdeki baskı artı, onlar yüzünden 24 saatlik nöbete geçtik.” Diş Hekimi 3

Kamu sağlık çalışanları katılımcılarının yarısı (her meslek grubundan toplam 8 kişi) değişen çalışma koşulları ile birlikte hekimlik mesleğinin işçi konumuna dönüştüğü ve sağlık hizmeti üretim sürecinin ise kitlesel seri üretim mantığında fabrika üretim tarzına dönüştüğü görüşünü paylaşmaktadır.

“Eskiden doktorların şöyle böyle bir etkinliği vardı, gücü vardı, gittikçe işçi konumuna düştü.” Aile Hekimi 3

“...hekimlik değil hamallık yani, başka bir şey yapıyorlar artık orada(ADSM). Hekimlik böyle olmaz!” Diş Hekimi 2

“Ayrıca hastaları muayene ettikten sonra, tanı ve reçetenin bilgisayar üzerinden yazılması nedeni ile sekreterlere dönüştük” Uzman Hekim 2

“Odağında bina ve binanın içine, yani bir şekilsel şey var. Onların içine de kalıplaşmış, yani hiç bir şeyi olmayan, on tane doktor, on tane hemşire işte personel vs koyup, bunlar arasında herhangi bir şeyin olmadığı, farklılığın olmadığı işte yani o mesela normalde olması gereken, sonuçta bu bilimsel ve teknik bir şey olduğu kadar da usta çırak ilişkisiyle yürüyen bir şeydir, insanla ilgili her şeyde olduğu gibi. Onun bozulduğu yani böyle tek tek insanların işçi gibi çalıştırılacağı, dolayısıyla daha kolay kontrol edilebileceği, yani birisi giderse öbürünün yerine, o çarkın yerine daha kolay doldurulabilecek, dolayısıyla da daha rahat manipüle edilebilir bir şey yaratmak olduğunu düşünüyorum.” Uzman Hekim 7

“15 dakikada bir yeni hasta almanız gerekiyor. Kendimi makine gibi hissediyorum artık. Sürekli bir dönüşüm var, birini indir, birini kaldır şeklinde bir dönüşüm var.” Diş Hekimi 1

İş Güvencesi

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarından aile hekimleri, aile hekimliğine geçmelerini “zorunluluk” olarak açıklamaktadır. 1. basamakta Sağlık Ocağında pratisyen hekim olarak çalışırken aile hekimliği sistemine geçişle birlikte, Aile Hekimliğine geçmemeleri durumunda Toplum Sağlığı Merkezi veya başka bir kamu

sağlık kurumunda görevlendirilme ihtimalleri üzerine yaşam ve çalışma koşullarının değişmesi kaygısı ile aile hekimliğini tercih etmeyi bir “zorunluluk” olarak görmüşlerdir. Bununla birlikte katılımcılar arasında ki bir pratisyen hekimin ise aile hekimliğine geçmediği ve şu an Toplum Sağlığı Merkezinde pratisyen hekim olarak çalışmaktadır.

“Açıktaki söyleyeyim buna zorunlu olarak geçtim. Zorlama şöyle ilçe sağlık müdürlüğünde kalırsak, Toplum Sağlığı Merkezi'nde görevlendiriliyorsunuz ve boş kadro neredeyse oraya buraya görevlendirilecektik. Hastanelerde dahil aile hekimliğinde boş olan yerlerde dahil her yerde görevlendirilme ihtimali vardı. Bizden önce İzmir’de aile hekimliğine geçişle birlikte, arkadaşlarımdan aile hekimliğine geçmeyenlerden birisi hastanenin yoğun bakımına kadrolu olarak verildi. Benim acil servis, yoğun bakım tecrübem yok. Bu sistemle birlikte acil servis ve yoğun bakım tecrübesi olmayan bir hekim buralara atanabiliyor. Bu durum hem hekim açısından hem hasta açısından faydasız oluyor. Bu durumu yaşayan arkadaşlarımızın durumu beni açıkçası korkuttuğu için, böyle bir duruma maruz kalmamak için ben de aile hekimliğine geçtim.”
Aile Hekimi 2

Aile hekimi katılımcıları sözleşmeli kamu çalışanı statüsünde çalıştıkları için iş güvencelerinin zedelendiği hissini yaşamakta ve geleceğe yönelik olarak iş güvencelerinin tamamen ortadan kalkacağı kaygısını taşımaktadır.

“Tam kendimizi güvencesiz gibi hissetmiyoruz. Sanırım istersek eski kadromuza dönme şansımız var. Nereye gideceğimizi bilmiyoruz ama tekrar yine memur kadrosuna dönme şansımız var. Ama gelecekle ilgili kaygılarımız var tabi... Bu yıl yapılan sözleşmede bunun kaldırılacağı söylentileri vardı (sözleşme feshinde kamuda kalma güvencesinin kaldırılacağı söylentisi). Ama kaldırmadılar, ama onu da yapacaklar yani. Bir sonraki sözleşmede mutlaka onu koyacaklar. Sözleşmeniz fesih edilirse iş güvenceniz olmayacak kendi başınızın çaresine bakacaksınız. Büyük ihtimalle öyle olacak 2 yıl sonra.”
Aile Hekimi 1

ADSM’de çalışan dış hekim katılımcıların tamamı bu dönüşüm sürecinde özelden kamuya geçen dış hekimleridir. Dış hekim katılımcıları çalışma koşullarından yakınmalarına rağmen iş güvencesine sahip olmalarına vurgu yapmışlardır.

“ADSM’leri açarak daha fazla dış hekimi istihdam edilmeye başladı, bütün söylediklerime rağmen (iş yükü, performans) özelde olmaktan daha iyi, özelde çalışmak daha zor ve iş güvencesi açısından kamuda çalışmak daha iyi.” Dış Hekimi 1

Hasta Hekim İlişkisi

Sağlık çalışanı katılımcılarının tamamına yakını (19 kişi, 1 eczacı hariç) sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte hekimlik mesleğinin itibarsızlaştığı, değersizleştiği bunun etkisi ile hekime olan güvenin azaldığı; itibarsızlaşma-değersizleşme ve güvensizlikle birlikte hasta hekim ilişkisinin zedelendiği; bu süreçte genelde sağlık çalışanlarına özelde ise hekimlere karşı şiddet olaylarının arttığı görüşünü paylaşmaktadır. Hasta hekim ilişkisindeki zedelenmeye medyanın da katkısı olduğu bazı katılımcılar tarafında vurgulanmıştır.

Hekimlik mesleğinin itibarının düşmesinin temel gerekçesi olarak Başbakanın ve Sağlık Bakanı’nın söylemleri başta olmak üzere, uygulanan sağlık politikalarını olduğu görüşü kamu sağlık çalışanları katılımcıların tamamı tarafından paylaşılmaktadır.

“Bu dönüşüm hekimlik mesleğini inanılmaz derecede itibarsızlaştı. Başta Bakan oy anlamında resmen kendi meslektaşlarını sattı.” Aile Hekimi 3

“Hem Başbakan’ın, hem de Bakan’ın “bunlar iğne yapmasını bile bilmiyor, hemşireye yaptırın” demeleri, hem de “bıçak parası alıyorlar, bunları yola getirmek lazım” gibi lafları hastalarda bir önyargı oluşturdu... Halkla doktorları karşı karşıya getirdiler. Üstü kapalı şekilde karşı karşıya getirdiler. Doktorlar, hastaların gözünde itibarsız, bıçak parası alan, yamyam, paracı, ilkel bir insan oldu. Dolayısıyla, benim gözlemlediğim, doktora yönelik şiddet çok arttı... Doktor bu anlamda şamar oğlanına döndü.” Uzman Hekim 1

“Hekimlik sosyal anlamda erozyona uğradı. Her zaman hasta haklıdır. Bakanlığın yanlış tutumu, medyanın katkısı ile hekimin topluma yanlış anlatılması ile hekimlik değersizleşti. Hasta artık hekimi markette hizmet sunan, fabrikada çalışan, oto tamircisinde çalışan bir adam olarak algılıyor... Hekimi ayağından tutup aşağı çeken faktörler var. Hekim şu kadar para kazanıyor denirse!” Uzman Hekim 3

Sağlık çalışanı katılımcıları arasındaki diş hekimleri (4 kişi) hekimlik mesleğinin itibarsızlaşmasını ve değersizleşmesini siyasal iktidar temsilcilerinin söylemleri dışında ayrıca sağlık hizmetlerine kolay ulaşım ve sağlık hizmetlerinin “bedava sunulması” ile ilişkilendirmektedir.

“Kolay ulaşılan şey kıymetsiz oluyor. Hastaların gözünde hizmetçi olarak görölüyor hekimler, çünkü hizmet bedava, ayakkabı boyatır gibi tedavi yaptırıyor netice de bizde değer kaybediyoruz. Buda mesleki itibarı düşüren bir şey. Şöyle bir mantık oluşturuluyor hükümet tarafından, “onlar size hizmet etmekle yükümlü, siz ondan hizmet alacaksınız, biz size bunu sağladık” diye sürekli bir psikolojik bir şey var. “Doktorlar size geçmişte kötü davrandı, artık biz düzenledik ve ne dersiniz onu yapacaklar” şeklinde bir yaklaşım var, insanlara empoze ediliyor.” Diş Hekimi 2

Hasta hekim ilişkisindeki zedelenmeye geçmişte ve şimdi bazı sağlık çalışanlarının davranışlarının da katkısı olduğu görüşü de birkaç katılımcı tarafından ifade edilmiştir.

“Dolayısıyla ha daha öncesinde kötü olarak kullanan bir takım şeyler vardı, tamam, hani bıçak parası almadan ameliyat yapmam, onu etmem, bunu etmem diyen. Gerçekten hani kendi içimizde çürük elmalar var, her şeyde olduğu gibi. Ama bu sonrasında tüm herkese mal edilmeye başlandı.” Uzman Hekim 4

“Sağlık çalışanları da buna zemin de hazırlandı açıkçası. Çok vahim olaylar da biliyorum hani ben hekimlerin yaptığı, diğerk sağlık çalışanlarının yaptığı, hastaları gerçekten mağdur eden, zor durumda bırakan şeyler de yaptılar, direk aslında onlar da buna zemin hazırladılar. Bunu çok göz ardı etmemek gerekiyor.” Hemşire 1

Sağlık çalışanı katılımcıları arasında sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte toplumun hekimlere olan güveninde bir azalma yaşandığı görüşü yaygın bir şekilde paylaşılmaktadır. Özellikle 1. basamak hekimlerine karşı olan önceden beri ve şimdi de var olan bir güvensizliğe vurgu yapan hekimler olmuştur.

“Çok uzun bir süreden beri zaten doktorlarda hani böyle bir şey var; pratisyenler bir şeyden anlamaz, gideceksin, uzmana gideceksin.” Uzman Hekim 4

“Eskisine gör kat kat azalmış durumda, hastalar hekime kesinlikle güvenmiyorlar. Hele tam gün yasasından sonra daha nitelikli hekimlerin özellere kaçması, hastanın daha nitelikli hizmete kavuşmasının önünde bir sorun oluşturdu ve bu da hastada bir güven bunalımına yol açtı.” Pratisyen Hekim 1

“Yani onların psikolojisi bozuldu(hastaların). Çünkü sonuçta herkes aslında, öncelikle güvenmek istiyor. Ama o güveni bozarsanız bu işten önce hasta etkileniyor. Güvenemediğiniz bir kişiye karşı reaksiyonel oluyorsunuz.” Uzman hekim 7

Hekimlere olan güvensizlikte medyanın olmuş katkısının olduğu düşüncesi de sağlık çalışanları arasında yaygın olarak paylaşılan bir görüştür.

“Güven bence çok daha düşük düzeyde. Aile hekimliğine, pratisyen hekimliğe karşı bir güvensizlik var. Hekimlerin yaptığı hataların sürekli basında işleniyor olması, menfaat amaçlı işte şöyle işler yapılıyor böyle yapılıyor denmesi insanlarda hekimlere karşı bir güvensizlik oluşturdu.” Aile Hekimi 1

Sağlık çalışanı katılımcıları arasında sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte hekimlik mesleğinin itibarsızlaşması, değersizleşmesi, hekimlere olan güvenin azalması ile hasta hekim ilişkilerinin zedelendiği ve bunun bir sonucu olarak da genelde sağlık çalışanlarına özelde ise hekimlere karşı şiddet olaylarının arttığı görüşü katılımcıların tamamına yakını tarafından paylaşılan bir görüştür (1 eczacı hariç). Bu döngü katılımcılar tarafından temel neden olarak görülmekle birlikte şiddet olaylarının artmasında hekim hatalarının medya tarafından kışkırtıcı bir şekilde kullanılması ve bazı sağlık çalışanlarının hastalara olan kötü yaklaşımlardan, iletişim sorunlarından kaynaklandığına dair görüşler de katılımcıların bazıları tarafından ikincil, üçüncül nedenler olarak kabul edilmektedir.

“Sağlık Bakanından kaynaklandı, bizi yem diye ortaya attı oy mahiyetine. 120 bin doktor var, karşısında da oy veren kaç kişi var 45 milyon, hangisi ağır basar bu kadar basit. Bakan öyle deyince vatandaşa ne yapıyor... Sağlık politikalarından, Bakanın söylemlerinden kaynaklanıyor, sağlık hizmetleri şöyle böyle, sonra vatandaş acile gidiyor bir memnuniyetsizlik yaşıyor, kime çatıyor doktora.” Aile Hekimi 3

“Başbakan ve Bakan sürecin başladığı dönemde televizyonlarda ‘hekimler ve sağlık çalışanları hizmetkarınız’ algısını oluşturdular. Sizinle ilgilenmezlerse ben kendim cezalandıracağım dediler. Bir dönem sonra bu şuna dönüştü; hasta kendini yöneten yerine koydu ve cezalandırma işlemini kendisi üstlendi.” Pratisyen Hekim 1

“26 yıllık doktorem, şiddet kesinlikle arttı. Şiddetin artmasının sebebi de, bu hükümetin doktorlarla ilgili olan yaklaşımıdır. 184, vs. gibi hatlar kuruldu, aklına esen okuyor (şikayet ediyor).” Uzman Hekim 1

“Eğer Bakanlık sağlık personelini bu kadar suçlamasaydı, insanlarda hekimlere karşı bu kadar agresif olmayacaktı. Devletin bu tutumuyla insanlar hekimlerinde çok da büyük olmadığını, onların itilip kakılıp tartaklanabilecekleri sonucunu çıkardılar, bu destekle bunu da kullanıyorlar yani.” Eczacı 4

“Eskiden de vardı ama lafta sözde vardı, şimdi öldürmelere varan olaylar oluyor. Şiddet olaylarının görünürlüğü arttı demek birazda savunma mekanizması belki de. Bu sistemden kaynaklanıyor biraz da. Şiddete başvurulmasının bir nedeni de yöneticilerin yaptığı konuşmalar... Hekimliğin saygınlığını etkileyecek olumsuz konuşmalar yapıldı. Bundan dolayı hekim hasta ilişkilerinde bozulmalar olmuştur.” Uzman Hekim 5

“Buz dağının görünen yüzü, burada her gün acilde asistanlar taciz ediliyor, tehdit ediliyor. Bunlar hiç şikayete yansımıyor, sadece çok büyük vakalar yansıyor. Acildeki çocukların ruh sağlığı bozuk, çok berbat durumdalar (acilde çalışan asistan hekimler). Özellikle zavallı hemşireleri garip görüyorlar ağızlarına geleni söylüyorlar, ‘aptallar’, ‘geri zekalılar’, şunlar, bunlar! Herkesin sinirleri, ruh sağlığı bozuk (sağlık çalışanlarının). Ben otuz yıllık hekimim, eskiyle yeniye kıyaslayabilecek bir kıdemim var, bana göre %500 arttı (şiddet).” Uzman Hekim 6

“Hastalar sürekli bize karşı kıskırtılıyor. Basın yayın organları, bak bu doktor, bak bu doktor. Bunlar hiç mi kontrol edilmeyecek? Bak doktorlar şöyle yaptı, bak doktorlar böyle yaptı, sürekli bilinçaltı kinleniyorlar (hastalar), zaten potansiyel suçlu olarak görüyorlar (hekimleri), acile giriyorlar. Giriş zaten hazır, patlamaya hazır bomba olarak geliyorlar! Şurada kaç kere dayaktan zor kurtuldum! Bunlar yansımıyor. Ben hiç hakaret, tehdit görmedim, son iki senedir tehdit ve hakaret!” Uzman Hekim 6

Sağlık çalışanı katılımcılarının tamamına yakını (1 eczacı hariç) sağlıkta dönüşüm sürecinde hasta ya da hasta yakınlarının sözel veya fizik şiddetine maruz kalmıştır. Katılımcılardan 1 diş hekimi ve 1 uzman hekim hastasının fiziksel şiddetine

maruz kalırken, diğer katılımcıların hasta ya da hasta yakınlarının sözel şiddetine maruz kaldıkları ve bu sözel saldırılara sıklıkla yaşadıkları anlaşılmaktadır.

“Bundan 2 sene önce fiziksel bir saldırıya maruz kalmıştım (şikayetçi olmamış), sözel saldırılarla her zaman karşılaşyoruz, bizi zorlayan cümleler kuran hastalarımız çok oluyor, sakın olmaya çalışıyoruz, cevap vermemeye çalışıyoruz. Kafalarına bir şey koyup geliyorlar, anlatamaya çalışıyorsun, anlamıyorlar.” Diş Hekimi 4

“Hasta sadece hastalığı ile gelmiyor, hekime karşı agresifliği ile geliyor. Kapıda beklemesi bile bir kavga nedeni. Bana da oldu, mahkemelik oldum. Adam randevusu geçtikten 2 saat sonra geldi, beni muayene edeceksin dedi. Ben kabul etmeyince rahat tavırlarla beni muayene etmek zorundasın dedi, ben kabul etmeyince de bana yumruk attı, ben karşılık vermedim, geri çekildim. Araya birileri girdi, ayırdılar. Sonra ben mahkemeye verdim, mahkeme 2 sene sürdü, darp raporu almadığım için adam beraat etti.” Uzman Hekim 3

“Başka bir arkadaşın hastası, arkadaş izinde olduğu için bana gelmişti. Başkasına ilaç yazdırmaya çalışıyordu. Ben bu ilacı yazamam deyince “bu doktorları da boşuna dövmüyorlar” diye söylenerek kapıdan dışarı çıktı, sonrada küfürler edip gitti.” Aile Hekimi 1

“Burada şu veya bu sebeple, anneme-babama iyi bakılmadı, bana bilmem ne oldu, doktor içeride çay içiyordu falan diye; hatta daha ilginç, bizim toplum hâlâ o feodal, hemşerilik, ilişkileri falan varya yaklaşık 6 ay önce, 40-45 kişilik bir grup sopalarla acili basıyorlar hastamıza iyi bakılmadı diye. Böyle bir şey olabilir mi yani? Dünyanın hiçbir yerinde var mıdır?” Uzman Hekim 1

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarından hekimlerin bir kısmında sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte hekimlere yönelik olarak artan şiddet olaylarının sonucunda, hasta ve hasta yakınlarına yaklaşımlarında bir “çekince” olduğu anlaşılmaktadır. Şiddet olaylarıyla birlikte hekimlerin kendilerini yalnız hissettikleri ve kendilerine sorun yaratabilecek hastalara karşı savunmacı bir yaklaşıma girdikleri ve olanaklı ise bu hastaları eledikleri anlaşılmaktadır.

“Sağlık sisteminin dönüşümünün bir yanında hizmeti alanlar diğer yanında sağlık çalışanları var ve bu dönüşümde sağlık çalışanları ikinci plana atılmış durumda... Artık hasta ve hasta yakınlarına açıklamalarda bulunurken çekiniyoruz, kullandığımız kelimeleri seçerken çekiniyoruz!” Uzman Hekim 2

“Mesela, doktorda analiz gücü var, sorun yaratacak hastaları çaktırmadan başka hastaneye gönderiyorlar, “size orada daha iyi bakılır, bizde bu şey yok”

falan diye. Hastalar kendileri kaybediyorlar. Ben de öyleyim mesela.” Uzman Hekim 1

“Yani zaten bir Başbakan çıkıp şey derse, “bu doktorlar da hani işte, paragöz, sizin cebinizde eli” bilmem ne falan derse, yani bu işin devamı olarak şiddet geliyor... Yani “orada ki sistem çok iyi, biz sizin arkanızdayız ama doktorlar kötü” şeyi empoze ediliyor. Yani öyle olduğu için de doktorlar da güçsüz ve korumasız gözüktüyor şu sistem içinde. Dolayısıyla yalnız başına ve şey yani kendine güveni kalmamış bir doktor, her anlamda yani, işi dolayısıyla değil tek başına yani. Ama beni koruyacak bir sistem var, işte şey var diye düşünemiyor... Yani hani bütün sistem hastadan yana bir sistem. Yani sonuçta doktor kendini yalnız ve itilmiş hissediyor bu sistem içinde, o kadar.” Uzman Hekim 7

“Hasta memnuniyeti, müşteri memnuniyeti odaklı bir dönüşüm. Sağlık çalışanlarının ikinci plana itildiğini düşünüyorum.” Uzman Hekim 6

Sağlık çalışanı katılımcılarından 1 eczacı sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artmadığı ve hasta hekim arasında ki şiddet olayların nedeninin ise hasta hekim arasındaki iletişim sorunundan, “empati kurulamamasından” kaynaklandığını düşünmektedir.

“Onu hastane personeline sorsanız daha net bir bilgi alabilirsiniz. Bizde ancak medyada gördüğümüz kadarıyla konuşabiliriz. Ya ben eczanemde şahsen öyle bir şeyle karşılaşmadım, yani öncesi neyse sonrası da o dur. Nihayetinde karşımda bir hasta vardır, hastanın bir psikolojisi vardır, buna yaklaşım her yerde her kişide aynı olmuyor. Her zaman empatiyi iyi yapmak gerekiyor. Hasta olarak da sağlık personeli olarak da, ikisinin birbirlerini anlamaları gerekiyor.” Eczacı 2

5.3.8. Etik Dışı Ödeme Biçimleri

Sağlık çalışanı katılımcılarının büyük çoğunluğu (13 kişi) cerrahların bir kısmının ameliyatlar için hasta ya da hasta yakınlarından aldığı “bıçak parası”, hastanın kamu hastanesinde yatışını ve tedavi süreçlerini hızlandırmak için kamuda çalışan hekimin muayenesi yönlendirilip oradan muayene ücreti alınması gibi hasta ile hekim arasındaki etik dışı ödeme biçimlerinin eskiden olduğu, “Tam Gün”den sonra devam etmediği, ediyorsa da çok düşük düzeyde olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Büyük ihtimal devam etmiyor, böyle bir imkan yok sanırım. Tam günden sonra yok. Çok düşük düzeyde vardır belki ama bilmiyorum yani. Öyle bir şey duymadım hayır (bıçak parası).” Aile Hekimi 1

“O bıçak parası diye adı geçen şey doğrudur, vardı. Biz de bilirdik, duyardık. Hastanın biri daha sonra gelir, derdi: muayenehanesine gittim 3 milyar paramı aldı, falan. Bunlar hiç hoş şeyler değildi.” Uzman Hekim 1

Sağlık çalışanlarının bir kısmı (6 kişi) ise “bıçak parasın” “Tam Gün”den sonra muayenesi olan hekimlerin bir kısmının tam zamanlı olarak özel hastanelere geçmesi nedeniyle, hastaların bu hekimlere ulaşmak için özele yöneldikleri ve bıçak parasının biçim değiştirerek yasallaştığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Ne oluyordu eskiden, vatandaş gidiyordu bir muayenehane doktoruna muayene ücretini veriyordu hastanedeki işi kolaylaşıyordu. Şimdi hastanede istediği hekime ulaşabilmesi için özel hastaneye gitmesi gerekiyor vatandaşın, bu da para demek. Eskiden hekime bireysel olarak para ödüyordu, şimdi hastaneye ödüyor, yani kurumsallaştı süreç. Hastane patronuna ödeniyor para. Yani etik dışı davranışlar yasallaştı.” Pratisyen Hekim 1

“Şekil değiştirdi eskiden hastanın 1 milyarını alıp kendi kurumu içerisinde yapıyordu. Şimdi aynı şey özel hastanede aynı şey 30-40 milyara yapılıyor, bu resmi bir şey oluyor. Yasal bir şey olduğu için kimse bundan bahsetmiyor.” Aile Hekimi 1

1 sağlık çalışanı ise hasta ve hekim arasındaki etik dışı ödeme biçimlerinin halen devam ettiğini belirtmiştir.

“Ben çok büyük fark olduğunu düşünmüyorum, şu anda ne oldu eskiden muayenehanesi vardı hekimlerin, fatura kesiyorlardı, belli oranda da vergi ödüyorlardı, şimdi bu illegale çekilince vergiler de ortadan kalktı, aslında devlet zarara uğradı.” Hemşire 1

Ayrıca 1 uzman hekim ise eskiden var olan “bıçak parası” ödemesini bir anlamda yanlış bulmakla birlikte bunu hasta açısından “parası olmayanın korunması” ve aslında “bıçak parasının” gönüllülük ilişkisi çerçevesinde “alanın ve satanın memnun

olduğu” bir işleyişe sahip olduğu yönünde, bu etik dışı ödemeleri normalleştirme gibi bir eğilimi de mevcuttur.

“Eskiden (tam günden önce) daha rahat işliyordu (ameliyatlar) ama orada da bıçak parası falan devreye giriyordu, ama alan memnundu, satan memnundu... Bu cerrahları da sıkı denetim altına alırdın, bu bıçak parası işini de ortadan kaldırırdın... Şimdi bir gönüllü ilişki vardır: şahsen ben, herhangi bir yerde bir ameliyat falan yaptırdıysam, neredeyse bir ameliyat parası kadar hediye götürüyorum doktora. En yakın örnek: yakın zamanda eşim trafik kazası geçirdi, ben de doktorum ama o doktora aldığım hediye, neredeyse ameliyat parası kadardı. Bir gönüllülük ilişkisi esastır. Parası olmayanı koruyacaktın hükümet olarak, bıçak parası falan alanlar üzerinde de denetim sağlayacaktın.” Uzman Hekim 1

5.3.9. Sağlık Çalışanlarının Gözünden Toplumun Sağlık Sistemi Dönüşümünü Değerlendirmesi

Sağlık çalışanı katılımcılarının tamamı toplumun sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının artması ve ulaşımının kolaylaşması anlamında, toplumun sağlıkta dönüşüm programının olumlu bir şekilde karşılandığı ve bu açıdan memnun olunduğuna dair ortak bir kanaat mevcuttur. Erişim ve ulaşım kolaylığıyla birlikte kamu sağlık hizmetlerinin kalitesi anlamında da toplumda bu dönüşüme karşı olumlu bir değerlendirme ve memnuniyetin olduğu görüşü katılımcıların 1/4’ü (5 kişi) tarafından paylaşılmaktadır.

“Fiziki şartlar düzelince hastalar memnun yani bilmiyorum hastaların bir kısmı bu sistemden memnun... Hasta gözünden bakınca, bu sistem çok olumlu.” Uzman Hekim 5

“İnsanlar hekimini seçebiliyor, istediği hastaneye gidebiliyor. Halk için şeydir, işinin kolaylaşması avantaj. Tedavi süreçleri daha hızlı.” Uzman Hekim 3

“Halkın da çoğunluğunun memnun olduğuna inanıyorum. Yani herkesi %100 memnun etmek kolay değil. Evet yani çoğu memnun, ama %100 herkesi memnun edemezsiniz. Ama artı ve eksilerimizi karşılaştırırız, kıyaslarız. Nihayetinde de sağlık sektörümüz bizi başkasına muhtaç etmeden her ne kadar hepsini birden memnun etmese de memnun ettiği kişilerin çoğunlukta olduğuna inanıyorum.” Eczacı 2

Erişim ve ulaşım kolaylığıyla birlikte toplumda bu dönüşüme karşı olumlu bir değerlendirme ve memnuniyet olmasına karşın, toplumun aldığı sağlık hizmetinin kalitesi anlamında da bir farkındalığın olmadığı ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir iyileşme olmadığı görüşü katılımcıların yarısı (10 kişi) tarafından paylaşılmaktadır.

“Özellikle ulaşılabilirlikte, hizmetin kalitesinden çok ulaşılabilirliğinde ki artış insanları memnun ediyor. Ama genel olarak hizmet kalitesinde bir artma var mı onu bilemiyorum işte.” Aile Hekimi 1

“Tabi halk bundan çok memnun, hasta çok güzel bir şey aldığını sanıyor, aslında ne olup bittiğinin farkında değil, böylede bir gerçek var, bunu sadece dış hekim biliyor.” Dış Hekimi 2

“Yani, kısa vadede vatandaşın bundan memnun olduğu görülüyor. İnsanlar doktora ulaşabilir hale geldi. Ama hekime ulaşmak, sağlığa ulaşmaktan bahsetmiyorum, hekime ulaşmaktan bahsediyorum, evet, hekime ulaşabiliyorlar artık. Ama ben bir hasta yakını olarak da görüyorum ki hiç de öyle kaliteli bir hizmet anlayışı falan çok söz konusu değil.” Hemşire 1

Erişim ve ulaşım kolaylığıyla birlikte toplumda bu dönüşüme karşı olumlu bir değerlendirme ve memnuniyet olmasına karşın, toplumda özellik isteyen hastalıkların tedavisine ihtiyaç duyanların bu dönüşümü olumsuz olarak değerlendirdiği veya bu gibi bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyması durumunda dönüşümü olumsuz değerlendireceği görüşü katılımcıların yaklaşık 1/3’ü (6 kişi) tarafından paylaşılmaktadır.

“Çok ciddi sağlık problemleri yaşayan, doktor araştırması yapan insanlar memnun değil.” Aile Hekimi 2

“Özellik isteyen hastalıkların tedavisine ihtiyaç duyanlar tepki gösteriyor ama bunların sayısı çok az. İnsanlar hekime ulaşıyor, sağlık hizmetine ulaşıyor ama ne tür bir hizmet aldıklarının farkında değiller, ilerleyen süreçlerde vatandaş bu işi görecek.” Pratisyen Hekim 1

“%80 memnun olur, zaten onların hedefi o %80 ama memnuniyetsiz kısım, işte şey, yani esas sorunu olup çözemeyen kısım... Hani basit bir işin olduğunda iyi bir şey. Ama şu anda benim bir yakınım için ben beyin cerrahı arıyorum, ama hani üstüne 20-30 bin lira vermeden ameliyat ettireceğim bir kişi yok... Yani o yüzden, ancak o başına geldiğinde memnuniyetsiz olacak o insan. Ama onun başına gelmesi, bugüne ait bir şey olmayacak o yani, bu bir süreç.” Uzman Hekim 7

Erişim ve ulaşım kolaylığıyla birlikte toplumda bu dönüşüme karşı olumlu bir değerlendirme ve memnuniyet olmasına karşı, emeklilerin ödedikleri katılım paylarının farkında olmadığı ve katılım paylarının şu an için cüzzi miktarlarda olması, geleceğe yönelik olarak bu katılım payları miktarının arttırılması ile birlikte toplumda sağlık sisteminin dönüşümüne karşı bir tepki ve memnuniyetsizliğin olacağı görüşü katılımcıların yaklaşık 1/3'ü (6 kişi) tarafından paylaşılmaktadır.

“Emekli farkında değil maaşından kesildiğinin hala memnunum diyor. Elden ödemeye başlasın bak bakalım çok iyi oldu der mi?” Eczacı 1

“Hükümetin en başarılı olduğu konulardan biri olarak sağlık gözüküyor ama vatandaş cebinden para çıkması artınca bu sağlık sisteminin nereye gittiğini daha iyi anlayacak. şimdiye kadar cicim aylarıydı, yeni yeni farkına varmaya başlıyorlar. Hastaların bazıları ilaç almakta zorlanıyor, ama bunları duyuracak bir medya da yok.” Aile Hekimi 3

“Henüz bu rakamlar küçük, can yakmıyor. Muayene ücreti veriyor, onu eczanede veriyor, halen vatandaş eczacı alıyor sanıyor bu parayı, bir kısmının maaşından kesiliyor fark etmiyor. Fakat ileriki süreçlerde artacak bu ücretler. şimdi 3 TL almış diye düşünüyor, bir şey yapmıyor ama ileride artacak.” Pratisyen Hekim 1

“Artık hastaların kesesinden de eczanelerde para alınmaya başlandı... 2010'da kalmamak lazım (hasta memnuniyeti anketlerini kast ediyor). 2010'dan sonra katkı payları geldi, reçete katkı payı, muayene katkı payı, yeni ilaveler oldu. şimdi vatandaşa soralım, vatandaş cüzdanına el atılmadıkça bağırılmaz!... Para cebinden çıkınca olumsuz, çıkmayınca olumlu (hastalar).”Uzman Hekim 6

5.3.10. Sağlık Çalışanları ile Yapılan Derinlemesine Görüşmelerinin Değerlendirilmesi

Alan araştırması kapsamında 20 sağlık çalışanı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu derinlemesine görüşmelerin değerlendirmesi aşağıda yer almaktadır.

Sağlık Sisteminin Dönüşümü

Sağlık çalışanları katılımcılarının sağlık sisteminin dönüşümü konusunda genel bir kanaati bulunmakla birlikte, dönüşümün temel bileşenleri konusunda farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Temel olarak her bir sağlık meslek grubunun kendi çalışma alanı ile ilgili farkındalığa sahip olduğu ancak diğer kamu sağlık hizmetlerinin sunumu, organizasyonu ve işleyişi konusunda bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Sağlık sistemi dönüşümünün kendi sağlık hizmeti üretimi alanında yarattığı değişiklikleri konusunda sadece bilgili olan bu sağlık çalışanlarının, diğer sağlık hizmeti üretim alanlarına karşı ilgisiz oldukları ve sadece kendi çalışma koşullarına odaklandıkları görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin basamaklı yapısı gereği ayrı mekanlarda sağlık hizmeti üretiminin gerçekleştirilmesi bu farkındasızlığın bir nedeni olarak değerlendirilmemektedir. Yapılan alan araştırmasında sağlık sistemini dönüşümünün bileşenleri konusunda kendi hizmet üretimi alanları dışında bilgi ve kanaati olmayan sağlık çalışanlarının, kendi çalışma ve iktisadi koşullarına odaklandığı görülmüştür.

Sağlık çalışanı katılımcılarının 1/4'ü (5 kişi) sağlık sistemi dönüşümünü Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın gerekçelerine paralel olarak; eski sağlık sisteminin "hantallığı"nı, sağlık hizmet sunucularının çeşitliliğinin sağlık hizmetlerine ulaşımında sorunlara neden olması ve hizmet talebini karşılayamamasını, 1. basamaktaki yetersizlikleri ve ilaca ulaşım zorluklarını gösterilmiştir. Bu dönüşümle birlikte, başta kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması ve 1. basamakta aile hekimliği modeline geçilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştığı görüşü paylaşılmaktadır.

Sağlık çalışanı katılımcılarının yaklaşık yarısı ise (9 kişi) sağlık sisteminin dönüşümünü, eski sağlık sisteminin eksiklikleri-aksaklıkları öne sürülerek, kamu sağlık hizmetlerinin “ticarileştirilmesi” “piyasalaştırılması” ve “özelleştirilmesi” süreci olarak değerlendirmektedir. Diş hekimlerinin tamamı ise (4 kişi) bu dönüşümün politik nedenlerle “oy için yapılmış” olduğı görüşünü paylaşmaktadır. Sağlık çalışanlarından 2’si ise dönüşümün gerekçesi konusunda görüş belirtmemiştir. Diğer taraftan bütün sağlık çalışanları kamu hastanelerinin birleştirilmesini ve herkesin bütün kamu hastanelerinden faydalanabilmesini olumlu olarak değerlendirmektedir.

Genel Sağlık Sigortası

GSS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (10 kişi) 3’ü GSS’ye geçişi sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından olumlu değerlendirmekte ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından sağlık hizmetinden yararlananların buna maddi anlamda katkı yapması gerektiğini düşünmektedir. Bu görüşü paylaşan sağlık çalışanları GSS’nin kapsam sorunu olmadığını, prim ödeyemeyen yoksul kesimlerin bu nedenle sağlık sistemi dışında bırakılamayacağı, buna Sağlık Bakanlığı’nın izin vermeyeceğini belirtmişlerdir. GSS’yi olumlu değerlendiren bu katılımcılar, GSS’nin finansmanını sağladığı sağlık hizmetlerinin kapsamında bir daralma olmayacağı görüşündedirler. Ayrıca sağlık hizmetleri kullanımı aşamasında ödenen katılım payları da “gereksiz kullanımları engellemesi” ve “kullanılan sağlık hizmetinin maddi sorumluluğına katkı sağlanması” anlamında doğru bir uygulama olarak değerlendirmekte ve genelde hastalar için bir sorun yaratmadığı görüşünü paylaşmaktadır.

GSS konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (10 kişi) 7’si sağlık hizmetlerinin finansman modeli olarak GSS’ye geçişi, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın primle ilişkilendirilmesini, prim ödeyemeyenlerin kapsam dışı kalması ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler yaratması nedeniyle bu finansman modelini olumsuz olarak değerlendirmektedir. Bu model yerine sağlık hizmetlerinin vergilerden finanse edilmesi gerektiğı görüşü savunulmaktadır. Bu katılımcılar GSS’nin

sağlayacağı sağlık hizmetlerinin kapsamında gelecekte bir daralma olacağını öngörmektedir. Bunun da toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımında sorunlara neden olacağını ve GSS kapsamında sağlanmayacak olan sağlık hizmetlerine ulaşım anlamında topluma maddi anlamda ek bir yük getireceğini belirtmişlerdir. Ayrıca sağlık hizmetleri kullanımı aşamasında ödenen katılım paylarını “kamu sağlık hizmetlerinin fiyatlandırması yoluyla özelleştirilmesi” ya da ödenen sağlık priminin dışında birde sağlık hizmeti kullanımı aşamasında bu gibi ücretlerin alınmasını yanlış bir uygulama olarak değerlendirmektedir. Bu ödemelerin düşük gelirli hastalar için bir sorun yarattığı görüşünü paylaşmaktadırlar. Özellikle eczacıların bu ödemelere aracılık etmekten çok olumsuz etkilendikleri anlaşılmaktadır.

Aile Hekimliği Sistemi

Aile Hekimliği Sistemi hakkında bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (13 kişi) 4’ü 1. basamaktaki sağlık personeli dağılımındaki sorunlar, yetersizlikler, eski Sağlık Ocağı Sistemi’ndeki eksiklikler ve “hantallık” nedeni ile Aile Hekimliği Sistemi’ne geçildiği ve bu dönüşümün hizmet sunumu açısından daha uygun bir sistem olduğu görüşündedir. Aile Hekimliği Sistemi’nde gebe takibi ve aşılama gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin daha sistematik bir şekilde Aile Sağlığı Merkezleri, topluma yönelik koruyucu hizmetlerin ise Toplum Sağlığı Merkezleri aracılığı ile verildiği dolayısı ile koruyucu sağlık hizmetlerinde bir aksama veya eksiklik olmadığı görüşünü paylaşmaktadırlar.

Aile Hekimliği Sistemi hakkında bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (13 kişi) 9’u ise eski Sağlık Ocağı Sistemi’ndeki eksiklikler neden gösterilerek Aile Hekimliği Sistemi’ne geçildiği; bu dönüşümle birlikte Sağlık Bakanlığı’nın 1. basamaktaki sorumluluğunu sağlık çalışanlarına aktardığı, 1. basamak sağlık hizmetlerinin tedavi edici bir yapıya dönüştüğü ve “ticarileştiği” görüşündedir. Aile Hekimliği Sistemi’nde yapılmadığında para cezası olan kişiye yönelik koruyucu hizmetler (gebe takibi ve aşılama gibi) dışındaki koruyucu hizmetlerin verilmesinde eksiklikler olduğunu da belirtmişlerdir. Bu katılımcılar aile hekimliği sisteminin tedavi

edici sağlık hizmetleri mantığı üzerine kurgulandığını savunmaktadır. Katılımcılardan 1. basamakta çalışanların tamamı ise (5 kişi) Aile Hekimliği Sistemi’nde ekip çalışması anlayışının ortadan kalktığı; sağlık hizmetlerinin basamaklı yapısı gereği sevk sisteminin-zorunluluğunun olması gerektiği düşünmektedir. Ayrıca 1. basamakta çalışan sağlık katılımcılarının tamamı, reçete katılım payının dolaylı olarak aile hekimliği muayene hizmetinin ücretlendirilmesi olarak değerlendirmektedir.

Kamu Hastaneleri Birlikleri

Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (12 kişi) 10’u KHB ile kamu hastanelerin “kar-zarar odaklı işletme”lere dönüştüğünü ve bunu kamu hastanelerin özelleştirilmesi sürecinde bir adım olarak değerlendirmektedir. Bununla birlikte KHB ile üzerlerindeki baskı mekanizmalarının artacağı yönünde kaygı duyan sağlık çalışanlarının olduğu da görülmüştür. KHB sürecini Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesine yönelik bir uygulama olarak görmektedirler. Ayrıca bu katılımcılar arasında KHB ile kamu hastanelerindeki sağlık hizmeti üretiminin giderek “fabrika üretimi”ne dönüştüğü şeklinde saptamalar da mevcuttur.

Kamu Hastaneleri Birliği konusunda bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarından (12 kişi) sadece 2’si KHB ile birlikte “insan gücünün daha iyi kullanılacağını” ve hastanelerin daha verimli çalışacağını görüşünü öne sürerek kamu hastanelerinin “sağlık işletmeleri”ne dönüştürülmesi sürecini desteklemektedir.

Kamu Hastane Hizmetleri

Bütün sağlık çalışanları, kamu hastanelerinin birleştirilmesini ve sosyal güvence durumuna göre herkesin bütün kamu hastanelerinden faydalanabilmesini, eskisine nazaran sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım kolaylığı sağlaması açısından olumlu olarak değerlendirmektedir. Genel olarak kamu hastanelerinin fiziki koşullarının ve teknolojik olanaklarının geliştiği konusunda da hem fikirdirler. Bununla birlikte

sağlık çalışanlarının tamamına yakını (1 eczacı hariç) kamu hastanelerindeki hizmet kalitesinin; yoğunluk, muayene sürelerinin kısalığı, kullanılan malzemelerinin kalitesizliği ve “Tam Gün”den⁶ dolayı ayrılan hekimler nedeni ile düştüğü görüşünü paylaşmaktadır. 3 Uzman hekim ise “Tam Gün”den dolayı kamudan ayrılan cerrahlar nedeniyle artık bazı “özellikli” ameliyatlara kamu hastanelerinde yapılamadığını belirtmiştir. Bu dönüşüm sürecinde bazı sağlık çalışanları (7 kişi) kamu hastanelerinin “özel sektör mantığıyla” çalışmaya başladığını belirterek hastane içindeki bazı hizmetlerin taşeronlaşmasını, “özelleştirme” olarak değerlendirmektedir.

Kamu Sağlık Hizmetlerine Güven

Sağlık çalışanlarına “kendisinin veya bir yakınının ciddi bir sağlık sorunu olduğunda veya özellik gerektirecek bir ameliyat yapılma ihtiyacında nereye başvuracakları” sorulmuştur. Katılımcılar arasındaki uzman hekimler, bu gibi bir durumda kendi çalıştıkları hastaneye başvurma gibi bir yaklaşım içinde olmadıkları görülmüştür, bu yaklaşım uzman hekimlerin kendi çalıştıkları hastaneye karşı bir güvensizlik içinde oldukları şeklinde değerlendirilebilir. Sağlık çalışanlarının tamamına yakını (1 eczacı hariç) araştırma yapıp iyi doktor nerede ise kamu olsun özel olsun, iyi doktorun çalıştığı hastaneye başvurduklarını veya başvuracaklarını belirtmişlerdir. Sağlıkta dönüşüm sürecinden önce de bu şekilde davrandıkları anlaşılmakla birlikte, bundan önce olsaydı nitelikli, deneyimli hekimleri kamu ve üniversite hastanelerinde bulma ihtimallerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ancak özellikle “Tam Gün”den sonra kamu ve üniversite hastanelerinde böyle hekimlerin azalması veya kalmaması nedeniyle ağırlıklı olarak özel hastanelere gittiklerini ve gitme eğilimi içinde olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca sağlık çalışanları arasında ciddi sayılabilecek sağlık sorunları yaşayanlardan 2 kişinin kendi sağlık sorunları ile ilgili teşhis, tedavi ve ameliyat gereksinimleri için özel hastaneyi tercih ettikleri görülmüştür.

⁶ Ayrıntılı bilgi için sayfa 160’taki dipnot 3’e bakınız.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarından (14 kişi) 2'si performansa dayalı ek ödeme sistemini “eskisine göre daha iyi” bir uygulama olarak olumlu değerlendirirken, performans ücretinin emekliliğe yansımaması ve çalışma barışını zedelemesi açısından ise olumsuz değerlendirmektedir. Kamu sağlık çalışanı katılımcılarının tamamına yakını ise performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamasını doğru bulmamakta, bunun yerine temel maaşlarının yükseltilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca kamu sağlık çalışanları performansa dayalı ek ödeme sisteminin, gereksiz tahlil ve girişimlere neden olduğunu; “alışma barışını” bozduğunu; sağlık çalışanlarını para odaklı kişilere dönuştürdüğünü; performans ücretlerini artırmak için daha hızlı ve etik kurallara uygun olmayan bir şekilde kalitesiz sağlık hizmeti sunumuna neden olduğunu; hekimlerin riskli ameliyatlardan kaçındıkları ve risksiz daha kolay ameliyatlara yapmaya başladıklarını ve bu nedenle “özellikli” ameliyatların kamuda yapılmamasına neden olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

Kamu sağlık çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda; performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık hizmeti üretiminde rekabete dayalı bir anlayışı içermesi nedeniyle ekip anlayışını bozduğu, çalışma barışını zedelediği, birçok gereksiz işlem ve tahlile neden olduğu, sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Çalışma Koşulları

Kamu sağlık çalışanı katılımcılarının tamamı (16 kişi) sağlık sistemi dönüşümü ile birlikte iş yüklerinin arttığını ve aşırı bir iş yükü altında çalıştıklarını belirtmiştir. Hatta diş hekimleri bu aşırı iş yükü altında çalışmayı “makine” gibi çalışmaya “hamallığa” benzetmektedir. Aile hekimleri gelirlerinden, görece olarak diğer kamu sağlık çalışanlarına göre memnun olmalarına karşın, çalışma koşullarının ağırlaşması ve özellikle sözleşmeli çalışmaları nedeni ile iş güvencelerinin aşındırılması nedeniyle geleceğe yönelik umutsuz oldukları görülmüştür.

Görüşme yapılan kamu sağlık çalışanlarının yarısı (8 kişi) değişen çalışma koşulları ile birlikte hekimlerin “işçi”leştikleri ve sağlık hizmeti üretim sürecinin ise kitlesel seri üretim mantığında “fabrika” üretim tarzına dönüştüğü görüşünü paylaşmaktadır. Sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde; “Tam Gün” uygulaması, performans sistemi ve Kamu Hastaneleri Birlikleri ile hekimler mesleki özerliğini ve emek süreci üzerindeki denetimlerini kaybetmişlerdir. Bununla birlikte özelde uzman hekimlerin ve genelde ise tüm hekimleri görece olarak gelirlerinin düşmesi ile birlikte bu sürecin kendisi “beyaz yakalı” hekimlerin proleterleşme sürecini hızlandırmaktadır.⁷

Hasta-Hekim İlişkisi

Sağlık çalışanı katılımcılarının tamamına yakını sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte, başta Başbakan ve Bakan’ın söylemlerinin⁸ etkisi ile hekimlik mesleğinin itibarsızlaştırıldığı, değersizleştirildiği bunun etkisi ile hekime olan güvenin azaldığı; itibarsızlaşma-değersizleşme ve güvensizlikle birlikte hasta hekim ilişkisinin zedelendiği; bu süreçte genelde sağlık çalışanlarına özelde ise hekimlere karşı şiddet olaylarının arttığı görüşünü paylaşmaktadır. Hasta hekim ilişkisindeki zedelenmede medyanın da olumsuz katkısı olduğu bazı katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Kamu sağlık çalışanlarının tamamının, sağlık sisteminin dönüşümü sürecinde hasta ve hasta yakınlarının sözel şiddetine, 2’sinin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür.

⁷ Türkiye’de sağlık emek gücünün dönüşümü ve proleterleşme tartışmaları için bkz: Ünlütürk-Ulutaş, Çağla., **Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü**, Nota Bene Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2011

⁸ Başbakan Recep Tayip Erdoğan: “Ben doktora iğne yaptırmam doktorlar adamı felç ederler alimallah.”; “Doktor Efendi dönemi bitti.” (<http://tbmm.chp.org.tr/haber.aspx?ID=161>); “Çalışmak istemiyorsanız çekin gidin.”

(http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/genel_kurul.cl_getir?pEid=2153); “Şimdi bir hastanenin kapısından benim bir vatandaşım geri çevrilsin biz onun alnını evvel Allah karışlarız.”

(<http://www.trtturk.com.tr/haber/recep-tayyip-erdoganin-zor-anlari.html>); “Hekimler yalnızca menfaatçidir, çıkarlarını düşünür.”; “Onların hiçbir çıkarı hastalarının iyiliğinden önde değildir bilmiyor musunuz?” (<http://www.tb.org.tr/index.php/Haberler/klip-3902.html>)

Sağlık Bakanı Recep Akdağ:

“Doktorların eli hastaların cebinde.”; “Paracı doktorlar gürültü yapıyor.”

(<http://tbmm.chp.org.tr/haber.aspx?ID=161>); “Tuzu kuru doktorlar.”, “Paracı Doktorlar.”

(http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/genel_kurul.cl_getir?pEid=2153)

Sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde hekim-hasta ilişkisi, hekim-müşteri ilişkisine dönüşmüştür. İlişki biçiminin değişiminde hastaların müşteriye dönüşmesinin kendisi bu ilişkiyi ayrıca güvensizlik zeminine oturtmuştur. Bu süreçte siyasal iktidarın popülist söylemlerinin hekimlik mesleğini halk nezdinde itibarsızlaştığı, değersizleştirdiği ve hasta-hekim ilişkisinde güvensizliğe neden olduğu veya bu güvensizliği geliştirdiği görülmüştür. Sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde hasta-hekim arasında gelişen bu güvensizlikle birlikte, yoğunluk ve performans uygulamaları başta olmak üzere, hasta ve hekim arasında çıkan sorunlarda hasta ve hasta yakınlarının eskisine nazaran belirgin bir şekilde daha fazla hekimlere karşı şiddet eylemlerine yöneldikleri saptanmıştır.

5.4. Uzman Görüşü Derinlemesine Görüşme Bulguları

Alan araştırması kapsamında sağlık sektörü kamu yöneticileri, sağlık meslek temsilcileri ve bir özel hastane ortağı-yöneticisi olmak üzere toplam 8 kişi ile uzman görüşü almak üzere derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelere ait bulgular aşağıda yer almaktadır.

5.4.1. Sağlık Sistemi Dönüşümünün Gerekçesi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri, önceki sağlık sisteminin sağlık hizmeti talebini yeterince karşılayamaması, sosyal güvence durumuna göre ayrı hastanecilik hizmetlerinin verilmesi ve bu bölünmeden dolayı herkesin tüm kamu hastanelerinden yararlanamaması ve özellikle eski SSK hastanelerinin yeterli hizmeti sunamamasını sağlık sistemi dönüşümünün temel gerekçeleri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca iki kamu sağlık sektörü yöneticisi, SSK Hastanelerindeki aksaklıklarının sorumlusunun “yöneticiler” olduğunu vurgulamıştır.

“SSK sosyal güvenlik kuruluşu olarak da başarılı değildi, sağlık hizmeti sunumunda da başarılı değildi. İyi yönetilemiyordu, aşırı yoğunluk dolayısıyla erişimde sorun vardı. SSK hastanesinin dibinde oturan memur o hastaneye gidemiyordu veya tam tersi devlet hastanesinin yanında oturan bir SSK’lı

devlet hastanesinden yararlanamıyordu. Kamu olanakları ile sunulan hizmette, hizmetten yararlananlar için bir bölünme söz konusu idi. Bir şekilde iyi yönetilmiyordu, bu nedenle poliklinikte sorunlar, ilaçta sorunlar vardı, zor hizmet alınıyordu.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

“Önceki sağlık sisteminin yetersizlikleri söz konusu idi. Önceki sistem sağlık hizmeti talebini karşılayamıyordu. Önceki sistemin başarısızlığı yöneticilerin başarısızlığıdır. SSK hastanelerinin nüfusun %70’ine 140 hastane ile hizmet vermesi, kendi içinde bu yetersizliği, çelişkiyi görüp uygulamayan yöneticilerin sorunu başarısızlığı idi. 1. basamak o dönemin koşullarına göre köy ağırlıklı bir nüfus için uygun bir modeldi, ama kentleşmeyle birlikte aile hekimliği modeli daha uygun bir model haline gelmiştir. Zaten kentlerde sağlık ocakları etkili bir şekilde hizmet de vermiyordu.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise bu dönüşümün uluslararası sermaye kuruluşları tarafından programlanan ve eski sağlık sisteminin aksaklıkları neden gösterilerek yeni-liberal politikalar doğrultusunda kamu sağlık sektörünün özelleştirilmesi programı olduğu ve bu dönüşümle birlikte sermayeye yeni karlılık alanlarının açıldığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Sağlıkta yaşadığımız bu gelişmeler Türkiye’nin kendi programladığı değişimler olmadı, yani bir uluslararası bir misyonla ortaya çıktı. Neoliberal politikalarla birlikte şöyle bir şey ortaya çıktı, kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi görüşü ortaya çıktı. Neoliberal mantıkla beraber sağlıkta dönüşüm başladı, bu AKP ile başlamadı, bunun öncesi var. 1982 Anayasa’sına baktığımız zaman bunun adımlarının orada atıldığını görüyoruz... AKP neyi yaptı, bunu hakikatten canı gönülden bir şekilde götürdü, dolayısı ile hep bir şeyler yapılmaya çalışıldı, alt yapı uygun değildi belki, şartlar uygun değildi, ama AKP döneminde bu gerçekleştirildi.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Daha önceki sistemin yetersizliği, eksikleri, vatandaşı memnun etmemesi neden olarak gösteriliyor ama biz baktığımız zaman önce dönüşümün aktörlerini görüyoruz. Başta IMF ve Dünya Bankası olmak üzere yerli ve uluslararası sermaye ön plana çıkıyor... Dönüşümün kendisine baktığımız zaman bunun ticarileştirme, metalaştırma, tekelleştirme olduğunu görüyoruz... Türkiye’deki Özal zamanından beri uygulanan neo-liberal politikaların sağlık alanına yansması oldu bu... Türkiye’de de sağlık sermayenin yeni karlılık alanlarına dönüştürülüyor.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Özel hastane ortağı ve yöneticisi ise bu dönüşüm temelde kamu sağlık hizmetlerinin talebi karşılayamaması nedeni ile özel sektörden sağlık hizmeti alması şeklinde değerlendirmekte ve bu dönüşümün 1990'lı yıllarda başladığını vurgulamaktadır. Kamu sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım zorluklarından dolayı sağlık sisteminin dönüştüğü görüşünü paylaşmaktadır.

“Şimdi esasında bu dönüşüm, özel sağlık sektöründen sağlık hizmetleri satın alması 1993 yılına dayanır. 1993 yılında SSK'nın yapmadığı hizmetler, özellikle kardiyoloji ve kalp cerrahisinde paket anlaşmaları yaparak çok uygun şekilde hizmet alımı başladı. Sonra bu paket anlaşmalar yaygınlaştı. 2003 yılında da biraz daha yaygınlaşarak önce devlet memurları, arkasından da Bağ-Kur'da olmak üzere bu hizmetlerin özel sektörden alınması ivedilikle yaygınlaştı. Ve 2002'de iktidar değişikliğiyle birlikte de özel sektörün önü bir şekilde açıldı ve bu hizmetler özel sağlıktan alınmaya başlandı... Ve bütün hastaneler, kamu hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'nın adı altında, başlığı altında toplanmaya başladı. O uygun bir gelişmeydi. SSK hastaneleri işte ismini, bakanlık hastanelere dönüştürüldü. Böyle bir dönüşüm oldu ve vatandaşın sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştı, ilaca ulaşımı kolaylaştı, kişi başına sağlık hizmetlerine başvuru sayısı gerçekten çok büyük rakamlara ulaştı.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

5.4.2. Genel Sağlık Sigortası

Genel Görüş

Kamu sağlık sektörü yöneticileri GSS ile önceki sosyal güvence kurumları mensupları arasındaki sağlık hizmetinden yararlanma koşulları farklılıklarının ortadan kaldırılması ve bununla birlikte sağlık sigortası olmayan kişilerin sisteme dahil edilmesi anlamında GSS'ye geçişi olumlu olarak değerlendirmektedir.

“GSS şarttı, çok başlı yapı adaletli değildi, sağlık açısından Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, yeşil kartlıların, sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarının prim ödeme, ödememe, prim ödeme gün sayıları veya aldıkları sağlık hizmetlerinin farklılığı adaletli değildi. Eskiden sosyal güvencelerine göre çok farklı muamele edilen bir sistem mevcuttu, şimdi daha insani ve adaletli hale geldi. GSS sağlık sigortası olmayan bir çok kişiyi sisteme dahil etmiştir. GSS'ye karşı çıkmak, gericiliğin, 3. dünya bakış açısının bir ürünüdür. GSS gelişmiş ülkelerde uygulanan bir dünya sistemidir. GSS eşitlikçi ve hakkaniyetli bir sistemdir.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise GSS'ye geçişi “sosyal devlet” anlayışına uygun bir model olarak görmemekte ve bunun yerine vergilerden finanse edilen bir sağlık finansman modelini daha uygun bulmaktadır. GSS finansman modeli sağlık hizmetlerinin finansman yükünün topluma yüklenmesi anlamında bu katılımcılar tarafından olumsuz değerlendirilmektedir. Ayrıca işsizlik ve kayıt dışı çalışma koşulları nedeni ile de bu sistemin prim toplama ve sürdürülebilirlik anlamında sıkıntı yaşatacağı görüşü paylaşılmaktadır.

“Bu sistem nasıl bir sistem çalışanların prim ödemesi sağlanacak, bu primler bir havuzda toplanacak, bu havuzda toplanan para ile Sosyal Güvenlik Kurumu kamudan ve özelden sağlık hizmeti satın alacak. Önce bu havuzun dolması gerekiyor tabi ki, havuzun dolması içinde buraya primlerin yatması gerekiyor, Türkiye gibi işsizliğin yüksek olduğu, çalışan insanların da yarısının kayıt dışı çalıştığı yani prim ödemediği, prim ödemediği için sağlık hizmetinden yararlanmadığı, bu durumda sistemin işlemesi zor.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Vergiden finansman sürdürülebilirliği en kolay finansmandır. Ama şimdi sigorta primlerinin ne kadarının toplanabildiği ne kadarının bundan sonra toplanabileceği her zaman için tartışmalı bir konu görüyoruz. Türkiye’de de bir genel vergi değil de genel sağlık sigortasının tercih edilmesi nedeni sağlıkta özelleştirme yoksa niye Türkiye’de niye vergi tercih edilmesin. Şunu soruyorum ben iktisatçı ya da kamu yöneticisi değilim ama hekim olarak bile hiç inandırıcı gözükmüyor. İşte devlet vergi toplayamıyor. Vergi toplayamıyorsa prim nasıl toplayabilecek? Hala kırsal nüfusun OECD ülkelerine göre fazla, kayıt dışı sektörün bu kadar yaygın olduğu bir ülkede, işsizliğin bu kadar çok olduğu bir ülkede sigorta primi nasıl toplayacak? Vergi toplamak zorda, sigorta primi toplamak çok mu kolay? Vergi deyince vatandaş kaçıyor da sigorta primi deyince vatandaş koşa koşa ödüyor mu? Oralarda da bu zorluklar var.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Sosyal devlet anlayışı gereği vatandaşa sağlık hizmetinin verilmesi gerekir... Bunun tamamen piyasalaştırılması, ticari bir mantıkla ele alınıp sunulması, şu anda olduğu gibi, ciddi sıkıntılar doğurdu, bundan sonra da doğuracak. Tabi ki ülkenin bununla ilgili gelir bütçesi var. Yani insanlardan vergi toplanıyor. Bunların başında kullanılacak yerler de sağlıktır.” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

“Sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak, kamu finansmanı ile kamu çalışanları ile yürütülmesi ve temel bir hak olarak görülmesi gerekir. Bir piyasa ekonomisi mantığı içerisinde bir takım uygulamaların girilmesine temelde karşıyım. Ama politikalar böyle, ağırlıklı olarak piyasacı bir anlayışla yürütülüyor.” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi ise GSS'yi "sosyal devlet" anlayışının bir gereği olarak değerlendirmekte ve devletin vatandaşına sağlık hizmeti sağlamakla yükümlü ve sorumlu olduğunu belirtmiştir.

"Sosyal bir devlette olması gereken bir konu esasında çünkü sağlık, Anayasa'da yazdığı gibi, uluslararası sözleşmelerimizde imzaladığımız sözleşmelerde yazdığı gibi kamusal bir görev. Devlet yurttaşına, vatandaşına bu hizmeti parasına puluna bakmadan vermek durumunda, vermeli. Dolayısıyla buna eskiden, yeşil kart, Bağ-Kur, SSK'lı olarak memur olarak veriyordunuz. Yine esasında eskiden de bunlar veriliyordu, yeşil kartlılara veriliyordu yine. Şimdi, tamamı SGK başlığı altında toparlandı" Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

GSS'nin Kapsamı ve G1 Tartışması

Kamu sağlık sektörü yöneticileri GSS'nin teorik olarak bütün nüfusu kapsadığı, pratikte ise bütününe yakınına kapsadığı görüşündedir. Bir kamu sağlık sektörü yöneticisi ise kayıt dışı çalışanların bir kısmının bu sistemin dışında kaldığını dolaylı olarak ifade edilmiştir.

"Türkiye genelinde nüfusun sigortalı sayısı, şimdi 18 milyon kişi 4a, 4b, 4c anlamında sigortalı. Ayrıca 10 milyon kişi de emekli. Toplamda yapıyor zaten 28 milyon gibi bir rakam. Tamamen gelir ama, gelir alan kişi aynı zamanda sağlıktan yararlanıyor. Aynı zamanda bunların bakmakla yükümlü olduğu eş ve çocuklar var. Eş ve çocukları da bu sisteme dahil ettiğiniz zaman yaklaşık 60 milyonu geçiyor, rakamsal anlamında yani sosyal güvenlik sisteminde olan kişi. Geriye kalan az bir miktar kişi kalıyor. Onlar da bir kısmı ya kayıt dışı çalışıyor, ya da işte kayıt dışı çalışıldığı bize bildiriliyor ya da diğerleri yeşil kartlı." Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise prim ödeme sorunu yaşayan 4b'lilerin, kayıt dışı çalışanların veya gelir testi sonucunda prim ödemesi gerekip de primini ödeyemeyenlerin sağlık güvencesinin olmadığını ve bu nedenle GSS'nin nüfusun tamamını kapsamadığı görüşünü paylaşmaktadır.

"Geçende ben SGK 3. Genel Kurulu'ndaydım işte SGK Başkanı bütün nüfusu kapsam altına aldık dedi, ben dedim ki bizim hastanemize insanlar geliyor

SGK provizyon vermediği için muayene olamıyor. Hepsini kapsam altına aldıysanız niye biz muayene edemiyoruz? Kağıt üzerinde kapsama almışlar, eskiden de zaten kağıt üzerinde kapsam dışı pek kimse yoktu... Tanım açısından GSS öncesi sistemin Türkiye’de kapsamadığı kimse yoktu ki. Bugün tanım olarak evet herkes kapsama alındı, ama primini ödeyemeyen fiili olarak sistemin içerisinde değil.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Kamu sağlık sektörü yöneticileri 4a, 4b ve 4c kapsamı dışında kalanlara uygulanan gelir testi sonucunda ailede kişi başı gelirin brüt asgari ücretin 1/3’ünün üstünde ise sağlık primi ödeyerek GSS’ye dahil olmalarını doğru bir uygulama olarak değerlendirmektedir. 2 kamu sağlık sektörü yöneticisi gelir testi sonucunda ailede kişi başı gelirin brüt asgari ücretin 1/3’ünün üstünde olması durumunda sağlık primi alınmasını, prim ödeme için bu gelir seviyesinin yeterli bir gelir seviyesi olduğu görüşünü paylaşmaktadır. Sağlık primi ödemek için uygulanan gelir seviyesinin yeterli, alınan sağlık primi miktarının düşük olduğu ve prim ödemeye ilgili bir sorunun olmadığını belirten 1 kamu yöneticisi kendisine yansıyan birkaç prim ödeyememe durumunu da anlatmıştır.

“Gelir tespiti bizde çok sağlıklı değil, neden değil? Mesela Türkiye’de mülkiyet sorunu var. Miras kalan mülkiyetler veraset ilanıyla tapuda işlem yaparlar... Adama bakıyorsun arabası var altında son model, evi var, her şeyi var ama geliri düşük çıkıyor, niye? Ya da adam işte evi yok, arabası yok gibi görünüyor ama başkasını kullanıyor... Dolayısıyla Türkiye’de net olarak, şu adam fakir diyemezsin. Şu adam zengin diyebilirsin, ama fakir diyemezsin. Çünkü şeyi bilinmiyor, gelirinin ne olduğunu bilinmiyor. Onun için de devlet der ki, temel işte, bu adama 300 TL lazım, yeter der, yaşatır, başka gelirleri de olabilir benim bilmediğim... Onun gibi bu G1 deki gelir testi çok sağlıklı olmadığı için buna rağmen bu kadar kişi yararlandığı için, çıkan tespit sonucu, işte primler ödenemez boyutlarda, arkasından böyle çok sorun oluşturacak düzeyde değil bunlar, çünkü prim olarak çok düşük G1 35 TL veriyor... Zaten onlar da çok öyle ciddi bir sorun yok yani öyle çok biriken borçları ödeyemiyorum, “ah vah ödeyemiyorum diye bir şey yok yani. Çok az, mesela; 150 TL’ye itiraz ediyor. İşte X kişi geliyor, “benim 150 TL prim borcum çıkmış”, diyor mesela. Yani 150 TL aslında para değil, ama “borç çıkmış ne yapabilirim?” yani ne yapacaksın diyoruz biz de.” Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

1 kamu sağlık yöneticisi gelir testi mantığının doğru olmakla birlikte, prim almak için bu gelir seviyesi üzerinde tartişılabileceği yönünde görüş bildirmiştir.

“Primsiz sağlık hizmetlerinden yararlanmak için, gelir sınırı tartişılabilir, ama mantık doğru. Bu sistemde daha az kazanan insandan daha az prim alınıyor, mantık doğru.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise 4a, 4b ve 4c kapsamı dışında kalanlara uygulanan gelir testi sonucunda ailede kişi başı gelirin brüt asgari ücretin 1/3’ünün üstünde ise sağlık primi ödeyerek GSS’ye dahil olmalarında uygulanan gelir seviyesinin çok düşük tutulduğu, prim ödeme için gelir seviyesinin daha üst seviyelere taşınması gerektiği görüşünü paylaşmışlardır. Bir sağlık meslek temsilcisi ise somut olarak bu gelir seviyesinin kişi başı asgari ücret olması gerektiğini belirtmiştir.

“Ha burada tabi ki konulan ücretler, gerçekle, hayatın doğal akışıyla örtüşmeyen oranlar. Yani bugün asgari ücretin de biri gelir, günlük 10 TL’ye bile tekabül etmeyen gelirle insanın yaşaması bile mümkün değil... Bence doğru olan hayatın doğal akışıyla beraber yürüyecek, belki de asgari ücret altında gelir elde eden kişileri, bunların devlet katkı vermesi şeklinde olabilir. Çünkü bunlar gerçekten ihtiyaç sahibidir ama hep sözde kalınmıştır.” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

GSS ile Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri

Kamu sağlık sektörü yöneticileri geleceğe yönelik olarak GSS’nin sağlayacağı sağlık hizmetlerinin kapsamın ekonomik şartlara göre değişebileceği ve daraltılabileceğini belirtmiştir.

“Sunduğu hizmetin, ilacın, tedavinin kapsamı da ekonomik koşullara göre değişebilir, şartlar iyiye daha iyi hizmetler sunulabilir, ekonomik şartlar ktiyse kısılabilir sunulacak hizmetler, bunlar değişebilir.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri geleceğe yönelik olarak GSS'nin sağlayacağı sağlık hizmetlerinin kapsamın daraltılacağı ve bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanında topluma daha fazla ekonomik yük getirileceğini görüşünü paylaşmaktadır.

“Şunu söylüyorlar zaten SGK temel teminat paketi çok genişledi daraltacağız diye. Temel teminat paketinin bundan sonra sınırlandırılacağı gözüktüyor... Genel sağlık sigortası, insanlar hayatlarının sonuna kadar sigortalı olacak ve harcamaları karşılanacak, isim öyle çağrıştırıyor... Netice olarak sürekli yeni ödeme biçimleri geliyor. Mesela bu trendi izlediğiniz zaman tamamlayıcı sigorta uygulaması ile birlikte ana ödeme biçimi genel sağlık sigortasının dışında bir ödeme biçimine dönüşecek. Aslında iki tane sepet oluşuyor, ürün alabilmek için genel sağlık sigortası primini ödediğinizde bu sepetten alacaksınız ikinci sepetten almak istiyorsanız tamamlayıcı sigorta yapacaksınız. Ve uygulama başladığından itibaren 1. sepet hızla boşalıp 2. sepete konulacak. Trendin kendisini uzatırsanız 20 yıl 30 yıl ileriye doğru vatandaşın sürekli para harcadığı bir şeye dönüşecek.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Tamamlayıcı sağlık sigortası öyle bir şey olacak ki sende bende bunu almak zorunda kalacağız, çünkü GSS yasa taslağında “temel teminat paketi” diye bir kavram kullanıyordu sonra bunu ifadeyi değiştirdiler, bunun Türkçesi SGK parasının yettiğini karşılayacak, yetmediğini karşılamayacak. Dolayısı ile bu paket kısıldıkça, üstüne hizmet almak isteyenler tamamlayıcı sağlık sigortası almak zorunda kalacaklar, görünen o ki insanların sağlığa ulaşması için cebinden daha fazla para çıkacak.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi ise GSS'nin sınırsız bir sağlık hizmeti sunmasının finansal anlamda sistemi zorlayacağını ve olması gerekenin de GSS'nin sağlayacağı sağlık hizmetleri paketinin daraltılması olduğunu belirtmiştir.

“Vallahi işin doğrusu o, tamamlayıcı sağlık sigortasını... SGK dediğiniz gibi temel sağlık hizmetlerinde, diyecek ki; “paketim budur, buraya kadar veriyorum. Bunun üzerinde almak isteyen varsa, gitsin özel sağlık sigortasını yaptırın. Bunun farklarını versin.”... Yoksa sınırsız bir sağlık hizmeti herhalde dünyanın hiç bir yerinde yok. Bu şekilde tabi ki, sıkıntıya sokacak, şu anda sokuyor.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

Katılım Payları

Kamu sağlık sektöru yöneticileri katılım paylarını, “gereksiz kullanımları engellemek” ve kullandığı sağlık hizmetinin maddi sorumluluğuna katılmak anlamında doğru bir uygulama olarak değerlendirmekte ve genelde hastalar için bir sorun yaratmadığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Ben genel olarak bir katkı payı alınması gerektiğini düşünüyorum... Bir şekilde olumlu etkisi olduğunu düşünüyorum, olumsuz etkisi nerede olur, veremeyenden alırsan insanların sağlığa erişimini sınırlarsan orda sıkıntı olur. Katılım payları ile insanların gereksiz kullanımın önüne geçmesi anlamında destekliyorum... Çeşitli şekillerde gereksiz kullanım var, sen bunun hesabını kitabını tutmazsan hele bunun önüne geçemezsin zaten, bunun dışında finansmana da bir katkısı var. Tabi adil ve hakkaniyetli bir şekilde bu katkı paylarını almak gerek, yani sağlık hizmetlerine ulaşımı engellemeyecek bir şekilde bunu toplamak gerek, buda bir yönetme meselesidir. Gereksiz kullanımı engelleme ile finansmana katkısı arasında bir denge kurarak bir katılım payı tutarı belirlenmesi gerek. Olumsuz bir etkisi varsa düzeltilabilir, yoksa devam eder. Bu konuda ciddi bir mağduriyet bana yansımış değil veya gündemde olan bir konu değil.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Sağlık sektöru meslek temsilcileri GSS ile birlikte primli rejime geçilmesiyle birlikte birde bunun üstüne sağlık hizmeti kullanım aşamasında alınan katılım paylarını olumsuz değerlendirmekte ve bunu “piyasalaştırma” olarak görmektedir. Ayrıca bunun gereksiz kullanımı engellemekten çok toplumun sağlık hizmetleri finansmanına katkı anlamında bir araçsalılığı olduğu görüşü paylaşılmaktadır.

“Toplumu ikna edebilmek için başlangıçta “hiçbir ücret almayacağız” dediler, propaganda malzemesi olarak bunu kullandılar, sonra anayasa mahkemesinin diğer kararlarını bahane ettiler o arada da bunu koydular. Henüz uygulama geçmedi, yatan hastadan da ücret alacaklar. Mesela muayene katılım payını gereksiz kullanımı önlemekle gerekçelendiriyorlar, diyelim sizin sigortanız var gereksiz yere polikliniği meşgule diyorsunuz siz hastaneyi meşgul edemezsiniz. Sigortam var 15 gün dahiliyede yatamazsınız.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Bu sistemde cepten harcamalar artacak... Ama neoliberal politikalarla birlikte devlet bu işe karışmasın, kendi kendini finanse edilen bir sisteme dönüşün deniyor ve devlet bu sisteme sübvansiyonunu çektiği zaman bunun bir yerden karşılanması lazım. Üstelikte bu yeni politikalarla birlikte sağlık

pazarının büyümesi bekleniyor... Sağlık harcamaların nasıl karşılanacak iki yöntem var; birisi sağlık hizmeti alanların biraz daha katkı yapması ki ilk başta sağlıkta dönüşüm, GSS başladığı zaman “hayır hiç kimse para falan ödemeyecek, kimlik kartını gösterip sağlığa ulaşılabilir” dendi, ama o günden beri sürekli olarak azda olsa katkı ve katılım payları ortaya çıkıyor.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Yani sen eğer bir sigorta sistemi oluşturmuşsan, bunun primlerini yıllarca insanlardan topluyorsan, bunun karşılığında giderin arttı diye ya da gelirinle örtüşmedi diye ek bir ödeme alamazsın. Bu nasıl bir mantıktır!.. Ki bu genel sigortayla da uyuşmayan bir durum. İnsanlar atıyorum, 30 yıl, 40 yıl prim ödemişler. Tek güvenceleri sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma... Yıllarca bu primleri ödemişler. Geldiğimiz noktada ise bir anda maç sırasında kurallar değiştiriliyor. “Siz” diyorlar, “bu kadar prim ödemiş olabilirsiniz ama artık şu kadar katılım vermek zorundasınız, bu hizmetlere ulaşmak için”. Ve işin garibi bunun sonu da yok. Her gün tamam diyor herkes, ufak görülüyor, 1 TL diyor, 2 TL diyor, veririm diyor, ne var ki diyor. Fakat o barem devamlı genişliyor, genişliyor çünkü ama ana zihniyet; buradan bir şekilde bir rant, ticari hareketlenme üzerine kurulmuş. Piyasalaştırılmış bu hizmetler. Ve bunun sonu yok.” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

Özel Hastanelerden Sevksiz Yararlanabilme ve İlave Ücret

Kamu sağlık sektörü yöneticileri özel sağlık sektöründen yararlanmayı sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım kolaylığı sağlaması ve liberal politikalara paralel olarak bu uygulamayı doğal değerlendirmektedir.

“Kurulmuş hastaneler var (özel), vatandaş bunu istiyor, vatandaşında işine geliyor, çok az fark vererek oradan da hizmet almak istiyor... Biraz daha fazla para veriyorum, gidip diğer tarafta iki gün sürüneceğime (devlette), burada (özelde) yarım günde işimi bitiriyorum, benim de işime geliyor, devletin kaynağı ile vatandaş bu hizmeti alıyor. Sadece belli bir gelirin üstünde olan insanları demiyorum, insan profiline bakıyorsun, senin benim gibi biraz aşağısı biraz yukarısı, geliyor oradan hizmet alıyor, alabiliyor demek ki. Alsın, orası boş mu dursun. Sen kamuya git, orası kurulmuş (özel) boş ver, orası boş mu kalsın, günde 500 hasta geleceğine 50 ile idare etsin. Niye idare etsin, onunda yolunu açmak lazım... Liberalleşme, aktif ekonomi gibi nedenlerle bu model tercih edilmiş.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise özel sağlık sektöründen sevksiz bir şekilde hizmet alınmasının kamu kaynaklarının özele aktarılması anlamında olumsuz

değerlendirmektedir. Ayrıca özel sağlık sektöründen GSS kapsamında hizmet alınmasıyla birlikte hizmet kullanıcılarının cepten yaptığı ödemeler anlamında topluma maddi anlamda daha fazla yük getirmesi açısından da ilave ücretler eleştirilmektedir.

“Genel hatlarıyla baktığınızda özel hastaneler erişimde, şu anda sağlık bütçesinin en büyük kara deliğidir.. Devlet hastaneleri Türkiye’de yeterli sayıda olmadığı görüldüğü için özel hastaneleri önü açılmıştır.” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

“Çok reklamını propagandasını yaptıkları özel hastanelere eskiden gidemiyordu vatandaş, şimdi gidiyor bu doğru değil. Eskiden de gidiyordu ama nasıl gidiyordu sevk alarak gidiyordu. Ama neticede sevk alarak, doğrudan gidemiyordu ama sevk alarak gittiğinde hiçbir ödeme yapmıyordu... Aslında en temelinde oradaki mekanizma şu: eskiden özele sevkli olarak giden sigortalılar ya da devlet memurları orda kendilerinden bir para alınmayacağını bilerek gidiyordu. Şimdi para alınacağını bilerek gidiyorlar. Ama hükûmet diyor ki alınıyor ama ben bunun kuralını koydum yok ondan almaz bundan almaz şu şeyde bu kadar alınır bunda bu kadar alınır falan. Fakat onu hesaplayabilmek için giden sigortalının yanında bir doktor bir avukat bir muhasebeci götürmesi gerekir... Sonuçta bu yolu açtı ve sürekli de bu yoldan ilerliyor zaten sistem.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Özel hastane ortağı ve yöneticisi kamu sağlık hizmetlerinin hizmet talebini karşılamakta yetersiz olmasından dolayı özel sağlık sektöründen yararlanıldığı ve özel sağlık sektörü olmaksızın sağlık hizmetlerinin karşılanamayacağı görüşünü savunmaktadır.

“Dediğim gibi biraz daha ulaşım daha kolaylaştı, özel hastanelerin devreye girmesiyle birlikte. Yani şu anda özel sektörü çıkartırsanız yine şu anki mevcut hastanelerle bunun verilmesi zaten imkansız... Sanıyorum ki sağlık hizmetinin Türkiye’de şu anda %35’i falan özel sektör olarak veriliyor. Özel sektör olmadan sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilemez... Biz aldığımız farklarla bir derecede, o da kısıtlı biliyorsunuz. Yüzde maksimum %90’a kadar alabiliyoruz. O aldığınız rakamlarla birazcık, birazcık dönmeye başlıyor. Dönmeye gayret ediyoruz daha doğrusu.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

Ayrıca özel hastane ortağı ve yöneticisi ilave ücretlerin çok yetersiz olduğu ve bu nedenle SGK ile anlaşmalı özel hastanelerin tamamına yakının ilave ücretlerin dışında hastalardan ek para alma zorunluluğu içine girdiğini belirtmiştir.

“Tabi kurallar gerçekten uyulmaz kurallar olduğu için, uyulmakta da çok büyük sıkıntı çekiliyor. Esasında öneri, bu kuralların daha uyulabilir bir hale getirilmesi. Herkesin de bu kurallara uyması. Bizim hepimizin temennisi odur. Ama şu andaki yapılan sözleşme ne yazık ki tek taraflı bir sözleşmedir zaten... SGK kendi kurallarını koyuyor, “bunları imzalayan yapar, imzalamayan yapmaz” diyor. Yani tek taraflı bir protokol bu. Dolayısıyla hiç uyulamayacak kadar katı kurallar var ve dolayısıyla da aşağı yukarı %100’ü de bu hastanelerin bu kurallara uymuyor. İşin açığı bu!” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

Sağlık sektörü meslek temsilcilerinden biride ilave ücretlerin sağlık hizmeti sunma anlamında yetersiz olduğunu belirtmiştir. SGK’nın açıkladığı ilave ücretlerin yetersizliğinden dolayı özel hastanelerin ya yapılmayan işlemleri yapılmış gibi faturalandırarak SGK’dan veya da hizmet alandan ilave ücretlerin dışında ücret alma eğilimi içinde olduklarını belirtmiştir.

“Aslında bugün özel sağlık sektörünün yakınmasında da önemli ölçüde haklılık payı var, SGK’nın fiyatları hiç gerçekçi fiyatlar değil yani. O fiyatlarla nitelikli bir sağlık hizmeti verilmez. Ya nitelikten kısıyor kalite düşürülüyor ya da informal yollarla fatura şişirme, yapılmayan işlemleri gösterme falan filan kompanse ediliyor. Daha önemlisi onun için açılmış oldu o yol vatandaşın cebinden alınıyor. Yoksa o fiyatlarla dünyanın hiçbir yerinde özel sağlık sektörünün ayakta durması mümkün değil.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Kamu sağlık sektörü yöneticilerinden biri ise ilave ücretlerin yeterli olduğunu belirtmiş, bu fiyatlara uyulmaması durumunda ceza uygulamalarının olduğu ancak bu cezaların yeterli caydırıcılığı olmadığını dolaylı olarak ifade etmiştir.

“Biz onlara ceza uyguluyoruz, şikayet olursa, ceza uyguluyoruz (yasal ilave ücretin dışında fazla ücret alan özel hastanelere). Mesela İstanbul’da “bizden fazla ücret alıyor” diye şikayet eden yıllık olarak 2.000’i geçmiyor. Öyle çok yüksek şikayet oranları yok. Vatandaş veriyor, gidiyor... Bizim uygulayabildiğimiz ceza cironun %20’si aylık... Ki uyguluyoruz cezayı, yani şey değil, caydırıcı ama istenilen düzeyde değil.” Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

Sevk Zinciri

Kamu sağlık sekt6r6 y6neticileri sağlık hizmetlerinin basamaklı yapısı gereği, basamaklar arasında sevk sisteminin-zorunluluğunun olması gerektiği g6r6ş6n6 paylaşmakla birlikte; şu an uygulanamamasının temel nedeni olarak 1. basamaktaki hekim sayısının yetersizliği olduğu ve gelecekte bu giderildiğinde sevk sistemine ge6ileceği g6r6ş6n6 paylaşmaktadır. Ayrıca etkili bir 1. basamak sağlık hizmetleri ve sevk sistemi ile birlikte sağlık sorunlarının çok b6y6k bir kısmının 1. basamakta 6z6lebileceği g6r6ş6n6 de paylaşmaktadır.

“Etkili ve verimli bir sağlık sistemi için basamaklar arasında sevk sisteminin olması gerekir. Sevk sistemi 2. ve 3. basamaktaki gereksiz yığılmaları engelleyecektir. Gelecekte sevk zorunluluğuna ge6ileceğini d6ş6n6yorum. şu an aile hekimi sayısının yetersizliğinden dolayı sevk zorunluluğuna ge6ilemiyor. Aile hekimi başına 2500 kişinin d6řt6đ6 zaman sevk sistemine ge6ilebilir. O zaman sevk sistemi dışında başvurularda kişiye maddi yaptırımlarda bulunulabilir veya aile hekimi başına d6şen sevk oranlarının fazlalığında hekime maddi yaptırımlarda bulunularak bu sistem uygulanabilir, gelecekte bu sisteme ge6ileceğini d6ş6n6yorum.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu G6ney B6lgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Bununla birlikte 1 kamu sağlık sekt6r6 y6neticisi sevk sisteminin uygulanmasının politik sonuçları olacağı ve buna aşamalı bir şekilde geçilmesi gerektiğini belirtmiştir.

“Sevk sistemi şu an uygulanmıyor. İnsanların alıştığını değiştirmek zor, bunun siyasi karşılığı da olur, hizmete olumsuz yansımaları da olur. İnsanlar başı ağrıdığında, midesi ağrıdığında 6niversite hastanesine gitmeye alışmış durumda, bunu hemen sevk alamazsan olmaz, bu zor bir şeydir, bunu aşamalı olarak yapmak daha makul, ileride olacağını d6ş6n6yorum.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı M6d6r6

Sağlık sekt6r6 meslek temsilcileri sevk sistemine geilmemesinin 2 temel nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Toplumun sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıkları nedeni ile sevk zorunluluğunun gelmesi durumunda oluşacak memnuniyetsizliğin politik sonuçları ve sevk zorunluluğunun kamu-6zel hastanelerin poliklinik sayılarında

büyük düşüöşlere neden olacağı için kamu ve özel hastanelerin ekonomik anlamda çıkarına gelmediğı için sevk sistemine-zorunluluğına geçilmediğı görüşünü sağık meslek temsilcileri paylaşmaktadır.

“Türkiye’de dediğim gibi Bakan şeyi gerekçe gösteriyor, hekim sayısının yetersiz olduğunu, aile hekimi sayısının yetersiz olduğu o yüzden sevk zinciri sistemini kuramadıklarını, yani 120 bin civarında hekimi öncelikli olarak 1. basamakta kullanırsanız bu sorunu çözebilirsiniz... Öte yandan görüyoruz ki sevk zinciri özel sağık sisteminin içine hiç işine gelecekmış gibi görünmüyor. O zaman insanlar doğrudan özel hastanelere başvuramayacaklar. Bence piyasalaştırma politikasıyla bu uyum sağlamadığı için el verdiğince sevk sistemini uygulamıyorlar...” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Şu biliniyor ki sağık hizmetlerinin %80’i 1. basamakta etkili bir şekilde verilebiliyor, yani insanların %80’i hiç hastaneye gelmeden sağık sorunlarını 1. basamakta çözebilir. Bu hem ucuzdur, hem etkilidir hem de toplumun sağığını koruması açısından da önemlidir. Bizde sevk sistemi hiç olmadı, olacak gibide durmuyor aslında, çünkü sistem bizde öyle bir kuruldu ki, birazda politik amaçlarla öyle oldu. İstedığınız hastaneye gidin dendi, tabi bu hastanın çok hoşuna gidiyor. Politik olarak sevk zorunluluğunun getirileceğine inanmıyorum... Aile hekimi sayısı artırılabilir, ama bu hiçbir zaman olmayacak çünkü öyle bir sistem kuruldu ki sevk sistemi kurulursa başta üniversite ve eğitim araştırma olmak üzere, bütün özel hastaneler batırlar. SGK ile anlaşması olan bütün hastaneler batırlar, çünkü hastanelerin en büyük gelir kaynağı poliklinik sayıları, dolayısı ile hastaneye gelen hasta sayısının %80 azaldığını düşünürsek bu sistem içinde bu hastanenin ayakta kalması mümkün değil. Sistem kurulduğu zaman sevk kotası kotası vardır. Sistemlerde aile hekimi hastaların %15-20’sini sevk edebilir.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi sevk sisteminin olmamasını “sorun” olarak tanımlamakla birlikte, 1. basamak sağık hizmetlerinin “yetersizliğinden” ve tıptaki gelişmelerden dolayı sevk sisteminin-zorunluluğunun uygulanamayacağı kanaatini taşımaktadır. 1. basamakta çalışan pratisyen hekimlerin akut ve basit sağık rahatsızlıklarının teşhis ve tedavisini yürütebileceğı, diğer rahatsızlıklarda uzmanlık branşlarına göre sevk etme zorunluluğı içinde olacağından sevk zorunluluğunun gelmesinin bir anlamı olmadığı, şu anki uygulamada zaten insanların kendi rahatsızlıklarına göre uzmanlık alanlarına başvurduklarını belirtmiştir.

“Sorun ama onu yapamazsınız da... Zaten çocuk hastalanınca çocuk doktoruna gidecek. Yani 100 sene öncesinde yaşamıyoruz artık. Kadın hastaysa, kadın hastalıklarına gidecek hamileyse, ya da aile hekimine gitmesiyle kendisine olacak bir fayda yok ne yazık ki. Birinci basamakta ki yetersizlikten dolayı yapamazsınız. Geleni sevk edecek, ne olacak? Artık, yani gerçekten tıp gelişmiş... Yani böyle bir ortamda artık siz pratisyen hekime bu işleri yükleyemezsiniz. Geleni sevk etmeniz lazım. Eee sevk ederseniz o zaman da bir anlamı yok! Yani, genç hastadır, bir enfeksiyon hastalığıdır, griptir, basit bir bilmem nedir, belki onları hani gidip kendisi çözebilir. Ama artık spesifik alanları, bir göğüs hastalıkları vakasını, bir kardiyoloji vakasını, bir kalp cerrahisinin vakasını, ne bileyim bir cerrahinin vakasını aile hekimlere çözemez. Yani böyle bir sistemde çözemezsiniz.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

5.4.3. Aile Hekimliği Sistemi

Aile Hekimliği Sistemine Geçişin Gerekçesi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri, sağlık ocağı sistemindeki personel yetersizlikleri, personel dağılımındaki sorunlar ve kentleşmeyle birlikte sağlık ocaklarının hizmet sunumundaki yetersizlikler nedeniyle 1. basamak sağlık hizmetlerinde bir dönüşüm ihtiyacının ortaya çıktığı ve aile hekimliği sistemine temelde bu nedenlerle geçildiği görüşünü paylaşmaktadır.

“1. basamak o dönemin koşullarına göre köy ağırlıklı bir nüfus için uygun bir modeldi, ama kentleşmeyle birlikte aile hekimliği modeli daha uygun bir model haline gelmiştir. Zaten kentlerde sağlık ocakları etkili bir şekilde hizmet de vermiyordu. Eskiden sağlık ocaklarında İstanbul’da 8 hekim varsa 2’si poliklinik yapardı, 6’sı boşta idi, çünkü zaten 2 poliklinik vardı. 2 hekim çalışırdı 6’sı haftada bir iki gün sağlık ocağına gelirdi.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

“Eskiden toplumun tamamına hizmet sunulamıyordu, ama şimdi toplumun tamamına hizmet sunumunu hedefleyen bir modele geçildi... Geçmişte her yerde sağlık ocağı vardı da o sağlık ocağında ekip vardı da, onlarda hizmetini adam gibi sunuyorlardı da... Böyle bir şey yok. Sağlık ocağı vardı da içinde personel tam mıydı, ekip var mıydı, ülke geneline dağılmış mıydı, doktor uzun süre orda görev yapıyor muydu? Sistemin ciddi sıkıntıları vardı, ondan dolayı iki tane seçenek vardı: bir sağlık ocakları sistemini iyileştirmek, iki aile hekimliği sistemine geçmek.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Kamu sağlık sekt6ru y6neticilerinden biri sağlık ocaklarının hizmet sunumundaki yetersizlikler nedeniyle 1. basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçişte DB, OECD ve DS6 gibi uluslararası 6rg6tlerin rol6 olabileceğini de belirtmiştir.

“Sağlık ocaklarının iyileştirilmesi de tercih edilebilirdi, buda bir iyileştirme operasyonudur. İki seçenek vardı bu tercih edildi... T6rkiye’de 1. basamak sağlık hizmetleri modeli 30 yıldır tartişılıyordu, aile hekimliği de d6nyada başarılı 6rnekleri olan bir sistem olduğu için 1. basamakta buna eğilim var... Bunda DB b6yle bir değişim için destek veriyordur, başka bir model için vermiyordur, sende oradan kredi almayı uygun g6r6yorsan, zaten bu modelde bana makul geliyordu diyorsan kredi alayımda yapayım deyip aynı yerde buluşmuş olabilirsin. ... D6nyada DS6’n6n telkin ettiği bir takım değişiklikler olabilir, OECD’nin tercih ettiği bir takım politikalar olabilir. Ben bu kısıma çok takılmıyorum, bu bir iyileştirme (aile hekimliği), b6yle bir yol iyi midir, bence iyi... 1. basamakta hekim sayısı 5 kat, muayene odası sayısı 12 kat artmış durumda, buna kimse k6t6 diyemez. Bu 5 katı fak6lteler 5 kat fazla çalışarak yetiştirmede veya kontenjanlar arttırıldığı için değil, mevcut yapı içindeki hekimler buraya zamanla kaydırıldı...” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı M6d6r6

Sağlık sekt6ru meslek temsilcileri sağlık ocakları sisteminin 1. basamak sağlık hizmetleri sunumu için daha iyi bir model olmakla birlikte kentlerde ki yapı ve işleyişinde iyileştirme ihtiyaı olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte sağlık ocakları sisteminde personel yetersizlikleri ve dağılım sorunları temelinde oluşan hizmet sunumu yetersizliklerinin arka planında siyasal iktidarların bu sisteme destek vermemesinden kaynaklandığı g6r6ř6 mevcuttur.

“Sağlık ocağı sisteminin bir revizyona ihtiyaı vardı. Sağlık ocağı sistemi kırsal kesim için hala m6kemmek bir sistem, ama aynı sistemi Kadık6y’e Beyoğlu’na kurmanın bir anlamı yok, şehirler için eski sistemin revizyona ihtiyaı vardı.” 6zdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Evet eskisi iyi değildi ama iyi olmaması modelin iyi olmamasını g6stermiyor. Yani siz k6t6 bir modele y6klenirsiniz finansal kaynaklarınızla, insan kaynaklarınızla o iyi çalışabilir, iyi bir modeli ihmal edersiniz k6t6 çalışabilir. Eski sağlık ocakları sistemi sosyalizasyon sistemi T6rkiye’de çok kısa bir s6re uygulandı. Daha sonra da çok sınırlı yerlerde pilot uygulama gibi devam etti... Siyasi bir destek yoktu, bizi oraya atarlardı ki git orda doktor bulunsun. Eee başka, başka hiç bir şey yok yani. Ne idari destek var ne 6rg6tsel destek var...”

Böyle olunca işlemez tabi ama işleyen yerlerine modele baktığınız zaman şu gerçekten mantıklı gözükiyordu sağlık ocağı daha bütüncüldü.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Sağlık sektörü meslek temsilcileri eski sağlık ocakları sisteminde siyasal iktidarların destek vermemesinden kaynaklanan yetersizlikler neden gösterilerek, yeni-liberal politikalar doğrultusunda aile hekimliği sistemine geçişi, 1. basamak sağlık hizmetlerinde özelleştirme yönünde atılan bir adım olarak değerlendirmektedir.

“Orda da olabildiğince birinci basamakta ki hizmetleri de metalaştırmaya yönelik olduğu görünüyor. Aile hekimliği ile birlikte, sağlık ocağı sisteminden koruyucu sağlık hizmetlerini olabildiğince ayırıp bir tedavi hizmetlerine dönüştürdüler... İkincisi kamu şu an birinci basamaktan çekilmiş oldu. Buda çok tartışmalı aile hekimliği bir kamu kurumumu, aile hekimi bir kamu çalışanı mı?... Şu an bir nevi hekimlerin işletmesi, muayenehanesi şeklinde işliyor... Aile hekimliğine kendi başına bakarsanız şu an bir özelleştirme olduğunu söyleyemem ama eski sağlık ocağı sistemine göre özelleştirmeye doğru bir gidiş olduğu da açık. Sağlık Bakanlığı ile ilişkisi gevşetildi. Aile hekimlerinin bazıları kamu kurumu, bazıları özelde hatta sanal yerler oldu, olmayan yerlerde aile hekimliği kuruldu, onları da hekimler kurdu... Bir sonraki adımında zaten Sağlık Bakanlığı devreden çıkıp tamamen SGK ile yapılacak sözleşmeler ve bir sonraki aşamada da örnekleri de var İngiltere’de falan...” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Bu dönüşüm, neoliberal politikaların bir ilk adımıydı. Burada, ilk adımda birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi olayıdır, tamamen. Eskiden muayene düzeninde devam eden düzen, bugün aile hekimliği ile devlet tarafından özelleştirilerek bu hizmetler devam ettiriliyor.” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi 1. basamak sağlık hizmetleri sunumunda aile hekimliği sistemine geçişi “muayenehanecilik” olarak değerlendirirken, Aile Sağlığı Merkezlerinin sağlık teknolojisi alt yapı olanaklarının yetersizliğine vurgu yaparak nitelikli bir sağlık hizmeti sunumuna elverişli olmadığı görüşündedir. Ayrıca bu modele geçişte pratisyen hekimlere verilen kısa bir eğitimin ardından bu hekimlerin aile hekimi olarak sağlık hizmeti sunmaya başlaması konusunda da bir güvensizliği vardır.

“Kamu, birinci basamaktaki bir aile hekimine veya 2-3 tanesine dedi ki, git sen oraya bir muayenehane aç, yanına da bir stetoskop bir tansiyon aleti verdi. Siz dedi orada vatandaşa sağlık hizmeti sunacaksınız. Ama artık teknoloji değişti, yüzyıllar değişti. 100 sene öncesi gibi değiliz artık. Bir tansiyon aletiyle, bir stetoskopla insanlarımıza hekimlerimiz, tanı koyamazlar, teşhis koyamazlar, tedavi edemezler. Ha bunda ne olacak, hastalıkların kronikleşmesini sağlayacaktır. Aile hekimi arkadaşlarımız, pratisyen arkadaşlarımız kurslarla aile hekimi haline getirildi. İşte onlar ufak tefek ilaçlarla, ha %80’ini çözebilirler belki, ama %20’si var ki onları çözemezler ve onları iyi teşhis koymadıkları takdirde de hastaları haliyle riske atmış oluyoruz gerçekten. 1 sene sonra, 2 sene sonra, 3 sene sonra geri dönüşümü olmayan hastalıklara doğru ne yazık ki bu gidecek. Orada bir kaygım var.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

Aile Hekimliği Sistemi Personeli

Kamu sağlık sektörü yöneticileri aile hekimliği sistemine geçişle birlikte 1. basamak sağlık hizmetleri sunumunun kişiye ve çevreye-topluma yönelik sağlık hizmetleri şeklinde bölümlendirildiğini -compartmentalize- bu yaklaşım çerçevesinde bazı sağlık çalışanlarının Toplum Sağlığı Merkezinde çalıştığı ve Aile Hekimliği Biriminde ise bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı şeklinde bir ekibin olduğu ve eski sağlık ocakları sistemindeki ekip anlayışının devam ettiğini belirtmişlerdir.

“224’te ekip yaklaşımı vardı, şimdi değil, bu kadar sığ bir değerlendirme olamaz... Aile hekimliği sisteminde niçin ekip hizmeti olmasın, iki kişiden oluşan bir ekip var, onlara tanımlanmış bir takım görevler var. Bunun için içinde şoför yok, ebe yok, olmak zorunda mı, onların sunduğu hizmetler verilmiyor mu, veriliyor, böyle bakmak gerek, onlar yok mu, yok mu ettiler onları, görevden mi attılar, yine varlar, yapı farklılaşmış Toplum Sağlığı Merkezi var. Bazı hizmetler TSM’den veriliyor bazıları ASM’den. Hizmet kompartmentalize edilmiş, aile hekimliğinin sorumluluk alanı tanımlanmış ASM var TSM var.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlık ocakları sisteminde 1. basamak sağlık hizmetlerinin ekip anlayışı içinde yürütülürken, aile hekimliği sistemi ile birlikte bu ekip anlayışının bozulduğu, 1. Basamak sağlık hizmetlerinin bir aile hekimi ve bir aile

sağlığı elemanı tarafında poliklinik hizmeti sunumuna dönüştüğü görüşünü paylaşmaktadır.

“Bir kere bir ekip çalışması olabildiğince hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, diş hekimi de bazı yerlerde oluyordu falan gerçekten daha bütünlükle ele alabiliyordu... Ama şimdi gözüken önemli ölçüde bir hekim, bir hemşire, bir odada sürekli reçete yazıyorlar. Bu şekilde birinci basamağın anlamı falan gözükmüyor.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Ayrıca 1 sağlık sektörü meslek temsilcisi ise aile hekimliği sisteminde sağlık alanındaki geleneksel hekim egemenliği anlayışının yansıması olarak aile hekimliği sistemi personelinin tanımlandığı ve bu yapı içinde hizmetin sunulduğunu, ayrıca bu durumda ekip anlayışını bozduğunu belirtmiştir.

“224 içinde hekim, ebe, hemşire hatta tıbbi sekretere hatta şoföre kadar ciddi anlamda bir ekip hizmeti tanımlanıyordu.... Aile hekimliği içinde ebelik ve hemşirelik son derece kapalı bir yapı içinde hem sekreter görevleri diyor hem laborant görevleri diyor, hekime yardımcı diyor, aile hekimine gelen hastanın hekime hazırlanması diyor... Geleneksel anlayış hakim, bir hekimin liderinde diğer profesyonellerin adeta hekim yardımcısı olarak görülmeye dayalı bir yaklaşım var... Kendi meslek arkadaşlarım açısından baktığım zaman oradaki poliklinik hizmetlerine yardımcı olan poliklinik hemşireleri olarak görüyorum... İsmi sağlık elemanı olması uzun uzun tartışıldı. İsmi bile kabul edilebilir değil. İsmi bile hangi rolde gözüktüğünün kanıtı diye düşünüyorum.” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

Personelin Statüsü ve Ücretler

Kamu sağlık sektörü yöneticileri aile hekimliğine geçişle birlikte 1. basamakta çalışan hekimlerin ücretlerinin iyileştirildiği ve sözleşmeli çalışma ile birlikte ise 1. basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlandığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Eskiden bazı yerlerde doktor geliyordu hizmet veriyordu, doktor gidiyordu hizmet verilmiyordu böyle bir sistem vardı. Adam bir şekilde ayrılıyordu, hizmet verilmiyordu, ama şimdi adam sözleşmeli, orada çalışmazsa başka yerde çalışma şansı yok, belli bir süre orda çalışmak zorunda. Bu iyi bir şey

değil mi, böylece hizmette sürekliliği getiriyorsun... Bir gerçekliği yok, iş güvencesinin aşındırılması diye bir durum söz konusu değil, önüne iki tane seçenek konuluyor, ikisi de iyi, birini seçiyor, işten atılması diye bir durum yok, aile hekimliğinden ayrıldığında da yine kamuda çalışıyor, memuriyetini kaybetmiyor.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

“Aile hekimlerinin ekonomik koşulları daha iyi, daha bağımsız çalışıyorlar, kimlere hizmet edeceklerini biliyorlar. Hekimler arasında en memnun olan kesim aile hekimleridir.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Sağlık sektörü meslek temsilcileri 1. basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğine sistemine geçişle birlikte 1. basamakta çalışan hekimlerin ücretlerinin iyileştirilmesi görüşünü paylaşmakla birlikte, sözleşmeli çalışma statüsü ile birlikte iş güvencelerinin zedelendiği görüşünü paylaşmaktadır. Ayrıca sağlık meslek temsilcileri aile hekimlerinin sözleşmeli çalışması, çalıştıkları ASM’lerin her türlü giderini kendilerinin karşılaması itibarı ile 1. basamak hizmet sunumunda kamunun çekildiği bu sorumluluğu aile hekimine aktardığı ve ASM’lerin “hekim işletmesine” dönüştüğü ve bunun 1. basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamını taşıdığı görüşünü paylaşmaktadır.

“Türkiye’de son birkaç yılda aile hekimliğinde politikalar değişti. Türkiye’de birinci basamak hekimi olmak kadar kötü bir şey yoktu. Pratisyen hekim kimliği kadar kötü bir kimlik yoktu. Ücretleri kötüydü, çalışma koşulları kötüydü, çalışma ortamları yoktu. Hele İstanbul’da, birinci basamak açısından Türkiye’nin en kötü yeri bir Güneydoğu’ydu bir de İstanbul’du. Tabi siz şimdi bunları yapmazsanız tabi ki orası işlemez. En kötü ücreti ona vererseniz, her türlü angaryayı ona yığarsanız, hiçbir eğitim vermezseniz mezun olduktan sonra.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Eskiden sağlık ocakları ile verilen sağlık hizmetleri şimdi aile hekimliğine dönüştürüldü ve aile hekimleri artık bir kamu çalışanı değiller. Sözleşmelerini şimdilik devletle yapıyorlar ama gelecekte SGK ile yapacaklar ve bir kamu çalışanı olmayacaklar. Aile hekimliği bir anlamda 1. basamağın özelleştirilmesi oldu, aile hekimleri tuttıkları yerin kirasını veriyorlar, elektriğini, suyunu, ısınmasını ödüyorlar, yanında personel çalıştırıyor, yani 1. basamak bu şekilde özelleştirilmiş oldu.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Kamu şu an birinci basamaktan çekilmiş oldu. Buda çok tartışmalı aile hekimliği bir kamu kurumumu, aile hekimi bir kamu çalışanı mı?.. Ama gözüken Türkiye’de kendi çalıştığı binanın kirasını, doğalgazını, elektriğini

ödeyen, hiçbir memur yok herhalde... Şu an bir nevi hekimlerin işletmesi, muayenhanesi şeklinde işliyor. Ama muhtemelen onda da ilerde ihaleler olacak. İşte Avcılar bölgesi aile hekimliğini ihalesini alan bir şirket oranın tamamını işletecek. Özelleştirme doğrultusunda bir adım olarak görünüyor.”
Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Aile Hekimliği Sistemin Kapsamı ve Gezici Hizmetler

Kamu sağlık sektörü yöneticileri aile hekimliği sisteminin Türkiye nüfusunun tamamını kapsadığı, kırsal kesimlere hizmet sunumunda bazı zorluklar olmasına karşın oralara da gezici hizmet kapsamında hizmet sunumunun verildiği görüşü paylaşılmaktadır.

“Türkiye’nin tamamını kapsıyordur diyebilirim, teorik olarak değil, pratik olarak da kapsıyor, Teorik olarak kapsıyor, pratik olarak kapsamama sorunu olabilir, dünyanın her yerinde olabilir, Türkiye’de de olur. Güneydoğunun mezralarını veya Doğu Karadeniz’in dağlarını tepelerini düşünün, buralarda bizim bildiğimiz bir arada köy belde yerleşimleri yok, buralarda sıkıntılar olacaktır, bunlar için ideal bir modelde yoktur. Buralarda ki sorunu nasıl çözeceğini düşünürsün, bu sorunlar sağlık ocağı sisteminde de olur, hükümet tabipliğinde de aile hekimliği sisteminde de... Hangi dönem, hangi model olursa olsun zorlanılan sistemin %100 kurulup, sağlık hizmeti sunumunu zorlaştıracak koşullar olmuştur ve olacaktır, önemli olan bu sorunları aşmaya çalışmaktır, bu aile hekimliği ile ilgili bir sorun değil... Sıkıntılı yerlere gezici hizmet kapsamında bir çözüm buluyorsun, buda iyi. Önceden de gezici hizmet vardı, ama iyi verilmiyordu.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

“Önceleri de kırsal alana hizmetler gezici olarak veriliyor, şimdi de. Kırsal alandaki hekim sayılarına bakmak gerek, öncesi ile şimdiyi karşılaştırmak için. TTB aile hekimliğinin kent tabanlı olduğunu iddia ederken, bunun altını bu sayılarla doldurmuyor, dolduramıyor, çünkü bu sadece bir iddia altı doldurulamayan. Rakamlara bakmak gerek. Türkiye’de doktor başına düşen kişi sayısı açısından kötü bir durumda, ama bu dağılım her yer de homojen.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Sağlık sektörü meslek temsilcileri aile hekimliği sisteminin kent tabanlı bir sistem olduğu ve kırsal kesime hizmet sunmada aksaklıkların olduğu bu anlamda Türkiye nüfusunun tamamını kapsamadığı görüşü paylaşılmaktadır.

“Aile hekimliği kent tabanlı bir sistem, bu iş artık fiili bir gerçek. Yani gidin bugün Sultangazi ilçesine, birebir ayrı ASM’lerde doktor olmadığını göreceksiniz. Yani kadroları var, hekimler yok ve bir tanesinde, iki tanesinde değil. Onlarcasında böyle bir sıkıntı var. Dolayısıyla iş teoride güzel görünüyor ama işleyişteki bütün sıkıntıları halk yine yaşıyor. Hani şey Bakırköy’de ya da Küçükçekmece’deki düzen gibi gitmiyor. Kırsalına baktığınızda bir çok boşluklar var ve bunların aile hekimliği sistemiyle belirlenen kıstaslara uymaması hizmet akışını ciddi olarak etkiliyor.” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

Aile Hekimliği Sisteminde Koruyucu Hizmetler

Kamu sağlık sektörü yöneticileri aile hekimliği sisteminin koruyucu sağlık hizmetleri açısından sağlık ocağı sistemi ile benzer yönlerinin olduğu, ayrıca aile hekimliği sistemi ile birlikte aile hekimine sağlık hizmeti sunacağı nüfusun tanımlanması nedeni ile kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin daha iyi yürütüldüğu ve bununla temel sağlık göstergelerinden bebek ölüm hızındaki düşmeye yansıdığı görüşü paylaşılmaktadır.

“224 Sayılı Yasa ile aile hekimliğinin benzer yanları vardır, koruyucu hekimlik ve sevk açısından. Sağlık ocağında bölgeler sağlık ocağına bağlı iken, şu an aile hekimliğinde kişiler aile hekimine bağlı, bu daha etkili bir sistem. Önceden kimin hangi hekimin hastası olduğu belli değildi, şimdi kimin kimden sorumlu olduğu belli, kontrol daha kolay bu nedenle daha etkili. Özellikle kentlerde uzun vadede bu sistemin koruyucu hekimlik açısından başarılı olacağı sağlık göstergelerinden anlaşılacaktır... 1.Basamağın iş yükü arttı, muayene sayıları, koruyucu hekimlik uygulamaları nedeniyle. Bebek ölümlerine, aşılama oranlarına baktığımızda bu sistemin daha başarılı olduğunu görebiliyoruz.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Sağlık sektörü meslek temsilcileri aile hekimliği sistemi ile birlikte 1. basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden tedavi edici sağlık hizmetlerine doğru bir dönüşüm yaşandığı ve aile hekimlerinin poliklinik ve diğer iş yüklerinden dolayı koruyucu sağlık hizmetlerin yeterince yerine getirilemediği görüşü paylaşılmaktadır.

“Aile hekimliği ile birlikte, sağlık ocağı sisteminden koruyucu sağlık hizmetlerini olabildiğince ayırıp bir tedavi hizmetlerine dđnüştürdüler...”
Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“1. basamakta çalışan aile hekimi arkadaşlarımızın 3.000 civarında hastası var ve bütün vakitlerini poliklinik yaparak geçiriyorlar. Bunların gebe takibi yapması lazım, aşı takibi yapması lazım, ev ziyaretleri yapması lazım. Bunlara ayrıca defin, acil nöbetleri gibi görevlerde veriliyor, dolayısı ile yetişmesi mümkün olmayan bir iş yükleri var. Bu nedenlerle 1. basamağında etkili bir şekilde çalıştığını söylemek biraz zor.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“İşleyen yapıya baktığımız zaman ortalama 4000 nüfuslu bir yere bakıyorsa aile hekimi, orasının küçük bir poliklinik gibi işlediğini görüyoruz. Şu andaki sistem sadece reçete yazan ve ilaçları takip eden konumda. Ama gerçekten temel sağlık hizmetleri kapsamında, koruyucu geliştirici sağlık anlamında, genel anlamı ile tanımın içine giren biz sağlığın sosyal bileşenleri ile ele alan bir yapı var ya içtiğın sudan çevrendeki gürültüden her şeyine varıncaya kadar bir bütün içinde sağlığın geliştirilmesi noktasında hizmetlerin yürütüldüğünü söylemek mümkün değil.” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

Ayrıca bir sağlık sektörü meslek temsilcisinin Bakanlığın açıkladığı temel sağlık göstergeleri ile şüphesi bulunmaktadır.

“Rakamlar tabi Sağlık Bakanlığı’nın elinde, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızını açıklıyor, ama mesela Bursa Tabip Odası yaptığı çalışmalar sonucunda Sağlık Bakanlığı’nın verilerinin Bursa için geçerli olmadığını ileri sürüyor. Rakamlar onların elinde, ama resmi rakamlarla ilgili şüphelerimiz de var, tıpkı işsizlik oranlarının veya gelir dağılımı eşitsizliği oranlarının doğruluğu gibi bizimde temel sağlık göstergeleri ile ilgili ciddi şüphelerimiz var. Politik olarak biz her şeyi mükemmel yapıyoruz diyorlar tabi ki. Yeni daha kızamık salgını çıkıyor, Türkiye’de kızamık yok iken ortaya kızamık salgını çıkıyor ve şöyle deniyor “bu Suriye’den gelenlerle birlikte oldu”, tamam Suriye’den gelenlerde kızamık olabilir, ama bu toplum aşılı ise bu toplumda bir şey olmaması lazım. O zaman ne çıkıyor ortaya, iki şey çıkıyor, normalde biz hepimiz aşılarız ya denilen aşılar yapılmıyor, ya da yapılan aşılar sağlıklı değil, soğuk zincirin korunması lazım, demek ki yapılan aşı etkisini göstermiyor. Ama ne yönden bakarsak bakalım ortada bir problem var. O zaman birinin çıkıp bana neden bu ülkede yeniden kızamık ortaya çıkıyor bunu açıklaması lazım.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Sanal ASM”

Aile hekimliği sistemine geçişle birlikte Sağlık Ocağı olarak sağlık hizmeti sunan kamu binaları Aile Sağlığı Merkezi’ne dönüşmüştür, kamu binalarının olmadığı

yerlerde ise atanan aile hekimleri çalışacakları Aile Sağlığı Merkezlerini kendileri tutmuş ve koşullara uygun şekilde ASM'yi kurmuşlardır. Kamu binalarının ASM'ye dönüşmesinin dışındaki ASM'ler, iki sağlık meslek temsilcisi tarafından "Sanal ASM" olarak nitelendirilmiştir. Ayrıca bu meslek temsilcilerinden 1'i ise "Sanal ASM"lerin kuruluşunda bazı kişi veya kurumların "sponsorluk" adı altında kuruluş giderlerine ve/veya bazı sabit giderlerini karşılamak gibi aile hekimleri ile etik dışı, yasa dışı ekonomik ilişkiler içinde olduğunu belirtmiştir.

"Yani, sanal aile hekimliğindeki kastım şu, bunlar kurulurken kiralama yöntemiyle belli evler, aile hekimliğine çevrildi. Bu çok ciddi etik dejenerasyonu beraberinde getirdi. Yani bir bakıyorsunuz, gayri resmi olarak bu aile hekimlerinin, dekarasyonu, içeriğin düzenlenmesi, bir şekilde dışarıdan birileri tarafından yaptırılıyor. Sonuçta ilaç firmaları olsun, eczaneler olsun veya başka "sponsorlar", onlar böyle ifade ediyorlar, "sponsorlar" bu katkıları belli bir menfaat için yapıyorlar doğal olarak, iktisadi olarak. İlçe sağlık müdürlüğüyle görüşüyorum, "sponsor" diyor arkadaşlarımıza, nasıl bir sponsorluktur bu ya! Yani böyle bir tanım var mıdır? Devletin ASM'sini gayri resmi olarak yapacak ve sen devlet olarak sormaz mısın; bu ASM'nin bu giderlerini kim karşıladı, niye karşıladı? Hepsi görüyorlar, hepsi biliyorlar, ama görmezlikten geliniyor... Bazen bu çoğu kez eczacılar da olabiliyor ve bakıyorsunuz o eczacı, tam o aile sağlığının tam karşısına denk gelecek şekilde, bir şekilde eczane açabiliyor. Daha sonradan bakıyorsunuz, aile hekimleri o eczacıdan daha farklı katkılar talep ediyor. Ve bu ne oluyor o zaman, bakıyorsunuz; aynı ilaçlar yazılıyor ya da o firmaların ürünleri yoğun olarak pazarlanıyor..." Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

5.4.4.Kamu Hastaneleri Birliği

Kamu sağlık sektörü yöneticileri Kamu Hastaneleri Birliği ile birlik seviyesinde idari ve mali özerkliğin büyük oranda oluştuğu; kişi ve kurum performanslarının ölçülmesi ve yöneticilerinin sözleşmeli ve performansa göre çalışması ve rekabet içeren bir model olması dolayısı ile kamu sağlık hizmetlerinin kalitesini artacağı; kamu hastanelerinin bu model aracılığı ile "insan kaynakları" dahil tüm kaynaklarını daha etkili ve verimli kullanacağı; satın almalarda büyük miktarlarda alımlardan dolayı maliyetlerin düşürülebileceği; KHB ile hastane yönetimlerine hekim dışı yöneticilerin gelebileceği bu anlamda sağlık hizmetleri yönetiminin

profesyonelleşmesine imkan tanınması anlamında Kamu Hastaneleri Birliği modelini olumlu değerlendirmektedir.

“Modelden kaynaklanan bir başarısızlık olacağını düşünmüyorum. Kişi ve kurum karnesi var, başlangıç karnesi veriliyor, 6 ayda bir değerlendirme yapılacak, hastane yöneticileri ve sekreterlik yöneticileri süreli sözleşmelerle çalışacak. Karne verilmesi ve ara dönemlerde değerlendirilmesi, kişileri ve kurumları daha verimli kılacaktır, hizmet kalitesini artıracak, mekanizma güzel bence. Kamu Hastane Birlikleri ile hastanelerin kaynaklarının daha verimli ve etkili kullanılması sağlanacaktır. Ortak satın almalarla maliyetleri düşürecektir... İnsanları daha verimli kullanabilirsin, birlik içinde tam kapasite çalışmayan bir hekimi diğer bir hastanede çalıştırabilirsin, nöbet tutturabilirsin... KHB ile birlikte aşağıya doğru bir yetki devri gerçekleşti... Genel olarak verimlilik atışı, hizmette rekabet, hizmet kalitesinin gelişmesini, insan kaynağının gelişmesini sağlar, mesela hekim dışı yöneticilerin yönetime gelmesini sağlayacaktır, bu umduğumuzdan erkende olabilir geçte olabilir, ama en azından hekim dışı yöneticilerin yönetim sistemine girmesinin önü açılmıştır, bu iyi bir şey.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

“Birlik seviyesinde %90 düzeyinde bir idari ve mali özerklik oluşmuş durumda. KHB ile daha iyi bir mali kontrol sağlıyoruz, insan kaynaklarını daha doğrusu tüm kaynakları daha etkin ve verimli kullanıyoruz, işin özeti bu. Atıl kullanılmayan yoğun bakım ünitesini açtık. Yönetimsel değişim sağlık çalışanlarını, hekimleri hiç etkilemedi, dahiliye hekimi yine aynı işini yapıyor, onlar açısından bir değişim yok. Hastane yöneticileri şu an hekim, ama iyi bir hekim iyi bir yönetici olmayabilir, gelecekte hastane yöneticileri hekim olmayan profesyonel yöneticilerden oluşabilir, hastane yönetimleri profesyonelleşebilir.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

“Kendine verilen bütçeyi harcayacak, kendi bütçesini kendi oluşturacak gerektiği zamanlarda. Beraberinde tıbbi malzemeler vs. alımlarında daha büyük alımlar olacağı için fiyatları daha aşağılara çekebilecek. Beraberinde personel yönetiminde daha aktif, daha ihtiyaca yönelik personel hareketlerinin oluşturulacak. Yönetimsel anlamda daha esnek yönetimli olacak. Üçüncüsü de burada hekimlerin işte, başhekimlerin ve hekimlerin daha önceden bu yönetimle ilgili doğru düzgün eğitim almamış arkadaşlar, satın alma vs. başhekim oluyor ve her şeyi bilmek zorunda olaraktan o işleri yapmaya çalışıyorlardı. Daha profesyonel kadrolara devredileceği için daha iyi olacağını düşünüyoruz.” Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri Kamu Hastaneleri Birlikleri ile kamu hastanelerinde radikal ve yapısal bir dönüşüm yaşandığı, kamu hastanelerinin yönetim

anlayışlarının değiştirilmesi ile birlikte kamu hastanelerinin bir “şirket” bir “işletme” mantığı ile yönetilmeye başlandığının ve bu dönüşümü kamu hastanelerin özelleştirilmesi yolunda atılmış bir adım olarak değerlendirmektedir.

“Kamu Hastaneleri Birlikleri yapısal bir değişiklik sağladı. Kamu Hastane Birlikleri genel sekreterlikleri kamuoyunda CEO olarak kabul gördü, bunların ciddi yetkileri var. KHB’ye bağlı hastaneler tek kurum gibi değerlendiriliyor, sağlık çalışanları açısından hastaneler arasında yönetimin takdirinde yer değiştirmek mümkün olabiliyor. Hekimleri, hemşireleri bir piyon gibi yer değiştiriyorlar, bunla ilgili bize çok şikayet geliyor. Bunun dışında asıl sorun KHB yöneticileri ve hastane yöneticileri sözleşmeli pozisyona geçtiler ve tabi onlardan tek beklenti bu hastaneleri kar ettirmek! Öyle olunca onlar bu hastaneleri kırbaçlayacaklar, daha fazla çalıştırmak için bir şeyler yapacaklar.... Kamu hastane birliklerinde amaç kamu hastanelerini bir şirket mantığı ile yönetmek. Hastaneler bir şirket, işletme mantığı ile gitmez.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Bütün hastanelerin özelleştirilmesi yolunda atılan bir adım anlamına geliyor... Sonuçta bütün hastaneleri özelleştirmek Türkiye’de siyaseten bedeli çok ağır olacak bir şeydir, ama parça parça ve muhtemelen daha büyük hastanelerin bir biçimde özel sektöre devredildiğini göreceğiz. Zaten hani kamu hastane birliği modeli de bununla ilgili konuşalım gerçekten çok garip ortada bir kamu gözüküyor hastane mi orası yoksa işletme mi oda ayrı... İşletme giderlerini düşürmek için çalışmalar yapılıyor... Dolayısıyla o hastaneler piyasa aktörleri olacak yani. Aynı diğer özel hastaneler gibi davranacak ne olacak. Mesela özel hastanelerde yaygındır çocuk servisi, çocuk yatan çok olmaz özel hastanelerde. Pek karlı değildir ve de risklidir. Cerrahi servisleri çoktur. Kadın doğum çok geniştir. Sezeryan falan eskiden beri özel hastanelerde çok yapılır falan. Bütün bu parametreler değişecek. Vatandaş açısından da şey çok açık görünüyor, kamu hastaneleri de kamu hastane birlikleri ile beraber A-B-C şeklinde sınıflandırılıp vatandaş açısından da gelecek orda da ilave ücretler.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Devlet hastaneleri ticari bir yapı olarak şu anda görüyor. Ve bunların gelir giderlerinin organizasyonunu artık, tamamen profesyonel kadrolar üzerinden yürütmek amacıyla. Hani bu kadroların da baktığı, aynen SGK’nın baktığı gözlük..... Sen burada hizmetleri yine iyi yürüteceksin ama en az para vereceksin, en ucuz bu işleri nasıl yaparım, ona bakacaksın... Sağlık olayı ticaretle örtüşmeyen bir yapıdır. Bu bakış açısı eskiden yukarıdaydı, kademe kademe kademe, sağlıkta dönüşümle beraber en alt kadrolara kadar indiriliyor...” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi ise Kamu Hastaneleri Birlikleri ile birlikte hastanelerin satın almalarının birleştirilmesinden dolayı alımlarda maliyet anlamında daha ekonomik bir işleyiş olacağı ve KHB'nin sonuçlarını görmek için zamana ihtiyaç olduğunu belirtmiştir.

“Belki satın almalarda, ilaç ve tıbbi satın almalarda bir takım kolaylıklar belki olabilecektir. Çünkü İstanbul’da sanıyorum şu anda 5 tane birlik var. Genel sekreterlikler var. Anadolu yakasında iki tane, kuzey ve güney diye ikiye ayırmışlar. Dolayısıyla her birine 8-10 hastane bağlı. Bu 8-10 hastanenin satın almalarını birleştirirlerse, ilaç ve tıbbi donanımı, belki genel olarak iyi olacak. Öyle düşünüyorum. Ama bunun sonuçları tabi ilerleyen dönemlerde açıklanacaktır.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

5.4.5. Sağlık Sistemi Dönüşümünün Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri performansa dayalı ek ödeme sisteminin mantığını doğru bulmakla birlikte “esas olarak iyi, içerik ve adalet olarak geliştirilmesi” gereken bir ödeme modeli olarak değerlendirmekle birlikte, ayrıca hasta hekim ilişkilerinde “paranın daha ön plana çıkmasına” neden olması, “çalışma barışını zedelemesi” ve riskli ve puantajı az dolayısı ile kazancı az olması nedeniyle bazı operasyonlardan kaçınmaya neden olması nedeni ile eleştirilmektedir.

“Para meselesi çok ön plana çıktı, performans vesaire burada bir sıkıntı var. İnsanların yaptığı işin karşılığını alması, daha mutlu, motive olması önemlide, hasta ile hekimin arasına para girmemesi düşünülürken, paranın unutulması beklenirken, para daha çok konuşulur oldu. Performans sistemi ile ne kadar işlem, operasyon o kadar para noktasında, işin başında tabi ki performans kantitatif değerlendirmelere endeksleniyor, zaman içinde kaliteye yöneliyor, bunun doğal süreci böyledir.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

“Esas olarak iyi, içerik ve adalet konusu geliştirilebilir... Adaleti olmayan her şey çalışma barışını zedeler. Performansa dayalı ödeme modelinin puantajlarının geliştirilmesi gerekir, yapılan işin zorluğuna göre.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

“Üniversite hastanesinde performans sayısı, klinik şey yapılırken, nitelikli hekimin nitelikli iş yapması engelleniyor. Yani engel oluyor. Çünkü dışarda çalışmıyor, içerde de öyle örneğin, çok komplike bir iş geliyor, onun puanı düşük, hoca yapmak istemiyor. Yaptığı zaman para almayacak, maaş düşük kalacak. O tip kaygılardan dolayı belki nitelikli olarak yetişen sağlık alanındaki profesörlerin belirli oranda gelir kaygısıyla, riskli ve nitelikli iş yapmaktan kaçınmaları ve beraberinde işte...” Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri performansa dayalı ek ödeme sistemini adil bulmamakta sağlık çalışanlarının temel maaşlarının arttırılması gerektiği görüşünü paylaşmaktadır. Sağlık sektörü meslek temsilcileri de kamu sağlık sektörü yöneticileri gibi performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık hizmetlerinin kalitesine göre niceliksel bir değerlendirme olduğu konusunda hem fikirdirler.

“Türkiye’de kaliteyi ölçmüyor performans sistemi, yaptığın işleme bakıyor, bir cerrah 30 işlem yaptı, öteki de 30 tane yapmış, he bir tanesinin yaptığı pırıl pırıl, ötekilerin bir kısmı hakkın rahmetine kavuşmuş, bir kısmında komplikasyon gelişmiş ortada geziniyor ama Sağlık Bakanı da diyor ki iki cerrahın da performansı aynıdır. İkisine de aynı parayı veriyor...” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Ayrıca performansa dayalı ek ödeme sistemi ile birlikte sağlık mesleklerinin rollerinin maddi beklentiler doğrultusunda değiştiği ve tedavi edici sağlık hizmetleri anlayışının yaygınlaştığı bununla birlikte özellikle eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde eğitim araştırma faaliyetlerinin aksadığı görüşü sağlık meslek temsilcileri tarafından paylaşılmaktadır.

“En büyük zararı kim görüyor bu sistemden, eğitim araştırma hastaneleri, burası da dahil olmak üzere. Ben mesela birkaç çalışmayı asistanlarımla birlikte götürmeye çalışıyorum, onlarla bir araya gelemiyorum meşguller çünkü endoskopide, ameliyatta, şurada buradalar. Dolayısı ile bu sistem, performans sistemi de bunun ana hatlarından biri olduğu için en çok vurduğu yer eğitim araştırma hastaneleri, eğitim hakikaten çok darbe almış durumda. Burasıda üniversite hastanesi ama çok hızlı çalışan bir hizmet hastanesi oldu. Gece gündüz ameliyat yapılıyor, poliklinikte yoğun bir şekilde hasta bakılıyor, performans baskısı ile birlikte maalesef hekimlerde buna çok da hayır demiyorlar, yani bunu yapmazsa gelirlerinin düşeceği endişesi ile birlikte, ama

bunu içinde eğitim araştırma kaybolup gidiyor.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Yani kurumlar, roller bu sistem sayesinde tamamen dönüştü. Kabul etmediğimiz bir sistemden yararlanmak adına mücadele etmeye başladı, bütün sağlık personeli bu noktaya geldi hekimler de öyle hemşirelerde öyle. Meslek olarak böyle rollere de artık alıştık daha çok hastalıkların tedavisi.” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

Sağlık sektörü meslek temsilcilerinden biri performansa dayalı ek ödeme sistemi ile birlikte meslekler arası çalışma barışını zedeleyen bir yapısı olması bakımından da eleştirmiştir.

“Meslek olarak baktığımız zaman performans sistemi hekim odaklı bir sistem, bana göre böyle bir sistem asla uygun değil, objektif olarak baktığımız zaman bunun da bir haksızlık olduğunu görüyoruz. Sadece hekim odaklı performans sistemi sağlık ekibi içersin de huzurlu bir şekilde iş barışını sağlayacağını söylemek mümkün değil... İşiniz para karşılığında kaç para eder noktasına geldi böyle bir şey olabilir mi? Bu tarafı bence çok daha önemli. Bir işi düşünün bu kadar yakın çalışın ve sistem sizi ekonomik anlamda bu kadar dışlasın. Burada açık bir çatışma ve tartışma halinde değildir hemşirelik meslek üyeleri asla düşünmüyor, ama bu büyük bir haksızlık.” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

Ayrıca 1 sağlık sektörü meslek temsilcisi performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimleri etik dışı davranışlara yönelmesi açısından da eleştirmiştir. Ayrıca bu ödeme biçiminin riskli operasyonlara riskine oranla düşük ücret ödemesinden kaynaklı “defansif tıp” uygulamalarının geliştiği de yine bu katılımcı tarafından vurgulanmıştır.

“Özellikle şöyle ölçebildiğimizi söyleyemeyiz ama performansın kendisi hekimi etik dışı davranışa yönlendiriyor bunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Ne kadar çok işlem yaparsan, tetkik yaparsan, tanı koyarsan, ne kadar ameliyat yaparsan o kadar çok para kazanacaksınız diye hangi meslekte söylerseniz söyleyin, işlemler artacaktır. Yeterli vakit ayırırsam 30 tane hasta bakıyorum. Siz daha az vakit ayırırsanız 90 tane hasta bakıyorsunuz siz benden 2 kat daha fazla para kazanıyorsunuz, eee valla etik ilkeler falan iyi ama bütün dünyada da para delikanlıyı bozar diye amiyane bir tabir var bir süre sonra eziyor geçiyor... Bakıyor hekim şu işlem daha karlı onu tercih ediyor. Bu işlem daha

karsız onu tercih etmiyor. Şu işlem riskli onu tercih etmiyor. Hekimlerde defansif tıp gelişti bu gibi durumlarda.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

Hasta Hekim İlişkisi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri hasta hekim ilişkilerinin hekim egemenliğinden çıktığı ve olması gereken eşitlikçi bir seviyeye kavuştuğu görüşünde hem fikirdir.

“Değişim var, olması gerekiyor, herkes insan, öncelikli olarak bunu unutulmamak lazım. “Sen hastasın, kölesin” veya “ben hekimim, fazla okudum 6 yıl, ona göre ben toplumdaki, ayrıcalıklı bir yerim var, siz kölesiniz, ben efendiyim” şeyi ortadan kalkmış oldu belli oranda kalktı.” Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

Kamu sağlık sektörü yöneticileri hasta hekim ilişkilerinin değişmesi ile birlikte sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artmadığı görünürlüğünün arttığı görüşünü paylaşmakta ve bu şiddetin iki temel nedeni olabileceğini düşünmektedir. Bunlardan birincisi sağlık hizmeti kullanımının artmasından dolayı şiddet olaylarında miktar olarak bir artma olmakla birlikte oransal anlamda aynı olduğu ve ikincisi ise sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının sağlık çalışanlarının hastalara yaklaşımında ki “zaaflardan” ve “defolardan” kaynaklandığı görüşüdür.

“Eskisine göre hasta ile hekim daha çok karşılaşıyor. Hekime başvuru sayıları 2,5’tan 8,5’a yükseldi. Her gün trafikte olursanız kaza riskinin artması gibi, hekime başvuru sayılarının artması ile birlikte, 10 yıl önce 1 ise şimdi 4 ise şiddet artmıştır anlamına gelmez, oran aynıdır. Şiddetin birçok nedeni olabilir, tek başına hekime başvuru sayıları ile açıklayamayız, insanların hasta haklarını algılaması, toplumda şiddetin artması, hasta haklarının algılanmasında problemler olabilir, hekimlerin hasta haklarını algılamasında problemler olabilir.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

“Sağlık personelinin insani zaafı, defolarının hala ciddi sorun olduğunu düşünüyorum. Vatandaşında buna tepkileri ölçsüz oluyor. Eskiden tek taraflı bir sorundu (sağlık personelinin hastaya kötü davranması anlamında), şimdi sen ne diyorsun diyor, bir tane çakıyor, bıçak çekiyor, iş büyüyor (bireylerin sağlık çalışanlarına tepkisi). Ben tek taraflı olmasını tercih ederdim, en

azından daha az zayıat, zarar, sıkıntı olurdu, ama asla tasvip etmem bunu da. Yıllardır biriktirilen günahlar var, sağlık camiası onun bedelini ödüyor birazda, yıllarca kötü davran davran şimdi böyle oluyor.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte, başta Başbakan ve Bakan’ın söylemlerinin hekimlik mesleğini itibarsızlaştırdığı bu temelde hekimlere olan güvenin zayıfladığı görüşü paylaşılmaktadır. Ayrıca bu güvenin zayıflamasında hasta yoğunluğu ve performans nedeniyle yetersiz sürelerde hastalarla ilgilenmenin de payı olduğu belirtilmiştir. Sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte hasta hekim ilişkisinin doğasının değiştiği, hekimi hizmet veren ve hastayı ise hizmeti alan müşteriye dönüştürdüğü görüşü paylaşılmaktadır. Hasta hekim ilişkisindeki güvenin azalması, hekimlik mesleğinin itibarsızlaştırılması sürecinin sonunda sağlık hizmeti almakla ilgili herhangi bir sorunla karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına karşı şiddete yönelten temel bileşenler olduğu görüşü sağlık meslek temsilcileri tarafından paylaşılan bir görüştür. Sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının belirgin bir şekilde arttığı belirtilmiştir.

“Sağlıkta dönüşümün topluma yansıması hasta hekim ilişkisini bozması açısından son derece kötü bir gelişme oldu. Eskiden hastalar doktorlara daha güvenli ve saygılı yaklaşıyordu, bir büyüğü gibi görüyordu, doktorun onun için en iyisini yapacağı hissi vardı, bu his ortadan kalktı.... Hasta hekim ilişkilerinin doğası değişti... Bu sistem hasta hekim ilişkisini dehşetli bir şekilde bozuyor, dolayısı ile hastalara bir zaman ayırmak lazım, 5 dakikada bunu yapmak mümkün değil. Tamamen meta şekline, bir mal hizmet şekline döndüğü zaman hasta hekim ilişkisini kuramıyoruz, ilişki bozuluyor ve gittikçe de bu artacaktır.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Hekimin itibarsızlaşması hekim hasta ilişkisini çok bozmuş oldu... Eskiden hekime duyulan pederşahi de (ataerkil) olsa o saygı, isterseniz negatiften korkuda diyebilirsiniz, psikolojik bir bariyer oluşturuyordu. Yani bir sorunla karşılaşsa bile hekime sesini yükseltme, şiddet kullanmaya falan dönüşmüyordu. Ama şimdi o kalktı. Başbakan başta olmak üzere Sağlık Bakanı, onların söylemleri falan, eskiye göre daha ulaşıyor olması, bir müşteri beklentisi oluşmaya başladı artık hastalarda ama şimdi görüyorsunuz en küçük aksaklıkta bunu hemen şiddete yöneltiyor.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Sağlıkta şiddet ciddi oranda arttı, bunda sağlıkta dönüşümün önemli katkısı var, çünkü hastaların hekimlere bakışı değişti. Niye artıyor, performans sisteminin baskısı, kaybolan hekimlik ortamı, kısa muayene süreleri, en kötüsü de yöneticilerin söylemleri sağlıkta şiddetin artmasına neden oluyor. Onlar bir yandan da bundan oy kazandığını düşündükçe, “bizim sağlık sistemimiz mükemmel, gidin sağlık hizmetinizi alın” diyor, sonuçta hasta buraya geldiği zaman o kadar da denildiği kadar mükemmel bir sağlık hizmetinin olmadığını görüyorlar ve karşılarında ilk doktor veya hemşireyi gördükleri için ilk saldırdıkları insan o oluyor.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artığına dair ciddi tespitler var artık... Yani eskiden, sağlık çalışanına oluşan güven ortamı bugünün çok çok üstündeydi. İnsanlar şimdi tahammülsüz. Sadece karşısındaki kişinin kendilerine hizmet sunmakla yükümlü, eğer hizmet sunmazsa şikayet edebileceği, sonuç alabileceği, tamamen hasta memnuniyeti odaklı bir düzen. Hasta her zaman için kendini haklı görüyor ve arkasında devletin gücünü hissettiğinden dolayı, o baskıyı her zaman için sağlık çalışanına yapacaktır.” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

“Eskiden sağlık çalışanına şiddet çoktu da medya mı kapatıyordu önünü, kesinlikle hayır. Ben 35 yıldır bu sektördeyim böyle şiddet vakaları ile karşılaşmadık. Gerçekten saygın, insanların birbirlerine değer verdiği bir noktaydı. Kendine sağaltan kişilere saldıracak, değersiz bulacak, ama sağlık çalışanları ona bakacak. Daha kötüsü, “sen bana bakacaksın, ben sana saldıracam!” Siyasi erkin toplum karşısında sağlık çalışanlarını küçülttüğünü düşünüyorum. Söylemler o niyetle olmasa bile, “sağlık çalışanları para odaklı”, “insanları seçerek alıyor” ya da “sadece kendini düşünüyor” noktasında şeyler söyleniyor tek başına bu mu? Bunu destekleyecek örneklerde vardır, ama çok küçük bir azınlık için bu sektörün tamamını zan altında bırakacak söylemlerinde toplumu bir anlamda cesaretlendirdiği kanaatindeyim!” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

“...Ama sağlık çalışanına şiddet boyutunda son yıllarda ciddi artışlar olmuştur. Bence toplumun sağlık çalışanlarına saygısı azaltıldı, bunda bana göre az sayıda sağlık çalışanının rolü var, bunda daha çok sistemin ve politikaların rolü var, bu çok büyük bir haksızlık! Bu kadar önemli bir meslek içinde olan sağlık çalışanlarının ilişkileri bu kadar değersizleştirilmemeli, bu konu tabii ki insanların kendi morallerini de bozar, işin içine para girdiği için böyle oldu zaten. Derler ya tüfek icat oldu mertlik bozuldu. Ne kadar reddetsek te, sistemin önümüze koyduğu şeye göre çalışıyoruz. Buna göre çabalıyoruz bu daha tehlikeli değil mi?” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi de “Bakanlık uygulamaları” nedeni ile “hastaların agresif bir tavır” içinde oldukları, bu tavırdan dolayı da sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının arttığını belirtmiştir.

“Bu son Bakanlık uygulamalarıyla, ne yazık ki hastalarda böyle bir agresiflik, bir hekim, nitekim bu konuda biliyorsunuz ölümler oldu. Acillerde her gün kavgalar oluyor. Hastalarda bir agresiflik oldu açıkçası. Yani diğer mesleklerle, düşünün ki siz bir yandan hasta olmuş, ona yardım etmeye çalışıyorsunuz, geliyor. İş yoğunluğundan belki 5 dakika sonra zaman ayırıyorsunuz ya da ne bileyim ben 10 dakika sonra zaman ayırabiliyorsunuz veya imkânınız el vermiyor hizmet edemiyorsunuz. Ama buna rağmen karşıda bir şiddetle karşı karşıya, maruz kalıyorsunuz... Ama bizim burada gariban sağlık çalışanları böyle bir şiddete maruz kalıyorlar. Son yıllarda bu ne yazık ki arttı. Çünkü hastaların şu anda agresif bir tavrı var kesin.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

5.4.6. Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık sektörü yöneticileri sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım olanaklarının artması ve bir önceki dönemde karşılanamayan sağlık hizmetleri talebi “açlığının” bu döneme yansması nedeni ile sağlık harcamalarının arttığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte 1 kamu sağlık sektörü yöneticisi nüfusun artması ve yaşlanması, kronik hastalıkların artmasından dolayı sağlık harcamalarının artmasını normal karşılamakla birlikte, erişim ve ulaşımın kolaylaşması ile birlikte sağlık harcamalarını artıran nedenlerden birinin “gereksiz ve aşırı sağlık hizmeti kullanımı” olduğunu ve bunda bir “kontROLSÜZLÜK ve iyi yönetememe sorunu” olduğunu belirtmiştir.

“Erişimin artmasından kaynaklı, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşım, ilaca erişim kolaylaşırsa, ucuzlarsa, sağlık harcamaları da artar. Erişilebilirlik arttığı zaman, gereksiz ve aşırı kullanımda artar, bu nedenle sağlık harcamaları da artar, zaman içinde makulleşeceğini düşünüyorum. Bir miktar rahatlamaya bağlı önceki eksikliğin doyurulması gibi bir durumda söz konusu. Nüfus artıyor, nüfus yaşılanıyor, kronik hastalıklar artıyor, dönüşümün sağlık harcamalarını artırmasından çok nüfusun yapısından sağlık harcamaları artıyor... Sağlık harcamalarının artmasını normal karşılıyorum, bu geçmişten olan kontROLSÜZLÜĞÜN iyi yönetememenin şu an da azalmasına rağmen devam ettiğini söylememe engel değil.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Başka 1 kamu sağlık sektörü yöneticisi ise sağlık harcamalarının artma eğiliminin düşük olmakla birlikte, sağlık hizmetleri kullanımının Türkiye'nin nüfus ve hastalık özellikleri açısından fazla olduğunu belirtirken, sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım kolaylığının dolaylı olarak gereksiz ve aşırı kullanıma neden olduğunu buna da politik nedenlerle müdahale edilmediğini ima etmiştir.

“Şimdi artma eğilimi beklenen düzeyde artmıyor, artış hızı çok düşük. 2002’de hastaneye gitme sıklığı 2.2 idi, şimdi şeyle birlikte sağlıktaki dönüşümle birlikte ve doktora ve ilaca ulaşımın kolaylaşmasıyla birlikte 2012 yılında hastaneye gitme sıklığı 8’e yükseldi. Türkiye’nin yaş ortalaması 29. 29 yaş ortalamasına göre 8 kere hastaneye gitmek aslında biraz şey, yıllardır sağlıkta yaşayan açlığın, birden artık doktora ve ilaca erişimin kolaylaşmasıyla birlikte tekrar tekrar vatandaşın gitme ihtiyacı duyması. Bu da zamanla düzelecektir diye düşünüyoruz. ...Çünkü erişimin kolaylaşmasıyla birlikte bu hem oy olarak yansıyor. İkincisi bizim hastaneye gitme sıklıkları artıyor. Tüketilen ilaç kutu adetlerine bakıldığı zaman, 2002’deki ile şimdi ki farklı. Oldukça yüksek rakamlar. Gerçi 2002’deki rakamlar sağlıklı değil ama. 2007’deki rakamlarla 2012’yi rakamları karşılaştırdığınız zaman bile yüksek. Yani nüfus o kadar hızlı artmıyor, artan ne peki? Hastalık o kadar hızlı, yaşlılık şey değil, işte yaş ortalaması 29, 2012’deki rakamsal olarak.” Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlıkta dönüşüm sürecinin sağlık harcamalarının artma eğilimini geliştirdiği görüşünü paylaşmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarının gelişmesi ve “kısıktılmış talep”le birlikte kamu sağlık harcamalarının arttığı ve artan kamu harcamalarının içinde ise özel sektörün payının da bu süreçte arttığı belirtmiştir. Türkiye nüfusunun gençliği göz önünde alındığında yıllık kişi başı 8 kez hekime başvuru sayısı sağlık hizmetlerindeki “kısıktılmış talep” doğrultusunda gereksiz ve aşırı kullanımlarla; kamu sağlık hizmeti sunumundaki yoğunluktan dolayı gerekli zamanın hastaya ayrılamamasından kaynaklı aynı hastalığın tedavisi için birden çok hekime başvurulardan kaynaklanabileceği görüşü yine sağlık meslek temsilcileri tarafından belirtilmiştir. Sağlık meslek temsilcileri sağlıkta dönüşüm programının, sağlık hizmetlerinin metalaştırılıp yaygınlaştırılması ve sağlık pazarının genişletilmesi anlamında bir rolünün olduğunu bu manada sağlık harcamalarının artmasının doğal olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

“Şu bir gerçek ki sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştı. Ama bunu da yine piyasayla açıklayabilirsiniz yine. Piyasa metanın daha yaygınlaştırılmasını gerektiriyor... Sağlıkta dönüşüm dedikleri bu program nedeniyle sağlık harcamaları çok arttı. Şimdi kamu olsun özel hastane olsun yaptığı işlem başına havuzdan para aldığı için sürekli olarak işlemler arttırıyor ve şimdilerde SGK’nın fevkalade endişeleri var. Bakanın hep övündüğü yıllık ortalama sağlık kurumuna başvuru sayısı işte 3,5-4’ten 8,2’ye çıktı. SGK Başkanı da diyor ki Avrupa, OECD ortalamasını geçtik halbuki nüfusumuzda daha genç onlardan. Demek ki sistemin kendisi sürdürülebilirlik açısından hiçte verimli bir sistem değil. Kamu sağlık harcamaları arttı doğru ama nereye gittiğine bir bakmak gerekir, özelin payı artıyor falan ama tüm bunlar sonuçta bir özelleştirmeye doğru gidiyor.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Şöyle söyleniyor, “eskiye göre eskiden talebi karşılayamıyorduk arz, şimdi arz talebi karşılamaya başladı”, önce Sağlık Bakanlığı’nın söylediğini bu şekilde ifade edeyim. Ama bizim gözlemimiz biz onu kısıktılmış talep olarak ifade ediyoruz. Yani OECD ortalamasından fazla sağlık kurumlarına başvurunun herhangi bir mantığı yok yani... Ama bir başka şey hasta sayısı arttı, teknoloji kullanımı arttı, şu arttı bu arttı ama hastaları geçmişe göre daha hızlı ve güvenli tedavi edemiyorsunuz. Hastalara sorduğunu zaman aynı hastalığı nedeniyle defalarca hastaneye gitmek zorunda kaldıklarını ifade ediyorlar... Sistem eskiye göre daha hızlı tedavi edemiyor. Sistem düzenli işlemediği için 1 defada çözebilecekleri bir sorun için defalarca hastaneye gitmek zorunda kalıyor insanlar.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi ise sağlık harcamalarının, nüfusun yaşlanması, sağlık kültürünün gelişmesi, teknolojik olanaklardan yararlanma gibi nedenlerle doğal bir artış eğilimi içinde olduğunu belirtmiştir.

“Ama asıl bence insan sağlığına daha büyük değer verilmesiyle, teknolojinin, çağımızın gelişmesiyle, sağlığın daha kıymetli bir hale gelmesiyle birlikte ve yaşam şartlarının, standartlarının ve yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte bu artışın olduğunu da ben tahmin ediyorum.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

5.4.7. Uzmanların Gözünden Toplumun Sağlık Sistemi Dönüşümünü Değerlendirmesi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri toplumun sağlık sistemindeki dönüşümü gerek sağlık hizmetleri sunumu anlamında gerekse de sağlık güvencesi anlamında

olumlu değerlendirdiği görüşündedir. Kamu sağlık sektörü yöneticileri topluma dair bu değerlendirmeyi yaparken temel olarak Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu memnuniyet araştırmalarını baz almaktadırlar. Bununla birlikte ayrıca 2 kamu sağlık sektörü yöneticisi toplumun bu değişimi yapan hkmete verdiği oyları da toplumun sağlık sistemindeki değişimi olumlu karşılaması yönünde bir veri olarak değerlendirmektedir.

“10 sene önce toplumun %39'u memnundu şimdi %76'sı, bu toplumun memnun olduğunu gösteriyor. Hizmet sunumundan, sağlık güvencesinden bir memnuniyet olgusu var.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

“ok genel olarak bakacak olursak, bunu yapanlara artan oranlarda oy veriliyorsa, toplum bu değişimleri olumsuz değerlendirmiyor, onay veriyor. Yapılan araştırmalara göre toplum en çok, sağlık, eğitim ve ulaştırmadan memnun bu hkmetten. Vatandaş olarak çevremizdeki insanlara baktığımda, genel olarak insanlar sağlık hizmetlerinden memnun. Hizmet iyi ama primi çok alıyorlar diye dert yanan görmüyorum veya hastaneler iyi ama bilmem nereler dökülüyor diye görmüyorum, bir memnuniyet var. İnsanlar daha iyi muamele gördüklerini, daha rahat sağlık hizmetlerine ulaştıklarını, teknolojik imkanlardan yararlandıklarını söylüyorlar, genel olarak bir memnuniyet var.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

“Toplum, anketlerde ortada %80 memnuniyet oranı. Vatandaş diyor, ben ilacımı istediğim zaman alabiliyor muyum, alıyorum. İstediğim eczaneden alıyor muyum, alıyorum. Önceden ben hastaneye gidemiyordum, SSK'lıyım diye şey bekliyordum, diyor... Gidemiyordum diyor, şu anda hastaneye gidebiliyorum. Doktorlara ulaşıyor muyum, ulaşabiliyorum. şikayet ettiğim zaman SABİM'e vs. karşılık buluyor mu, buluyor, eczaneden ilacımı alıyorum, daha ne isteyeyim diyor. Oran onun için yüksek. Çünkü erişimin kolaylaşmasıyla birlikte bu hem oy olarak yansıyor.” Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlıkta dönüşümle birlikte toplumun eskisine nazaran sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşması ve sağlık bilincindeki yetersizlikler nedeni ile toplumda sağlık sisteminin olumlu algılandığı görüşü paylaşılmaktadır. Bununla birlikte GSS'nin muayene ve reçete katılım payları uygulamalarının başlaması ile birlikte toplumda sağlıkta dönüşüme karşı bazı tepkilerin başladığı da belirtmiştir. Toplumda ki sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyetin son 2 yıl

itibari ile düştüğü hatta bu nedenle Sağlık Bakanlığı'nın son 2 senedir memnuniyet araştırması sonuçlarının açıklanmadığına dair görüş bir katılımcı tarafından belirtilmiştir.

“Şu bir gerçek ki sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştı, insanların hoşuna gitti bu doğru. Bunu görüyoruz.... Ha şimdi gördüğümüz Genel Sağlık Sigortası'nın ertelenen hükümlerinin yürürlüğe girmesiyle beraber, orda da çok şikâyet var. Katılım paylarından çok şikâyet ediyor insanlar. Ki daha yeni başladı katılım payları. Eskiden hizmete ulaşamıyorlardı şimdi doyumluk yaşandı, şimdi hizmetin kalitesini sorgulamaya başladılar. Eskiden binaya hiç giremiyordu insanlar. O zaman onun önündeki en önemli beklenti binaya girebilmektir. Ama şimdi içeri girdi, artık kaliteyi sorgulamaya başlıyor.” Osman Öztürk, TTB Genel Sekreteri

“Üstelikte eskiden Sağlık Bakanlığı iftiharla memnuniyet sonuçlarını yayınlardı, son bir iki senedir yok, yayınlamıyorlar.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Tabi ki yıllardır birikmiş ve verilmemiş bir hizmet eksikliği var...SSK'da 30 milyon kişi hizmet almıyor, sırf sıfırdan %1 bile koysan, onun için artıdır, memnuniyettir yani. Ama genel perspektifte baktığında 5'te geçer, 2 numarada ver geçer, ama zayıftır (5'lik not düzeninde). Ama sıfırdan iki her zaman iyidir... Halkın dönüşümle ile farkındalığı az, zaman içinde bu gitgide geliyor. Yani eczanelerde bu paraları ödemeye başladıklarında, en büyük şeyi biz eczacılar çekiyoruz, bunu ona izah etmek zorundayız ve çoğu kez de tepki ile karşılaşıyoruz... Ve aslında buradaki sıkıntıyı yavaş yavaş kavradılar. Bu oranlar da artmaya başlayınca bu sıkıntı giderek his edilecek.” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

“Eğer çok yüksek düzeyde sağlığın kendisi için hak olduğunu düşünen bir toplum olsaydı. Böyle bir sorgusu yok... Daha üst düzeyde daha kaliteli bir hizmet gibi bir algısı da yok bu hizmetlerin sunulmasında sağlık bilinci de son derece belirleyicidir. Toplum bunun farkında değilse, böyle bir beklenti içinde de değil... En önemli özelliğimiz bizdeki iyileşme, yani hastalık olayında iyileşme oldu mu ilaca bağlıyoruz bir hekim ne kadar çok ilaç verirse bu iyi bir hekimdir. İlaç bağımlısı bir toplum olduğumuzu biliyoruz. Kendi sağlığıyla ilgili bakış açısını da tamamen ilaca dayandırmış durumda, sürekli ilaç kullanarak sağlığını sürdürmeyi düşünen bir toplum... Dediğim gibi onun için öncelikli olan şey, hastaneye ulaşmak ama hizmete ne kadar ulaştığını farkında değil. Ulaşıyor ve bunu şans, başarı olarak görüyor ve bu anlamda olumlu algısı devam ediyor.” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi ise toplumun sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaşmasından dolayı sağlık sistemindeki dönüşümü olumlu değerlendirdiği, ancak “memnuniyetin” ise “göreceli” olduğunu belirtmiştir.

“Toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyetini biraz görece değerlendiriyorum ben. Vatandaşın doktora ulaşması, ilaca ulaşması rahatladığı için onu öyle değerlendiriyor.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri toplumun sağlık sistemi dönüşümünü gerek sağlık hizmetleri sunumu anlamında gerekse de sağlık güvencesi anlamında olumlu değerlendirdiği görüşündedir. Sağlık sektörü meslek temsilcileri de sağlıkta dönüşümle birlikte toplumun eskisine nazaran sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşması ve sağlık bilincindeki yetersizlikler nedeni ile sağlık sisteminin dönüşümünü olumlu değerlendirdiğini düşünmektedir. Ancak GSS’nin muayene ve reçete katılım payları uygulamalarının başlaması ile birlikte toplumda sağlıkta dönüşüme karşı bazı tepkilerin başladığını belirtmişlerdir. Özel hastane ortağı-yöneticisi ise toplumun, sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaşmasından dolayı sağlık sistemindeki dönüşümü olumlu değerlendirdiğini ancak “memnuniyetin” “göreceli” olduğunu belirtmiştir.

5.4.8. Uzmanların Sağlık Sistemi Dönüşümüne İlişkin Genel Değerlendirmesi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri GSS ile toplumun sağlık güvencesine kavuşması, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşması, 1. basamak sağlık hizmetlerinin daha yaygınlaştırılması, aşılama ve gebe takipleri ile birlikte temel sağlık göstergelerindeki iyileşmeler, Bakanlığın denetleyici ve planlayıcı bir konuma çekilip hizmet sunumunu finanse etmesi ve denetlemesi anlamında sağlık sistemindeki dönüşümü başarılı bir dönüşüm olarak değerlendirmektedir.

“Sadece memnuniyete bakılmıyor, performansa bakılıyor, sağlık göstergelerine bakılarak bir dönüşüm yaşıyor... Kaynak veriyor, kurallarını koyuyor, organizasyonun şekli belli, yöneticilerin sorumlulukları belli, yap diyor,

yapılmasını sağlıyor. Bunun adı ne özelleştirme ne de liberalleşme, ciddi kurallar koyuyor, yine konuya hakim süreci yönetiyor, yapılmasını sağlıyor. Hizmetin verilmesini sağlıyor, finansmanını sağlıyor, artık denetleme ve planlamaya daha fazla enerji harcıyor. Bakanlığın denetleyici ve planlayıcı bir konuma çekilmesini olumlu görüyorum.” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Bununla birlikte bir kamu sağlık sektörü yöneticisi bu dönüşümü başarılı olarak değerlendirmekle birlikte bu süreçte bazı “sıkıntıların” yaşandığını ve bu sıkıntıların sağlıkta dönüşümün başarısının, “memnuniyetinin üstünde bir leke” oluşturduğunu belirtmiştir. Kast edilen “sıkıntı” ve “lekeler” görüşmenin tamamından anlaşıldığı kadarı ile basın yayın organlarına yansıyan “şiddet” ve “tam gün”den dolayı ayrılan hekimlerin yarattığı eksikliklerdir.

“Tek kelimeyle ifade etmek gerekirse başarılı bir dönüşüm. Sağlıkta dönüşümün sıkıntıları bir yana koyarsak, sosyal ve ekonomik açıdan hasta, hekim, sağlık personeli için iyi olmuştur, ama yoğun hizmetlerin, insan kaynakları yetersizliğin getirmiş olduğu bir takım problemler de gündem de daha çok yer bulmuştur, memnuniyet olayının üstünde bir leke gibi durmaktadır. Genel olarak fotoğraf güzel, geçmişle karşılaştırıldığı zaman sonuç başarılı.” Tuncay Palteki, İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

Bununla birlikte bir kamu sağlık sektörü yöneticisi bu dönüşümü başarılı olarak değerlendirmekle birlikte “Tam Gün”den dolayı eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinden ayrılan hekimler nedeniyle bazı “spesifik” hastalıkların tedavilerinde sorunlar yaşanabileceğine dair görüş belirtmiştir.

“Yani şu olabilir sadece, üniversitelerdeki özellikle eğitim-araştırmalardaki tam gün yasası nedeniyle kaynaklanan bazı sorunlar olabilir... bizde yetişmiş, konusunda çok iyi olan kişilerin, yani spesifik hastalıklar veya ileri derecede bazı konularda sorun çıkabilir diye düşünüyorum ilerleyen zamanlarda.” Ramazan Yıldız, İstanbul SGK İl Müdürü

Ayrıca bir kamu sağlık sektörü yöneticisi bu dönüşümü başarılı olarak değerlendirmekle birlikte sağlıkta dönüşüm sürecinin iyi yönetilmemesinden kaynaklı olarak sağlık çalışanlarının bu dönüşümden olumsuz etkilendiği, çalışma ve ücret koşullarının iyileşmesine rağmen bu süreçte kendilerini “rencide edilmiş hissettiği” bunda Bakanlığın eksiklikleri kadar TTB’nin çatışmacı tavrının da etkisi olduğunu belirtmiştir.

“Toplumsal memnuniyetinin dışında sağlık çalışanlarının memnuniyetini daha fazla vurgulamak iyi olurdu, bu konuda eksik kalındı... Şöyle bir görüntü oluştu, sağlık çalışanlarının toplam olarak baktığımızda ortalama gelirleri arttı, genel olarak diyorum, muayeneleri kapandığı için çok çok büyük paralar kazanan hekimlerin dışında, sağlık çalışanlarının ortalama gelirlerinin artmasına rağmen, sanki iletişimde bir sorun var, olmasaydı iyi olurdu. Bu dönüşüm daha iyi yönetilebilirdi. İnsanlar rencide olmuş hissetmeden, daha doğrusu rencide olmuşluğundan daha çok rencide olmuş hissediyor. Yani gelirleri arttığı halde, işlerin kötüye gittiğini düşünüyor, umutsuzluğa kapılıyor, iyi düşünmesi gerekirken böyle düşünmüyor, özellikle hekim kitlesinde böyle bir şey var, bu bence böyle olmayabilirdi... Burada ben tek başına politika yapımcıları belirleyiciliği yok, burada ben TTB’yi de suçluyorum, işin içinde olmadan dışardan çatışmacı bir tavır içinde eleştirel bir tavır içinde olmasının da buna katkısı var. Hekimlerin tırnak içinde diyorum bir mağduriyeti varsa bu parasal olmayabilir, insanlar kendini mağdur hissediyorsa, bunun tarafları kimlerse bunda sorumlulukları vardır az ya da çok (Bakanlık ve TTB).” Mustafa Taşdemir, İstanbul Halk Sağlığı Müdürü

Sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlık sistemindeki dönüşümle birlikte sağlık sisteminin koruyucu hizmetlerden tedavi edici hizmetlere doğru bir yapılanma içine girdiği bu yapılanmanın kendisinin sağlık harcamaları artıran ve sağlık pazarını genişleten bir kurgu olduğu görüşünü belirtmişlerdir. Sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlık sisteminin dönüşümünü kamu sağlık hizmetlerinin “piyasalaştırılması” ve özelleştirilmesi yönünde atılan adımlar olarak değerlendirmektedir.

“Maalesef bizim sağlık sistemimiz tedavi edici sağlık sistemine dönüşmüş durumda. Sağlık ocaklarında koruyucu hizmetler ön planda iken aile hekimliği ile birlikte tedavi edici sağlık hizmetlerine döndük. Koruyucu sağlık hizmetlerimiz aksamaya başladı, sağlık harcamalarını artıran nedenlerden biri de bu. Hastalık ortaya çıktıktan sonra tedavi etmek daha zor ve daha pahalı, halbuki hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek daha kolay ama koruyucu sağlık hizmetleri gelir getiren bir şey değil. Tedavi edici sağlık hizmetleri, ilaç ver,

hastaneye yatır, tetkik yap, görüntüleme yap, ameliyat et, sağlık sektörünü büyüten bir şey.” Özdemir Aktan, TTB Genel Başkanı

“Yani, ama sunum öyle güzel ki bugün, o gün memnuniyetsizlik üst boyuttaydı, bugün ise öyle güzel sunuldu ki bu hizmetler, aslında parası direk hastadan alınarak, aslında kamu yararına bir sürü uygulamalar değiştirilerek, piyasalaştırılarak sistemi ve tamamen o nabız öyle güzel tutuluyor ki, aynen bir sıcak suya işte kurbağanın atılması gibi, yavaş yavaş içindeyken ısıtılarak, o sıcaklığı hissettirmeden ve adım adım arttırılarak ve unutturularak bir önce ki uygulama, bir önce ki uygulama ve çabucak onlara kabullendirilerek bu devam ediyor....” Hakan Ertem, İstanbul Eczacı Odası Başkanı

“İnsana ve sağlığa bakışın dönüştüğünü görüyorum. Hastalıkları önleme politikalarının yerine, hastalandıktan sonra tedavi yerine geçmeye başladığını görüyorum. Öncelikli görüşüm toplum sağlığındaki bana göre tehdit, potansiyel bir hasta toplum olmuştur... Bir ülke sağlıklı olmayı, çok fazla kişinin hastaneye gidiyor olmasını başarı olarak mı ölçecek gerçekten hastaneye gitmeyip evinde sağlıklı olan kişi oranıyla mı ölçecek... Biz önlemeye dayalı politikaları geliştirip, bütün yatırımları, kaynakları, düzenlemeleri o noktada yapılmazsa, ağırlıklı olarak bu görülmezse, bu tedavi hizmeti tamamıyla giderek artan alışveriş merkezleri gibi çok fazla hastane ve çok fazla hastanelere başvuru olduğu zaman oradan hizmet çıkar, üretilir hizmet. Ne kadar doğru, ne kadar gerçekçi, ne kadar hak edilen bir hizmet, o tartışılır. Yani siz hastaneye gittiğiniz zaman tepeden tırnağa sadece birtakım tetkiklerden geçirilmeniz bile o hastane için yeterli bir ekonomi sağlıyorsa bu hastaneler açılmaya devam eder. Kazanmaya devam ettikçe açılmaya devam eder.” Aytolan Yıldırım, Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şubesi Başkanı

Özel hastane ortağı ve yöneticisi ise sağlık sisteminin dönüşümünü sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırması anlamında olumlu değerlendirmekle birlikte “Tam Gün” uygulamasından dolayı özellikle üniversite hastanelerinden ayrılan hekimler dolayısı ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve eğitim anlamında olumsuz olarak değerlendirmektedir. Ayrıca bu dönüşümle birlikte koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önemin verilmediğini vurgulamıştır. Bununla birlikte yine kamunun sağlık hizmetlerinde var olması gerektiğini ve özel sektör içinde uyulabilecek kuralların konulması gerektiği ve devletin denetleyici rolüne de vurgu yapmıştır.

“Yanlış olan politika şuydu; bu tam gün yasasıyla birlikte kamu hastanelerinde, daha doğrusu üniversite hastanelerinde hekim kalmadı, hoca kalmadı. Şu anda vatandaşımızın yani işte sağlığa ulaşması, hekime ve ilaca ulaşmasıyla birlikte sanki iyiymiş gibi görünebilir sistem. Ama uzun dönemde,

tam günden dolayı üniversitelerden hocaların ayrılmasından dolayı bunun zararları görülecektir. Şu anda bile etkiledi. Dönüşüm olmazsa daha çok etkileyecektir (tersine) ve vatandaş ileride iyi hekim, kaliteli hekim, usta-çırak ilişkisiyle öğretiliyor çünkü bu... Klasik bir deyimle; koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine büyük önem verilmesi gerekiyor. Gerçekten aşılama hizmetleri ve sigaranın dışında ama çok fazla bir şey görmüyorum açıkçası. Yani koruyucu sağlık hizmetlerine çok büyük önem verilmeli. Sağlığınızı kaybettikten sonra maliyetler inanılmaz artmakta, tedavi edici hizmetleri inanılmaz artmakta... Yani devletimizin, hükümetimizin, hükümetlerimizin bu işlerden asla ve asla uzak kalmaması gerekir diye düşünüyorum. Kurallar da gerçekten, uyulabilecek kurallar koyup, o kurallara uyulması gerektiğini önemiştir. Bu zamanda, artık bu çağda özel sektör de mutlaka olacak, kamu sektörü de mutlaka olacak, vakıflar da olacak, üniversiteler de olacak. Önemli olan bunları çok koordineli bir şekilde, denetleyerek, dürüst bir şekilde çalıştırmak.” Abidin Özçelik, Özel Hastane Ortağı ve Yöneticisi

5.4.9. Uzman Görüşü Derinlemesine Görüşmelerinin Değerlendirilmesi

Alan araştırması kapsamında sağlık sektörü kamu yöneticileri, meslek odası temsilcileri ve bir özel hastane ortağı-yöneticisi olmak üzere toplam 8 kişi ile görüşme yapılmıştır.

Kamu sağlık sektörü yöneticileri ile sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlık sisteminin dönüşümünü genel hatları itibari ile karşılıklı karşıt görüşler çerçevesinde değerlendirmektedir. Özel hastane ortağı-yöneticisi ise genel hatlar itibari ile kamu kesimi yöneticilerinin görüşlerini paylaşıırken, yer yer sağlık sektörü meslek temsilcileri ile ortaklaşan yer yer her iki kesimden de farklı değerlendirmeler içeren görüşlere sahiptir.

Kamu sağlık sektörü yöneticileri sağlık sistemi dönüşümünün kamu adına yürütücüleri olarak genel hatlar itibari ile sağlık sistemi dönüşümünü savunmaktadır. Kamu sağlık sektörü yöneticileri önceki sağlık sisteminin sağlık hizmeti talebini yeterince karşılayamaması, sosyal güvence durumuna göre ayrı hastanecilik hizmetlerinin verilmesi ve bu bölünmeden dolayı herkesin tüm kamu hastanelerinden yararlanamaması gerekçeleri ile sağlık sisteminin dönüştüğünü belirtmişlerdir.

Kamu sağlık sekt6r6 y6neticileri sağlık sistemi d6n6ř6m6 ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmet sunumundan çekilmesini dolaylı olarak kabul etmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri sunumu finansmanını sağlamaya devam etmesi, planlayıcı ve denetleyici rol6n6n 6n plana çıkması nedeniyle, bu d6n6ř6m6 kamu sağlık hizmetlerinin 6zelleştirilmesi s6reci olarak değerlendirmemektedir. Bu d6n6ř6mle birlikte Kamu Hastaneleri Birlikleri ile kamu hastanelerinin “sağlık işletmelerine” d6n6şmesi b6t6n kamu sağlık sekt6r6 y6neticileri tarafından olumlu karşılanmasına; sevsiz 6zel sağlık kuruluşlarından yararlanma gibi uygulamaların liberalleşme politikaları ile uyumlu olduğunu belirtilmesine karşın, sağlık sistemi d6n6ř6m6n6n 6zelleştirme s6reci olduğu kabul edilmemektedir. Bununla birlikte kamu sağlık sekt6r6 y6neticilerinin bazıları sağlık sistemi d6n6ř6m6n6n kamuoyuna belirgin bir şekilde yansıyan olumsuz yanlarını da kabul etmektedir. “Tam G6n”den⁹ dolayı kamu hastanelerinden ayrılan hekimler nedeniyle bazı sağlık hizmetlerinin aksamasından, performans dayalı ek 6deme sisteminin yarattığı olumsuzluklardan ve her ne kadar şiddetin arttığı g6r6ř6ne katılmasalar da sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddet olaylarının artma iddiasından rahatsız oldukları g6r6lm6řt6r.

Sağlık sekt6r6 meslek temsilcileri ise sağlık sistemi d6n6ř6m6n6, yeni-liberal politikalar doğrultusunda sağlık hizmetlerinin metalaştırılması, kamu sağlık hizmetlerinin 6zelleştirilmesi ve sermayeye yeni karlılık alanların yaratıldığı bir s6re olarak değerlendirmektedir. GSS ile primli rejimin yaygınlaştırılarak sağlık hizmetleri finansmanındaki y6k6n topluma aktarıldığı, sevsiz 6zel hastanelerden yararlanma uygulaması ile kamu kaynaklarının 6zel sağlık sekt6re aktarıldığı g6r6ř6n6 paylaşmaktadırlar. Sağlık sekt6r6 meslek temsilcileri sağlık sistemindeki d6n6ř6mle birlikte sağlık sisteminin koruyucu hizmetlerden tedavi edici hizmetlere doğru bir yapılanma içine girdiği bu yapılanmanın kendisinin sağlık harcamaları artıran ve sağlık pazarını genişleten bir kurgu olduğu g6r6ř6n6 paylaşmaktadır. Sağlık sekt6r6 meslek temsilcileri sağlık sisteminin d6n6ř6m6n6 kamu sağlık hizmetlerinin “metalaştırılması” “piyasalaştırılması” ve “6zelleştirilmesi” s6reci olarak değerlendirmektedir.

⁹ Ayrıntılı bilgi için sayfa 160'taki dipnot 3'e bakınız.

Özel hastane ortağı-yöneticisi ise ana hatlar itibari ile sağlık sisteminin dönüşümünü sağlık hizmetleri talebinin karşılanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarını arttırması anlamında olumlu değerlendirmektedir. Diğer taraftan sağlık sisteminin dönüşümünü ile birlikte “Tam Gün” uygulamasından dolayı özellikle üniversite hastanelerinden ayrılan hekimler dolayısı ile sağlık hizmetlerinin sunumunun ve tıp eğitiminin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Ayrıca bu dönüşümle birlikte koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önemin verilmediğini vurgulamıştır. Bununla birlikte yine kamunun sağlık hizmetlerinde var olması gerektiğini ve özel sektör içinde uyulabilecek kuralların konulması gerektiği ve devletin denetleyici rolüne de vurgu yapmıştır.

Genel Sağlık Sigortası

Kamu sağlık sektörü yöneticileri GSS ile sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları farklılıklarının ortadan kaldırılması ve bununla birlikte sağlık sigortası olmayan kişilerin sisteme dahil edilmesi, sağlık hizmeti kullanıcılarının primler ve katılım payları aracılığı ile sisteme katkı yapması ile sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanması ve böylece sağlık harcamalarının finanse edilerek sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından GSS’yi olumlu değerlendirmektedir. Özel hastane ortağı-yöneticisi GSS’yi “sosyal devlet” anlayışının bir gereği olarak değerlendirmekte ve kamu sağlık sektörü yöneticilerinin görüşlerini paylaşmaktadır.

Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise GSS’ye geçişi “sosyal devlet” anlayışına uygun bir model olarak değerlendirmemekte ve bunun yerine vergilerden finanse edilen bir sağlık finansman modelini daha uygun bulmaktadır. Ayrıca işsizlik ve kayıt dışı çalışma koşulları nedeni ile de bu sistemde prim toplama ve sürdürülebilirlik sorunlarına neden olabileceğini de belirtmişlerdir. Sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlık hizmetlerinden yararlanmanın prim ödemeyele ilişkilendirilmesi nedeni ile GSS’yi toplumun tamamını kapsamayan bir sistem olarak da eleştirmektedirler.

GSS'nin Finansmanını Sağlayacağı Sağlık Hizmetleri –Temel Teminat Paketi-

GSS'nin sağlayacağı sağlık hizmetlerinin kapsamının –temel teminat paketinin- gelecekte daraltılabileceği görüşü bütün uzmanlar tarafından paylaşılmaktadır. Kamu sağlık sektörü yöneticileri ve özel hastane ortağı-yöneticisi temel teminat paketinin gelecekte daraltılabileceğini kabul etmekle birlikte, bunun doğal bir süreç olduğu, ekonomik koşullar göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından gerekliliği görüşünü savunmaktadır. Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise GSS'nin sağlayacağı sağlık hizmetlerinin kapsamının – temel teminat paketinin- daraltılmasının toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımını zorlaştırması ve sağlık hizmetlerine ulaşım için ek ödemelere neden olarak toplumun üzerindeki finansal yükün arttırmasını neden olacağı için buna karşı olduklarını belirtmişlerdir.

GSS Kapsamında Özel Hastanelerden Yararlanma

GSS kapsamında özel sağlık sektöründen sevsiz bir şekilde hizmet alınmasını kamu sağlık sektörü yöneticileri ve özel hastane ortağı-yöneticisi liberal politikalara uyumlu bir uygulama olduğu ve bunun sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı sağlaması açısından olumlu bir uygulama olduğu görüşünü paylaşmaktadır. Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise özel sağlık sektöründen sevsiz bir şekilde hizmet alınmasının kamu kaynaklarının özele aktarılması anlamında olumsuz değerlendirmektedir.

GSS Sevk Sistemi

Sağlık hizmetlerinin basamaklı yapısı gereği, basamaklar arasında sevk sisteminin-zorunluluğunun olması gerektiği görüşü bütün uzmanlar tarafından paylaşılmaktadır. Ayrıca bütün uzmanlar etkili bir 1. basamak sağlık hizmetleri sunumu ile sağlık sorunlarının büyük bir çoğunluğunun 1. basamakta çözüleceği görüşünde de hem fikirdir. Bununla birlikte sevk sisteminin bugün uygulanamamasının temel nedeni kamu sağlık sektörü yöneticileri tarafından 1. basamaktaki hekim sayısının yetersizliği

olarak görülürken, gelecekte bu yetersizliğin giderilmesinden sonra sevk sistemine geçileceği görüşü belirtilmiştir. Bununla birlikte bir kamu sağlık sektörü yöneticisi sevk sisteminin uygulanmasının, insanların sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklardan dolayı toplum tarafından olumsuz karşılanabileceği, politik sonuçlarının olabileceği ve bu nedenle sevk sistemine aşamalı bir şekilde geçilmesi gerektiğini belirtmiştir. Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise sevk sistemine geçilmemesinin 1. basamaktaki hekim sayısı yetersizliğinin ötesinde 2 temel gerekçesinin olduğunu belirtmişlerdir. Toplumun sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıkları nedeni ile sevk zorunluluğunun gelmesi durumunda oluşacak memnuniyetsizliğin politik sonuçları ve sevk zorunluluğunun kamu-özel hastanelerin poliklinik sayılarında büyük düşüslere neden olacağı için kamu ve özel hastanelerin ekonomik anlamda çıkarına gelmediği için sevk sistemine-zorunluluğuna geçilmediği ve elverdiğince buna geç geçileceği görüşünü paylaşmaktadır. Özel hastane ortağı-yöneticisi ise sevk sisteminin olmamasını “sorun” olarak tanımlamakla birlikte, 1. basamak sağlık hizmetlerinin “yetersizliğinden” ve tıptaki gelişmelerden dolayı sevk sisteminin-zorunluluğunun uygulanamayacağı kanaatini taşımaktadır.

Aile Hekimliği Sistemi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri, Sağlık Ocağı Sistemi’ndeki yetersizlikler ve kentleşmeyle birlikte 1. basamak sağlık hizmetlerinde bir dönüşüm ihtiyacının ortaya çıktığı ve aile hekimliği sistemine temelde bu nedenlerle geçildiği görüşünü paylaşmaktadır. Bununla birlikte 1. basamaktaki bu dönüşümde DB, OECD ve DSÖ gibi uluslararası örgütlerin rolü olabileceğini görüşü de bir kamu sağlık sektörü yöneticisi tarafından belirtilmiştir. Aile hekimliğine geçişle birlikte 1. basamakta çalışan hekimlerin ücretlerinin iyileştirildiği ve sözleşmeli çalışma ile birlikte ise 1. basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlandığı görüşünü paylaşmaktadır.

Diğer taraftan sağlık sektörü meslek temsilcileri ise Sağlık Ocakları Sistemine siyasal iktidarların destek vermemesinden kaynaklanan yetersizlikler neden gösterilerek, yeni-liberal politikalar doğrultusunda Aile Hekimliği Sistemi’ne geçildiği

ve bu dönüşümü 1. basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirmesi yönünde atılan bir adım olarak değerlendirmektedir. Aile Hekimliğine Sistemi'ne geçişle birlikte 1. basamakta çalışan hekimlerin ücretlerinin iyileştirilmesi görüşünü paylaşmakla birlikte, sözleşmeli çalışma statüsü ile birlikte iş güvencelerinin zedelendiği görüşünü paylaşmaktadır. Ayrıca sağlık meslek temsilcileri aile hekimlerinin sözleşmeli çalışması, çalıştıkları ASM'lerin her türlü giderini kendilerinin karşılaması itibari ile 1. basamak hizmet sunumunda kamunun çekildiği bu sorumluluğu aile hekimine aktardığı ve ASM'lerin "hekim işletmesine" dönüştüğü ve bunun 1. basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamını taşıdığı görüşünü paylaşmaktadır.

Özel hastane ortağı-yöneticisi ise Aile Hekimliği Sistemi'ne geçişi "muayenehanecilik" olarak değerlendirirken, Aile Sağlığı Merkezlerinin sağlık teknolojisi alt yapı olanaklarının ve aile hekimlerinin mesleki yetersizliğine vurgu yaparak nitelikli bir sağlık hizmeti sunumuna elverişli olmadığı görüşündedir.

Kamu Hastaneleri Birliği

Kamu sağlık sektörü yöneticileri kamu hastanelerinin "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelere" dönüştürülmesi sürecinde uygulamaya konulan Kamu Hastaneleri Birliklerini: Sağlık Bakanlığı'nın kamu hastanelerini finanse edip, denetleyici ve planlayıcı role geri çekilmesi; performans, sözleşmeli çalışma, maliyet-kar, memnuniyet, rekabet, profesyonel yönetim, "insan kaynaklarının" etkili ve verimli kullanılması gibi işletmecilik prensipleri ile kamu hastanelerinin yönetilmesini anlamında olumlu değerlendirmektedir. Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise Kamu Hastaneleri Birlikleri ile kamu hastanelerinde radikal ve yapısal bir dönüşüm yaşandığı, kamu hastanelerinin yönetim anlayışlarının değiştirilmesi ile birlikte bir "şirket", bir "işletme" mantığı ile yönetilmeye başlandığının ve bu dönüşümü kamu hastanelerin özelleştirilmesi yolunda atılmış bir adım olarak değerlendirmekte ve bunun kamu sağlık hizmeti sunumu ile örtüşmediği görüşünü paylaşmaktadır.

Dönüşümün Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Performansa dayalı ek ödeme sistemi

Kamu sağlık sektörü yöneticileri performansa dayalı ek ödeme sisteminin mantığını doğru bulmakla birlikte “esas olarak iyi, içerik ve adalet olarak geliştirilmesi” gereken bir ödeme modeli olarak değerlendirmektedir. Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise performansa dayalı ek ödeme sistemini adil bulmamakta, sağlık çalışanlarının temel maaşlarının arttırılması gerektiği görüşündedir.

Sağlık sektörü meslek temsilcileri performansa dayalı ek ödeme sisteminin, “çalışma barışını zedelemesi-bozması”; riskli ve puantajı az dolayısı ile kazancı az olması nedeniyle bazı operasyonlardan kaçınmaya “defansif tıp” uygulamalarına neden olması; “paranın daha ön plana çıkmasına”, sağlık çalışanlarının maddi beklentiler doğrultusunda hareket etmesine, neden olduğu belirtmişlerdir. Bu sorunların bazılarının varlığı kamu sağlık sektörü yöneticileri tarafından da kabul edilmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık hizmetlerinin kalitesine değil niceliksel bir değerlendirmeye dayandığı konusunda görüşülen katılımcıların tamamı hem fikirdir.

Hasta-Hekim İlişkisi

Sağlık sektörü meslek temsilcileri sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte, başta Başbakan ve Bakan’ın söylemlerinin¹⁰ etkisi ile hekimlik mesleğinin itibarsızlaştırıldığı ve bu temelde hekimlere olan güvenin zayıfladığı görüşünü paylaşmaktadırlar. Ayrıca bu güvenin zayıflamasında hasta yoğunluğu ve performans sistemi nedeniyle yetersiz sürelerde hastalarla ilgilenmenin de payı olduğu belirtilmiştir. Sağlıkta dönüşüm süreci ile birlikte hasta hekim ilişkisinin doğası değişmiştir. Sağlık sektörü meslek temsilcileri bu süreçte hastaların sağlık hizmeti alan müşterilere dönüştürüldüğü görüşündedir. Diğer taraftan hasta hekim ilişkisindeki güvenin azalması, hekimlik mesleğinin itibarsızlaştırılması ile birlikte hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmeti almakla ilgili

¹⁰ Bu söylemler için sayfa 229’daki dipnot 8’e bakınız.

yaşadıkları herhangi bir sorunda sağlık çalışanlarına karşı şiddete yöneldiği sağlık meslek temsilcilerinin tamamı tarafından dile getirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının belirgin bir şekilde arttığına dikkat çekilmiştir. Özel hastane ortağı-yöneticisi de benzer bir biçimde “Bakanlık uygulamaları” nedeni ile “hastaların agresif bir tavır” içinde olduklarını, bu tavırdan dolayı da sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının arttığını belirtmiştir.

Kamu sağlık sektörü yöneticileri ise sağlık sisteminin dönüşümü sürecinde hasta hekim ilişkilerinin “hekim egemenliği”nden çıktığı ve olması gereken eşitlikçi bir seviyeye yaklaştığı görüşündedir. Hasta hekim ilişkilerinin değişmesi ile birlikte sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artmadığı, görünürlüğünün arttığı görüşünü paylaşmakta ve bu şiddetin iki temel nedeni olabileceğini düşünmektedir. Bunlardan birincisi sağlık hizmeti kullanımının artmasından dolayı şiddet olaylarında miktar olarak bir artma olmakla birlikte oransal anlamda aynı olduğu ve ikincisi ise sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının sağlık çalışanlarının hastalara olumsuz yaklaşımından kaynaklanabileceği görüşüdür.

Sağlık Harcamalarının Artması

Sağlıkta dönüşüm sürecinde kamu sağlık harcamaları belirgin bir şekilde artmıştır. Kamu sağlık sektörü yöneticileri bu artışı; sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım olanaklarının artması, bir önceki dönemde karşılanamayan sağlık hizmetleri talebi “açlığının” bu döneme yansması, nüfusun artması ve yaşlanması, kronik hastalıkların artması nedenleriyle, normal karşılamaktadırlar. Özel hastane ortağı-yöneticisi ise sağlık harcamalarının, nüfusun yaşlanması, sağlık kültürünün gelişmesi, teknolojik olanaklardan yararlanma gibi nedenlerle doğal bir artış eğilimi içinde olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte 2 kamu sağlık sektörü yöneticisi sağlık harcamalarının artmasının nüfusun özelliklerinin dışında bir nedeninin de “gereksiz ve aşırı sağlık hizmeti kullanımı”ndan kaynaklandığı ve bunun da “kontROLSÜZLÜK ve iyi

yönetememe” veya sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasının “oy olarak yansıması” nedeniyle “müdahale edilmemesinden” kaynaklanabileceğini belirtmiştir.

Sağlık sektörü meslek temsilcileri ise sağlıkta dönüşüm sürecinin sağlık harcamalarının artma eğilimini geliştirdiği görüşündedir. Sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarının gelişmesi ve “kısıktılmış talep”le birlikte kamu sağlık harcamalarının arttığını ve bunun içinde özel sektörün payının da bu süreçte arttığı belirtmiştir. Sağlık meslek temsilcileri sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin metalaştırılıp yaygınlaştırılması ve sağlık pazarının genişletilmesi sürecinin, doğal olarak sağlık harcamalarının artmasına neden olduğu görüşünü paylaşmaktadır.

6. SONUÇ

Bu çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşümü, kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu kapsamında; sağlık hizmetlerinin metalaşması, kamu sağlık sisteminin piyasalaştırılması, ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesi süreci ekonomi politik yaklaşımla değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinin, sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık çalışanları, kamu sağlık sektörü yöneticileri, sağlık meslek temsilcileri ve özel hastane ortak-yöneticisi tarafından nasıl yaşandığı ve değerlendirildiği yapılan niteliksel alan araştırması ile saptanmaya çalışılmıştır.

1980’li yıllardan itibaren yeni-liberal dönüşüm süreci ile birlikte dünyada olduğu gibi ülkemizde de kamusal hizmetlerin piyasalaştırılması, ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesi gündeme gelmiştir. Bu çerçevede ülkemizde de kamu sağlık hizmetlerinde bir paradigma dönüşümü yaşanmıştır. Öncelikli olarak 1982 Anayasası’nda devlet, sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarını tanımlarken, sağlık hizmeti sunmayı kendisi için bir “ödev” olmaktan çıkarmış, “planlayıcı”, “denetleyici” ve “politika üreten” bir kamu sağlık anlayışı benimsemiştir. Bu paradigma dönüşümünün hayata geçirilmesine ilişkin çabalar bundan önceki hükümetler tarafından başlatılmakla birlikte, sağlık sisteminin radikal bir şekilde dönüşümü 2002 yılında tek başına iktidara gelen ve aralıksız şu ana dek iktidarda olan AKP hükümeti tarafından gerçekleştirilmiştir.

2003 yılında kamuoyuna açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu sağlık hizmetlerinin dönüşüm süreci başlamıştır. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocakları sistemindeki kamusal hizmet sunumundan aile hekimliği sistemine geçilerek, kamu birinci basamaktaki sorumluluğunu sözleşmeli çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elamanına devir etmek suretiyle, şimdiki biçimiyle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu finanse etme rolüne geri çekilmiştir. Aile hekimliği sistemine geçişle birlikte kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ayrılmış ve aile sağlığı merkezleri kişiye yönelik koruyucu hizmetleri vermekle sorumlu

kılınmakla birlikte, yapı gereği birinci basamak sağlık hizmetleri tedavi edici bir kurguya dönüşmüştür. Ayrıca aile hekimlerinin sözleşmeli çalışması, çalıştıkları aile sağlığı merkezinin tüm giderlerini karşılaması da göz önüne alındığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezleri muayene temelinde hizmet veren birer “hekim işletmesi”ne dönüşmüştür.

Bu süreçte sağlık hizmetlerinin finansmanında primli rejim genişletilerek, sağlık harcamalarının maddi sorumluluğu büyük oranda topluma aktarılmıştır. Genel Sağlık Sigortası’na devletin katkısı olmakla birlikte, GSS ile sağlık harcamalarının karşılanması ağırlıklı olarak toplumdan alınan sağlık primleri ile karşılanmaktadır. GSS’den primsiz bir şekilde yararlanmak için belirlenen gelir düzeyi ise tartışmalı bir konudur. Ailedeki kişi başı gelirin asgari ücretin 1/3’ünden fazla olması durumunda kişiler prim ödeme yükümlüsü olmakta, primlerini ödeyemeyenler GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanamamakta ve sağlık güvencesi dışında kalmaktadırlar. Ayrıca ülkemizdeki istihdama katılma, işsizlik, kayıt dışı çalışma olguları da göz önüne alındığında, çalışma-emeklilik temelinde düzenli prim ödemesinin sağlanabildiği bu model, prim toplayabilmek için de uygun bir seçenek olarak gözükmemektedir. GSS modeli ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrılarak, sistem hizmet satın alma mantığı üzerine kurulmuştur. GSS sistemi, sağlık hizmet sunucularıyla yapılan sözleşmeler ile sağlık hizmetlerinin finansmanın karşılanması temeline dayanır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile metalaştırılan sağlık hizmetleri bir taraftan da yaygınlaştırılarak “sağlık pazarı” genişletilirken, sevksiz özel hastanelerden hizmet alımı ile özel sağlık sektörüne kamusal kaynakların aktarıldığı bir döngü ile birlikte sermayenin karlılık alanının genişletildiği ve özel sağlık sektörünün belirgin bir şekilde geliştiği bir tablo ortaya çıkmıştır. Bu süreçte sağlık harcamaları belirgin bir şekilde artarken, bunun içinde de “kamunun payı” artmakla birlikte buradaki “finansmanın kamusalılığı” ayrı bir tartışma konusudur. Bu süreçte primli rejim genişletildiği için “kamu finansmanın”daki devlet katkısı azalmış, prim ödeyen kesimlerin payı artmıştır.

Kamu hastane hizmetlerindeki yapısal dönüşüm ise Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedeflerinden biri olan “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri” doğrultusunda uygulamaya konulan Kamu Hastaneleri Birlikleri modeli ile

hayata geçirilmeye başlanmıştır. 663 sayılı KHK ile Kamu Hastaneleri Birliklerine geçilmesi ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundaki rol ve sorumluluklarından çekilmesi ve “planlayıcı, denetleyici ve politika üreten” bir Bakanlığa dönüşmesi yönünde yapısal bir adım atılmıştır. Ayrıca 663 sayılı KHK ile eskiden Bakanlığın direk hizmet birimi olan ve hastane hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yerini, Bakanlık'la ilişkisi “bağlı kuruluşlar” seviyesine düşürülen Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu almıştır. Kamu Hastaneleri Birlikleri ile kamusal hastane sağlık hizmetlerinin yürütülmesi anlayışı yerini “piyasa koşulları” içinde “işletmecilik” prensipleri ile çalışan hastanelere bırakmıştır.

Türkiye Sağlık Sisteminin bu dönüşüm süreci biçimsel olarak “Refah Yönelimli” gibi görülmekle birlikte bu biçimsellik zorunlu sağlık sigortası çerçevesinde çıkarılan GSS'ye dayanmaktadır. Bundan önce sağlık primi ödemedi sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimler –memurlar, yeşil kartlılar- primli rejime tabi olmuşlardır. Bundan önceki sağlık sisteminde prim ödemedi sağlık hizmetlerinden yararlananlar ve sağlık hizmeti kullanım aşamasında ödenen “katılım payları” düşünüldüğünde bu dönüşümün “piyasa eğilimli” bir dönüşüm içeriği taşıdığı görülmektedir. Ayrıca GSS'nin nüfusu kapsayıcılığı da tartışmalı bir konudur. GSS ile sağlık hizmetlerinden yararlanma prim ödemeyeyle ilişkilendirildiğinden pratikte tüm nüfusu kapsamaması gerçekçi değildir. Biçimsel olarak refah yönelimli bir sağlık sistemi olarak değerlendirilmekle birlikte, bu süreçte birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği sistemi ile “hekim işletme”lerine, Sağlık Bakanlığı hastaneleri birer “sağlık işletmesine” dönüştürülmüştür. Kamu sağlık hizmetleri bu şekilde “piyasalaştırılma” ve “özelleştirme” sürecini yaşarken diğer yandan da GSS kapsamında sevksiz özel hastanelerden yararlanma olanağı ile kamu kaynaklarının özel sektöre aktarılmasına dayanan bir sermaye birikim mekanizması yaratılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kamu sağlık hizmetlerinin “piyasalaştırılması”, “ticarileştirilmesi” ve “özelleştirilmesi” süreci olarak yaşanmakla birlikte alan araştırması kapsamında görüşülen kamu sağlık sektörü yöneticileri tarafından “özelleştirme” programı olarak değerlendirilmemektedir. Kamu sağlık sektörü

yöneticileri sağlık sistemi dönüşümü ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmet sunumundan çekilmesini dolaylı olarak kabul etmekle birlikte, Bakanlığın sağlık hizmetleri sunumunun finansmanını sağlamaya devam etmesi, “planlayıcı” ve “denetleyici” rolünün ön plana çıkarılması nedenleriyle, bu dönüşümü kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi süreci olarak değerlendirmemektedir. Buna karşı görüşülen sağlık meslek temsilcilerinin tamamı bu süreci sağlık hizmetlerinin metalaştırılması, kamu sağlık hizmetlerinin “piyasalaştırılması”, “ticarileştirilmesi” ve “özelleştirilmesi” olarak değerlendirmektedir. Benzer bir şekilde görüşme yapılan sağlık çalışanlarının bir kısmı ve sağlık hizmeti kullanıcıların ise çok azı bu süreci özelleştirme olarak değerlendirmektedir.

Alan araştırması kapsamında görüşülen sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık sistemi dönüşümü ile ilgili farkındalık düzeylerinin çok düşük olduğu görülmüştür. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının da sağlık hizmeti kullanıcıları kadar olmasa da bu dönüşümle ilgili farkındalıklarının düşük olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının sağlık sistemin dönüşümü konusunda genel bir kanaati bulunmakla birlikte, dönüşümün temel bileşenleri konusunda farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Temel olarak her bir sağlık meslek grubunun kendi çalışma alanı ile ilgili farkındalığa sahip olduğu ancak diğer kamu sağlık hizmetlerinin sunumu, organizasyonu ve işleyişi konusunda farkındalığı olmadığı ya da yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüştür. Sağlık sistemi dönüşümünün kendi sağlık hizmeti üretimi alanında yarattığı değişiklikleri konusunda sadece bilgili olan bazı sağlık çalışanlarının, diğer sağlık hizmeti üretim alanlarına karşı ilgisiz oldukları ve sadece kendi çalışma koşullarına odaklandıkları görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin basamaklı yapısı gereği ayrı mekanlarda sağlık hizmeti üretiminin gerçekleştirilmesi bu farkındasızlığın bir nedeni olarak değerlendirilmemektedir. Yapılan alan araştırmasında sağlık sistemini dönüşümünün bileşenleri konusunda kendi hizmet üretimi alanları dışında bilgi ve kanaati olmayan sağlık çalışanlarının, kendi çalışma ve iktisadi koşullarına odaklandığı görülmüştür.

Sağlık hizmeti kullanıcılarının çoğunluğu sağlık sistemi dönüşümünü kamu hastanelerinin birleştirilmesi ve eskisine nazaran daha kolay kamu sağlık hizmetlerine

ulaşım olanağının sağlanması anlamında olumlu değerlendirdiği görülmüştür. Diğer taraftan kamu sağlık hizmetlerine ulaşımla ilgili yaşadıkları zorluklar, yoğunluk nedeni ile özel sağlık kuruluşlarından yararlanma durumları ve yaşantılarından anlaşıldığı kadarı ile katılımcıların büyük çoğunluğunun kamu hastane sağlık hizmetlerine ulaşımı aslında olumsuz olarak değerlendirdiği anlaşılmaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcıları için birinci basamakta gittikleri sağlık ocaklarındaki hekim “aile hekimi” olmuştur, sağlık ocaklarının aile sağlığı merkezlerine dönüşmesinden ve aile hekimliği sistemine yönelik bir farkındalıkları yoktur. Sağlık hizmeti kullanıcılarının aile hekimliğine olan güven düzeylerinin çok düşük olması ile birlikte kamu hastane hizmetlerine olan güven düzeylerinin de düşük olduğu görülmüştür.

Kamu hastane hizmetlerine ulaşımın sağlık güvencesi ile ilişkili olması nedeniyle sağlık güvencesinden yoksun olan kesimlerin acil hizmetler dışında kamu hastane hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Alan araştırması kapsamında görüşülen sağlık hizmeti kullanıcıları arasında da bu kişilerle karşılaşılmıştır. Bu kişiler sağlık güvencesinden yoksun oldukları için birinci basamak sağlık hizmetlerinden ve acil hizmetler dışında kamu hastane hizmetlerinden yararlanamamış ve ilaçlarının bedellerini kendi ceplerinden karşılamak zorunda kalmışlardır, hatta bazıları kronik rahatsızlıkları için gerekli olan bazı ilaçlarını dahi bu nedenle de alamamıştır. Bu durumun kendisi, oranların sayıların ötesinde en temel insan haklarından biri olan “sağlık hakkı”ndan mahrum olmayı ifade etmesi itibari ile sağlık sisteminin dönüşümünün en somut gerçekliğini ortaya koymaktadır.

Sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde “bıçak parası” ödemesinin kamu hastanelerinde yapılan ameliyatlarda azalarak da olsa devam ettiği sağlık hizmeti kullanıcıları ile yapılan görüşmelerden anlaşılmaktadır. Sağlık sisteminin dönüşümü ile birlikte sevsiz özel hastanelerden yararlanma süreciyle “bıçak parası”nın biçim değiştirdiği, “kamuda” çalışan hekimin hastasını “kayıt dışı” bir şekilde özelde ameliyat ederek, bu paranın açıktan hasta-hekim arasında değil de hasta-özel hastane aracılığı ile hekime aktarıldığı anlaşılmaktadır. Ayrıca “Tam Gün” Yasası ile kamuda çalışan hekimlerin kamunun olanaklarını kullanarak hastaları özel muayenelerine çekmelerinin

önüne geçilmeye çalışılsa da azalmasına rağmen kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin “kayıt dışı” bir şekilde özel muayene işletmeye devam ettikleri saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının tamamına yakını ve sağlık sektörü meslek temsilcileri performansa dayalı ek ödeme sisteminin, “çalışma barışının zedelemesine”; riskli ve puantajı az dolayısı ile kazancı az olması nedeniyle bazı operasyonlardan kaçınmaya “defansif tıp” uygulamalarına; “paranın daha ön plana çıkmasına”, sağlık çalışanlarının maddi beklentiler doğrultusunda hareket etmesine, neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu sorunların bazılarının varlığı kamu sağlık sektörü yöneticileri tarafından da kabul edilmektedir.

Sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde hekim-hasta ilişkisi, hekim-müşteri ilişkisine dönüşmüştür. İlişki biçiminin değişiminde hastaların müşteriye dönüşmesinin kendisi bu ilişkiyi ayrıca güvensizlik zeminine oturtmuştur. Bu süreçte siyasal iktidarın –Başbakan¹¹ ve Bakan’ın¹²- popülist söylemlerinin hekimlik mesleğini halk nezdinde itibarsızlaştığı, değersizleştirdiği ve hasta-hekim ilişkisinde güvensizliğe neden olduğu veya bu güvensizliği geliştirdiği görülmüştür. Sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde hasta-hekim arasında gelişen bu güvensizlikle birlikte, yoğunluk ve performans uygulamaları başta olmak üzere, hasta ve hekim arasında çıkan sorunlarda hasta ve hasta yakınlarının eskisine nazaran belirgin bir şekilde daha fazla hekimlere karşı şiddet eylemlerine yöneldikleri saptanmıştır. Bu saptamaya sağlık çalışanlarının tamamına yakını ve sağlık sektörü meslek temsilcileri ve özel hastane ortağı-yöneticisi de katılmaktadır. Alan araştırması kapsamında sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde anlatılan yaşantı aktarımları itibari ile sağlık sisteminin dönüşümü ile birlikte özelde “hekimlere” genel olarak da sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının belirgin bir şekilde arttığı saptanmıştır.

Kamu sağlık sektörü yöneticileri ise sağlık sisteminin dönüşümü sürecinde hasta hekim ilişkilerinin “hekim egemenliği”nden çıktığı ve olması gereken eşitlikçi bir

¹¹ 15 Mart 2003 tarihinden günümüzde dek Başbakanlık görevini yürüten Recep Tayyip Erdoğan

¹² 18 Kasım 2002’den 24 Ocak 2013’e dek Sağlık Bakanlığı görevini yürüten Recep Akdağ

seviyeye yaklaştığı görüşündedir. Hasta hekim ilişkilerinin değişmesi ile birlikte sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artmadığı, görünürlüğünün arttığı görüşünü paylaşmaktadır.

Sağlık hizmeti kullanıcıların sağlık sisteminin dönüşümü ile ilgili farkındalık düzeyleri çok düşük olmakla birlikte, sağlık hizmeti kullanımı aşamasında ödedikleri “katılım payları” konusunda 2 kişi hariç farkındalıklarının olduğu görülmüştür. Bu 2 kişinin (7 emekliden 2’si) emekli olduğu ve bu “katılım payları”nın maaşlarından kesilmesi dolayısı ile farkındalıklarının olmadığı anlaşılmıştır. Sağlık hizmeti kullanıcılarının yaklaşık 1/3’ü (9 kişi) kamu sağlık hizmetlerindeki dönüşümü olumlu gelişmeler olarak değerlendirmekte ve bu nedenle katılım payları ile ilgili yaptıkları ödemeleri normal bir ödeme olarak görmektedir. Bu katılımcıların çoğunluğu SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarından yararlanmakta ve katılım payı ödemelerini de küçük miktarlar olarak değerlendirmektedirler. Diğer taraftan bu katılımcıların bir kısmının her ne kadar normal olarak değerlendirseler de katılım payı ödemeleri konusunda zorlandıkları ya da aslında olumsuz olarak değerlendirenlerin “muhafazakar”lıkları nedeni ile katılım payı ödemelerini “normal” gördüğü veya “normalleştirdiği” anlaşılmaktadır. Katılım payları ödemelerinde zorlanan bu katılımcıların “muhafazakar”lıkları ve siyasal iktidara yakınlıkları nedeniyle kendi ekonomik çıkarlarına aykırı bir uygulama olsa da bunu normalleştirdikleri görülmektedir.

Sağlık hizmeti kullanıcılarının 2/3’ü (17 kişi) reçete ve muayene katılım paylarını olumsuz olarak değerlendirmektedir. Bu kişilerin yaklaşık yarısı reçete ve muayene katılım payları ile ilgili yaptıkları ödemeleri ekonomik sıkıntıları nedeniyle ödemekte zorlanmaktadır ve bunların çoğunluğu G1 ve G0 statüsündedir. Katılım payı ödemeleri konusunda zorlanan ve bu ödemeleri olumsuz karşılayan bu kişiler, katılım paylarını olumsuz değerlendirmelerine karşın “buna karşı ne yapılabileceği konusunda bir fikirleri yoktur” ve uygulamaya “rıza” göstermektedir. Bunların dışında sosyal ve sağlık güvencesine sahip olanların bir kısmının da reçete ve muayene katılım payları ödemelerini olumsuz olarak değerlendirmekle birlikte, buna karşı bir tepkisinin olmadığı ve bu tepkisizliğin yaşantıları ve ifadeleri doğrultusunda “baskı ortamı”, “değişime inançsızlık” ve “örgütsüzlük”ten kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmeti kullanıcılarından sosyal ve sağlık güvencesine sahip ve sendikal anlamda örgütlü olan 2 kişi ise reçete ve muayene katılım payları ödemelerini olumsuz ve eleştirel değerlendirmektedir. Ancak sadece biri bu olumsuz düşüncesini, tepkisini sağlıkta dönüşüme karşı yapılan eylemlere katılarak göstermiştir. Dolayısıyla her ne kadar olumsuz görüşler olsa da bir tepkisizlik söz konusudur. Katılım payları ödemelerini olumsuz olarak değerlendirenler arasında buna karşı bir tepki geliştirilmemesinin: “buna karşı ne yapılabileceğini bilmeme”, “baskı ortamı”, “değişime inançsızlık” ve “örgütsüzlük” nedenleriyle “rıza” gösterme olduğu anlaşılmaktadır. Bu kişiler dönüşüme eleştirel bakarken bu dönüşüme karşı örgütsüz, eylemsiz, pasif bir düşünsel tepki içindedirler. Alan araştırması bulgularından yola çıkarak sağlık sistemi dönüşümüne karşı tepkisizliğin ana nedeninin örgütsüzlük olduğu düşünülmektedir.

Sağlık hizmeti kullanıcılarının tepkisizliğin bir nedeninin de dönüşüm ile ilgili farkındalığın düşük düzeyde olması olduğu düşünülmektedir. Alan araştırması kapsamında görüşülen Sağlık hizmeti kullanıcılarının Aile Hekimliği Sistemi, Genel Sağlık Sigortası ve kamu hastanelerindeki hizmet üretim süreçlerindeki değişim ile ilgili farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili ise bir kişi dışında bilgisi olan yoktur. KHB Kasım 2012 itibari ile yürürlüğe girmiştir ve yeni bir uygulamadır dolayısıyla bu konuda farkındalığın olmaması kısmen anlaşılabilir olmakla birlikte, getireceği değişikliklerin ciddiyeti düşünüldüğünde, hükümetin bu konuda olduğu gibi Aile Hekimliği Sistemi, GSS başta olmak üzere “Sağlıkta Dönüşüm Programı” konusunda toplumu yeterince bilgilendirmediği daha doğrusu bu dönüşüm ile ilgili gerçeklerin toplumdan saklandığı ve tam tersi toplum çıkarına bir dönüşüm yaşandığı algısını toplumda yarattığı görülmektedir. Sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde kullanılan “aile” hekimliği, “genel” sağlık sigortası, “kamu” hastaneleri birlikleri gibi kavramlar da toplumda olumlu bir izlenim yaratmaktadır. Diğer taraftan sağlık sistemi dönüşümünün gerçekliği, sağlık meslek örgütleri, sendikalar ve bu dönüşüme muhalif partiler tarafından da topluma aktarılamadığı ya da muhalif düşüncelerin dolaşıma girememesi nedeni ile topluma aktarılmadığı da ayrı bir gerçekliktir.

Ayrıca Türkiye Sağlık Sistemi Dönüşümüne karşı toplumda bir tepki oluşmamasının diğer bir sebebi de henüz bu sürecin geçiş aşamasında olduğumuzdan kaynaklanmaktadır. Söz konusu geçiş radikal bir şekilde değil aşamalı ve yumuşak bir geçiştir. Şu anki uygulama itibarı ile acil hastane hizmetlerinden ve aile sağlığı merkezlerinden yararlanılabilmektedir. Gelecekte aile hekimliği sistemi ile GSS arasına ilişki kurulması aşamasında aile hekimliği hizmetlerinden yararlanabilmekte prim ödeme koşuluna bağlanacaktır. Genel Sağlık Sigortasının katılım payları uygulaması “küçük” miktarlar olarak uygulamaya yeni girmiştir, gelecekte katılım payı ödemelerinin miktarlarının artması ve uygulanmaya sokulacak olunan “temel teminat paketi” aşamasında toplum nezdinde sağlık sisteminin dönüşümüne ilişkin gerçekliğin daha da belirginleşeceği ve buna karşı tepkiselliğin ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

EKLER

EK 1: UZMAN GÖRÜŞMESİ KILAVUZU

1. Sağlık sisteminin dönüşümünü nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - ✓ Sağlık hizmetlerinin finansman aracı olarak Genel Sağlık Sigortası hakkındaki değerlendirmeniz, görüşleriniz nelerdir?
 - ✓ Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçişi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - ✓ Kamu hastanelerinin “idari ve mali özerk sağlık işletmelerine” dönüştürülmesi sürecinde uygulamaya konulan, Kamu Hastaneleri Birlikleri hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
2. Sizce toplum sağlık sisteminin dönüşümünü nasıl algılıyor, değerlendiriyor?
 - ✓ Genel Sağlık Sigortası
 - ✓ Aile hekimliği
 - ✓ Hastanecilik hizmetleri
 - ✓ Kamu Hastaneleri Birlikleri

EK 2: GÖRÜŞME KILAVUZU

1. Sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanıyor musunuz?

Evet ()

Hayır () => Özel sigortadan mı yararlanıyorsunuz?
Neden özel sigortayı tercih ediyorsunuz?

2. Ne sıklıkta devletin sağladığı sağlık hizmetlerinden yararlanıyorsunuz?

3. Devletin sunduğu, sağladığı sağlık hizmetlerinde bir değişim var mı?

Evet () Hayır ()

Değişimin var ise, sizce bu değişim nasıl? Ne yaşıyorsunuz?

Aile Hekimliği Sistemi

4. Sağlık ocakları değişti ve aile hekimliği oldu. Bundan haberiniz var mı?

Evet () Hayır ()

5. Aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz?

6. Ne sıklıkta aile hekimliğine gidiyorsunuz?

7. Aile hekiminden sağlık hizmeti alırken neler yaşıyorsunuz? Sağlık ocağından aile hekimliğine geçişi/değişimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ✓ Ulaşılabilirlik (fiziki, randevu alabilme, bekleme süresi)
- ✓ Hekim davranışları (ilgi, bilgilendirme, zaman ayırma)
- ✓ Güven
- ✓ Sevk
- ✓ Reçete katılım payı
- ✓ Fiziki ortam (temizlik, bekleme salonu, ısınma, havalandırma)

Hastanecilik Hizmetleri

8. Hastanelerden sağlık hizmeti alırken neler yaşıyorsunuz? Hastanelerden aldığınız sağlık hizmetlerinin değişimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ✓ Ulaşılabirlik (fiziki, randevu alabilme, bekleme süresi)
- ✓ Hekim davranışları (ilgi, bilgilendirme, zaman ayırma)
- ✓ Fiziki ortam (temizlik, bekleme salonu, ısınma, havalandırma)
- ✓ Bürokratik işlemler
- ✓ Güven
- ✓ Reçete katılım payı
- ✓ Muayene katılım payı
- ✓ Fark ücreti-ilave ücret (özellerde)
- ✓ Özel hastanelere başvurabilme
- ✓ Bıçak parası
- ✓ Muayeneden yatış işlemi
- ✓ Özel hastaneye yönlendirme
- ✓ Hastanelerin yönetimindeki değişim

Genel Sağlık Sigortası

9. Eskiden hangi kurum tarafından sağlık harcamalarınızı yapıyordunuz?
Emekli Sandığı () Bağ-Kur () SSK () Yeşil Kart ()

Keşke, _____ 'lu olsaydım dediğiniz zamanlar oluyor muydu?
Evet () Hayır ()

Evetse neden?

10. Şimdi biliyorsunuz hepsi aynı çatı altında. Bu durum hakkında ne düşünüyorsunuz?

11. Gelir testi yaptırdınız mı? (eski yeşil kartlılara sorulacak)

- Neden yaptırdığınızı biliyor musunuz? Bu konudaki düşünceniz nedir?

Görüşülen Kişiyeye Ait Sosyo-Demografik Bilgiler

Yaş:	Cinsiyet:	Sosyal Güvence:
Eğitim Durumu:		Gelir:
Meslek/İş:		Aile Genişliği:

EK 3:
Toplum Örnekleme Seçimi Zaman Dilimleri Kura Çekimi Sonuçları

Araştırma Birimi	Tarih	Saat Dilimi
Aile Sağlığı Merkezi	11 Mart 2013	11.10
	12 Mart 2013	11.40
	13 Mart 2013	13.20
	14 Mart 2013	14.10
	15 Mart 2013	13.30
Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi	28 Mart 2013	10.20
	28 Mart 2013	15.50
	29 Mart 2013	09.40
	29 Mart 2013	14.30
	8 Nisan 2013	10.10
	8 Nisan 2013	13.40
	9 Nisan 2013	9.50
	9 Nisan 2013	15.40
	10 Nisan 2013	12.00
	10 Nisan 2013	15.00
	11 Nisan 2013	11.10
	11 Nisan 2013	14.20
	12 Nisan 2013	10.30
	12 Nisan 2013	14.00
	15 Nisan 2013	11.00
	15 Nisan 2013	16.00
	16 Nisan 2013	10.00
	16 Nisan 2013	15.10
	17 Nisan 2013	11.30
	17 Nisan 2013	14.50
	18 Nisan 2013	11.20
	18 Nisan 2013	16.20
	19 Nisan 2013	9.10
	19 Nisan 2013	13.20
	22 Nisan 2013	10.50

EK 4:
Derinlemesine Görüşme Yapılan Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Bazı Özellikleri

Kişi kodu	Özellikler		
4a-1 Çalışan	Yaş: 30	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: Üniversite
	Gelir: “Orta Üst”		Medeni Durum: Evli
	Meslek/İş: Bankacı-özel sektör		
	Eşi ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 2 kişi.		
	Sağlık Öyküsü: Gebe kalmak için tedavi görüyor.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “5-6 defa.”		
4a-2 Emekli	Yaş: 63	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “Orta Üst”		Medeni Durum: Evli (2 çocuğu var)
	Eşi ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 2 kişi.		
	Meslek/İş: Ev Hanımı		
	Sağlık Öyküsü: Kalp pili takılmış, tansiyon. Eşi kalp krizi geçirmiş.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “5-6 defa.”		
4a-3 Emekli	Yaş: 60	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: İlkokul
	Gelir: “İşçi Emeklisi Maaşı”		Medeni Durum: Evli (3 çocuğu var)
	Eşi ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 2 kişi.		
	Meslek/İş: İşçi Emeklisi		
	Sağlık Öyküsü: Astım.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “Çok gidiyoruz yani”, raporlu ilaçları bittikçe doktora başvuruyor.		
4a- 4 Emekli	Yaş: 61	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Ortaokul
	Gelir: “1000 TL üzeri emekli maaşı”		Medeni Durum: Evli (4 çocuğu var)
	Eşi ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 2 kişi.		
	Meslek/İş: İşçi Emeklisi		
	Sağlık Öyküsü: Prostat ve şeker hastası.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “Her ay ilaç yazmaya buraya geliyoruz”, raporlu ilaçları bittikçe doktora başvuruyor.		
4a-5 Çalışan	Yaş: 37	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “1.000 TL”		Medeni Durum: Evli (2 çocuğu var)
	Eşi ve 2 çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 4 kişi.		
	Meslek/İş: Temizlik personeli-taşeron firmada.		
	Sağlık Öyküsü: Kadın hastalıkları, mide rahatsızlığı var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “5-6 defa.”		

Kişi kodu	Özellikler		
4a-6 Çalışan	Yaş: 35	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “2.500 TL”		Medeni Durum: Evli (2 çocuğu var)
	Eşi ve 2 çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 4 kişi.		
	Meslek/İş: İşçi- demir işleri, inşaat.		
	Sağlık Öyküsü: Omuz ağrısı ve bel fıtığı var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “3 defa.”		
4a-7 Çalışan	Yaş: 43	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “2.000 TL”		Medeni Durum: Evli (2 çocuğu var)
	Eşi ve 2 çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 4 kişi.		
	Meslek/İş: Lojistik şirketinde çalışıyormuş		
	Sağlık Öyküsü: Kadın hastalıkları ve cildiye rahatsızlıkları		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “3-4 defa.”		
4b-1 Emekli	Yaş: 67	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “800 TL”		Medeni Durum: Evli (1 çocuğu var)
	Eşi ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 2 kişi.		
	Meslek/İş: Gümrük Müşaviri, ithalat-ihracat işleri yapıyormuş.		
	Sağlık öyküsü: Böbrek hastası. 2008’de acil olarak Numune’ye kaldırılmış, ameliyatla 1 böbreği alınmış. Tek böbrekle yaşıyor. Şimdi de böbrek enfeksiyonu nedeniyle nefroloji kliniğine yatış yapacak.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “Birkaç kez”		
4b-2 Çalışan	Yaş:50	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “3.000-5.000 TL”		Medeni Durum: Evli (2 çocuğu var)
	Eşi ve 2 çocuğu ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 4 kişi.		
	Meslek/İş: Emlakçı		
	Sağlık öyküsü: Kendisinde tansiyon başlangıcı var. Eşinin kalp kapakçığı değişmiş, 8 sene önce ve eşinde kalp ritim bozukluğu var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “2-3 defa.”		
4b-3 Çalışan	Yaş:52	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: İlkokul
	Gelir: “Belli bir gelirim yok, çalıştığımda var”		Medeni Durum: Evli (4 çocuğu var)
	Eşi ve 2 çocuğu ve annesi ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 5 kişi.		
	Meslek/İş: İnşaat Ustası		
	Sağlık öyküsü: Bel fıtığı, şeker, kolesterol; annesi 102 yaşında yatalak hasta, astım.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “1-2 defa.”		

Kişi kodu	Özellikler		
4b-4 Emekli	Yaş: 67	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “Orta gelirliyiz.”		Medeni Durum: Evli (2 çocuğu var)
	Eşi ve 1 çocuğu ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Özel kurs sahibi		
	Sağlık öyküsü: Gözünden katarak ameliyatı olmuş, gözlük kullanıyor.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “3-4 defa.”		
4b-5 Çalışan	Yaş: 33	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Üniversite
	Gelir: “8.000-10.000 TL”		Medeni Durum: Bekar
	Anne ve babası ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Tekstil atölyesi var.		
	Sağlık Öyküsü: Diş tedavisi oluyor, cildiye ile ilgili akut bir sorunu var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “7-8 defa.”		
4c-1 Çalışan	Yaş: 41	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Üniversite
	Gelir: “Öğretmen maaşı”		Medeni Durum: Evli (1 çocuğu var)
	Eşi ve çocuğu ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Öğretmen (Kamu)		
	Sağlık Öyküsü: Kendisinin yok, çocuğunu soğuk algınlığı için getirmiş.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “3-4 defa.”		
4c-2 Emekli	Yaş: 57	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “Emekli maaşı”		Medeni Durum: Evli (1 çocuğu var)
	Eşi ve çocuğu ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Astsubay		
	Sağlık Öyküsü: Mide CA, metastaz yapmış!		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “7-8 defa.”		
4c-3 Emekli	Yaş: 70	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Öğretmen okulu
	Gelir: “1.500 TL”		Medeni Durum: Evli (3 çocuğu var)
	Eşi ve çocuğu ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Öğretmen (Kamu)		
	Sağlık Öyküsü: 2 sene önce anjiyo olmuş, stend takmışlar. Şeker, tansiyon var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “2-3 defa.”		

Kişi kodu	Özellikler		
4c-4 Çalışan	Yaş: 44	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Üniversite
	Gelir: “3.000 TL”		Medeni Durum: Evli (1 çocuğu var)
	Eşi ve çocuğu ile birlikte yaşıyor. Aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Vergi dairesinde çalışıyor		
	Sağlık Öyküsü: Ülser, gastrit var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “7-8 defa.”		
4c-5 Çalışan	Yaş: 32	Cinsiyet: erkek	Eğitim Durumu: Üniversite
	Gelir: “2.000 TL”		Medeni Durum: Evli (çocuğu yok)
	Eşi ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 2 kişi.		
	Meslek/İş: Öğretmen (Kamu)		
	Sağlık Öyküsü: Akut KBB rahatsızlığı var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “3-4 defa.”		
4c-6 Çalışan	Yaş: 51	Cinsiyet:	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “2.000 TL civarı”		Medeni Durum: Evli (1 çocuğu var)
	Eşi ve çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Adliyyede memur		
	Sağlık Öyküsü: Kronik göz rahatsızlığı var ve böbrek?		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “3 defa” (2’si acile).		
G0-1	Yaş:55	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Lise
	Gelir: “Yok”		Medeni Durum: Evli (2 çocuğu var)
	Eşi ve 2 çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 4 kişi.		
	Meslek/İş: “Ticaret, toptancılık, imalat.”		
	Sağlık Öyküsü: 1988’de anjiyo olmuş, stend takmışlar. Kalp ve prostat.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “3-4 defa.”		
G0-2	Yaş: 43	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Ortaokul
	Gelir: Düşük		Medeni Durum: Evli (4 çocuğu var)
	4 çocuk, eşi, anne ve babası ile birlikte yaşıyor bir evde 8 nüfuslar.		
	Meslek/İş: İnşaat (su tesisatı işleri)		
	Sağlık Öyküsü: Bel fıtığı, reflü, hemoroid var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “Birkaç kez.”		

Kişi kodu	Özellikler		
G0-3	Yaş:36	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: İlkokul
	Gelir: Düşük		Medeni Durum: Bekar-eşi ölmüş (4 çocuğu var)
	4 çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 5 kişi.		
	Meslek/İş: Ev hanımı, ev temizliğine gidiyor ara sıra		
	Sağlık Öyküsü: Eşini 3 ay önce kalp rahatsızlığından kaybetmiş. Kendisinin bel ağrıları var, bir çocuğu otistik.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “1-2 defa.”		
G0-4	Yaş:45	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: İlkokul
	Gelir: Düşük		Medeni Durum: Bekar-eşi ölmüş (2 çocuğu var)
	2 çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Ev hanımı, ara sıra ev temizliğine gidiyormuş.		
	Sağlık Öyküsü: Eşini 3 ay önce kalp rahatsızlığından kaybetmiş. Kendisinin bel ağrıları var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “2 defa.”		
G0-5	Yaş:30	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: Ortaokul
	Gelir: Düşük		Medeni Durum: Evli (2 çocuğu var)
	Eşi ve 2 çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 4 kişi.		
	Meslek/İş: Ev Hanımı		
	Sağlık Öyküsü: Böbrek rahatsızlığı ve miyop.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “5-6 defa.”		
G0-6	Yaş: 35	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: İlkokul
	Gelir: Düşük		Medeni Durum: Bekar
	Anne ve babası ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: Garson (arkadaşının dönerci lokantasında ara sıra garsonluk yapıyormuş)		
	Sağlık Öyküsü: Astım bronşit.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “13-14 defa.”		
G1-1	Yaş:43	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: İlkokul
	Gelir: Düşük		Medeni Durum: Bekar-eşi ölmüş (2 çocuğu var)
	Tek yaşıyor.		
	Meslek/İş: Ev hanımı, ara sıra ev temizliğine gidiyormuş.		
	Sağlık Öyküsü: Ülser, guatr, migreni var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “12 defa.”		

Kişi kodu	Özellikler		
G1-2	Yaş:37	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: İlkokul
	Gelir: Düşük		Medeni Durum: Evli (1 çocuğu var)
	Eşi ve çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 3 kişi.		
	Meslek/İş: “İş olunca çalışıyoruz”		
	Sağlık Öyküsü: Çocuğunda gelişim bozukluğu, eşinde ise kadın hastalıkları var.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “En az 50” (çocuğu ve eşi için)		
G1-3	Yaş: 46	Cinsiyet: Erkek	Eğitim Durumu: Üniversite
	Gelir: Düşük		Medeni Durum: Bekar-Boşanmış (1 çocuğu var)
	Tek başına yaşıyor.		
	Meslek/İş: Biyolog- İşsiz		
	Sağlık Öyküsü: Kendisinde miyop ve hipermetrop var. Annesi kalp hastası.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “1 defa.”		
G1-4	Yaş:59	Cinsiyet: Kadın	Eğitim Durumu: İlkokul
	Gelir: “Yok”		Medeni Durum: Bekar-Boşanmış (2 çocuğu var).
	1 çocuğu ile birlikte yaşıyor, aile genişliği 2 kişi.		
	Meslek/İş: Ev hanımı		
	Sağlık Öyküsü: Şeker, kolesterol, migren ve bel fıtığı.		
	Son bir yılda doktora başvuru sayısı: “4 defa.”		

Tablo: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı

Ülkeler	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2011*
Avustralya	3,7	..	..	6,4	6,1	6,5	6,8	7,3	8,1	8,5	8,9
Avusturya	4,3	4,6	5,2	7,0	7,5	6,4	8,4	9,6	10,0	10,4	10,8
Belçika	..	..	3,9	5,6	6,3	7,0	7,2	7,6	8,1	10,0	10,5
Kanada	5,4	5,9	6,9	7,0	7,0	8,1	8,9	9,0	8,8	9,8	11,2
Şili	..	..	..	..	..	..	..	5,2	6,4	6,6	7,5
Çek Cumhr.	..	..	..	..	..	..	4,4	6,7	6,3	6,9	7,5
Danimarka	..	..	..	8,7	8,9	8,5	8,3	8,1	8,7	9,8	11,1
Estonya	..	..	..	..	..	..	..	..	5,3	5,0	5,9
Finlandiya	3,8	4,8	5,5	6,2	6,3	7,1	7,7	7,8	7,2	8,4	9,0
Fransa	3,8	4,8	5,4	6,4	7,0	8,0	8,4	10,4	10,1	11,0	11,6
Almanya	..	..	6,0	8,4	8,4	8,8	8,3	10,1	10,4	10,8	11,3
Yunanistan	..	..	5,5	..	5,9	..	6,7	8,7	8,0	9,7	9,1
Macaristan	..	..	..	..	..	..	..	7,3	7,2	8,4	7,9
İzlanda	3,0	3,5	4,7	5,7	6,3	7,2	7,8	8,2	9,5	9,4	9,0
İrlanda	3,7	4,0	5,0	7,2	8,1	7,4	6,0	6,6	6,1	7,6	8,9
İsrail	..	..	..	5,6	7,7	7,2	7,1	7,6	7,5	7,9	7,7
İtalya	..	..	..	..	..	..	7,7	7,1	7,9	8,7	9,2
Japonya	3,0	4,4	4,4	5,5	6,4	6,5	5,8	6,8	7,6	8,2	9,6
Kore	..	..	..	..	3,6	3,5	3,9	3,7	4,3	5,6	7,4
Lüksemburg	..	..	3,1	4,3	5,2	5,2	5,4	5,6	7,5	7,9	8,2
Meksika	..	..	..	..	..	..	4,4	5,1	5,1	5,9	6,2
Hollanda	..	..	..	7,0	7,4	7,3	8,0	8,3	8,0	10,9	11,9
Yeni Zelanda	..	..	5,2	6,6	5,8	5,0	6,8	7,1	7,6	8,4	10,3
Norveç	2,9	3,4	4,4	5,9	7,0	6,6	7,6	7,9	8,4	9,0	9,3
Polonya	..	..	..	..	..	..	4,8	5,5	5,5	6,2	6,9
Portekiz	..	..	2,4	5,0	5,1	5,6	5,7	7,5	9,3	10,4	10,2
Slovakya	..	..	..	..	..	..	..	..	5,5	7,0	7,9
Slovenya	..	..	..	..	..	..	..	7,5	8,3	8,4	8,9
İspanya	1,5	2,5	3,5	4,6	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	9,3
İsveç	..	..	6,8	7,5	8,9	8,5	8,2	8,0	8,2	9,1	9,5
İsviçre	4,9	4,6	5,3	6,8	7,2	7,6	8,0	9,3	9,9	10,9	11,0
Türkiye	..	..	..	2,2	2,4	1,6	2,7	2,5	4,9	5,4	6,1
Birleşik Krallık	3,9	4,1	4,5	5,4	5,6	5,8	5,8	6,8	7,0	8,3	9,4
ABD	5,1	5,7	7,1	8,0	9,0	10,4	12,4	13,7	13,7	15,8	17,7
OECD Ort.											9,3

Kaynak : OECD Health Data 2013 (*: 2011 ya da en yakın yıl bilgisi)

Tablo: OECD Ülkelerinde Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD Doları)

Ülkeler	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2011*
Avustralya	90	..	..	435	640	921	1207	1617	2259	2980	3800
Avusturya	77	107	194	431	774	926	1627	2250	2898	3503	4546
Belçika	..	..	149	347	640	963	1351	1708	2245	3214	4061
Kanada	123	177	294	478	777	1259	1735	2054	2519	3451	4522
Şili	..	..	..	..	..	..	..	396	613	843	1568
Çek Cumhr.	..	..	..	..	..	..	548	896	982	1474	1966
Danimarka	..	..	..	540	890	1247	1537	1864	2507	3243	4495
Estonya	..	..	..	..	..	..	..	..	523	831	1303
Finlandiya	63	107	181	337	564	915	1359	1473	1853	2589	3374
Fransa	69	117	194	369	665	1028	1440	2093	2544	3254	4118
Almanya	..	..	268	573	974	1413	1793	2270	2677	3363	4495
Yunanistan	..	..	160	..	488	..	843	1258	1451	2352	2361
Macaristan	..	..	..	..	..	..	..	657	853	1434	1689
İzlanda	57	94	174	372	750	1176	1659	1902	2740	3304	3305
İrlanda	43	61	116	272	509	654	785	1185	1761	2938	3700
İsrail	..	..	..	..	610	784	1028	1435	1765	1829	2239
İtalya	..	..	..	..	..	..	1352	1495	2028	2473	3012
Japonya	30	73	140	278	540	856	1114	1557	1969	2491	3213
Kore	..	..	..	..	87	156	316	479	744	1282	2198
Lüksemburg	..	..	..	..	..	..	..	1903	3269	4152	4755
Meksika	..	..	..	..	..	..	296	385	508	731	977
Hollanda	..	..	..	438	731	958	1410	1791	2340	3820	5099
Yeni Zelanda	..	..	210	408	488	612	981	1246	1610	2124	3182
Norveç	49	78	143	321	664	937	1364	1855	3043	4301	5669
Polonya	..	..	..	..	..	..	288	409	584	857	1452
Portekiz	..	..	47	158	276	395	626	1012	1654	2212	2619
Slovakya	..	..	..	..	..	..	..	..	605	1139	1915
Slovenya	..	..	..	..	..	..	..	970	1450	1961	2421
İspanya	16	42	95	212	362	493	869	1188	1538	2270	3072
İsveç	..	..	310	529	941	1265	1589	1738	2286	2963	3925
İsviçre	166	199	350	628	1029	1465	2023	2558	3221	4015	5643
Türkiye	..	..	..	44	69	68	158	178	454	621	906
Birleşik Krallık	84	110	159	292	467	688	959	1344	1827	2762	3405
ABD	148	208	356	603	1102	1834	2851	3788	4791	6735	8508
OECD Ort.											3339

Kaynak : OECD Health Data 2013 (*: 2011 ya da en yakın yıl bilgisi)

Tablo: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı (%)

Ülkeler	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2011*
Avustralya	50,3	..	..	73,6	62,6	70,6	66,2	65,8	66,8	66,9	67,8
Avusturya	69,4	70,3	63,0	69,6	68,8	76,1	72,9	73,5	75,6	75,3	76,2
Belçika	..	..	..	..	..	..	..	76,8	74,6	76,1	75,9
Kanada	42,6	51,9	69,9	76,2	75,6	75,5	74,5	71,2	70,4	70,2	70,4
Şili	..	..	..	..	..	..	..	48,2	52,1	40,0	46,9
Çek Cumhr.	..	..	96,6	96,9	96,8	92,2	97,4	90,9	90,3	87,3	84,2
Danimarka	..	..	..	85,4	87,8	85,6	82,7	82,5	83,9	84,5	85,1
Estonya	..	..	..	..	..	..	..	..	77,2	76,7	79,3
Finlandiya	54,1	66,0	73,8	78,6	79,0	78,6	80,9	71,7	71,3	73,8	75,4
Fransa	62,4	71,2	75,5	78,0	80,1	78,5	76,6	79,7	79,4	77,7	76,8
Almanya	..	..	72,8	79,0	78,7	77,4	76,2	81,4	79,5	76,6	76,5
Yunanistan	..	..	42,6	..	55,6	..	53,7	52,0	60,0	60,1	65,1
Macaristan	..	..	..	..	..	..	..	84,0	70,7	70,0	65,0
İzlanda	66,7	63,1	66,2	87,1	88,2	87,0	86,6	83,9	81,1	81,4	80,4
İrlanda	76,0	76,2	81,7	79,0	82,0	75,8	71,7	72,5	75,1	76,0	67,0
İsrail	..	..	..	..	..	..	..	67,4	62,6	59,3	60,8
İtalya	..	..	..	..	..	..	79,5	72,8	74,2	77,9	77,8
Japonya	60,4	61,4	69,8	72,0	71,3	70,7	77,6	82,3	80,8	81,6	82,1
Kore	..	..	..	..	22,1	32,1	39,5	38,6	50,4	53,3	55,3
Lüksemburg	..	..	88,9	91,8	92,8	89,2	93,1	92,4	85,1	84,9	84,0
Meksika	..	..	..	..	..	..	40,4	42,1	46,6	45,0	47,3
Hollanda	..	..	..	71,9	73,2	73,3	71,2	75,4	66,4	69,7	85,6
Yeni Zelanda	..	..	80,3	73,7	88,0	87,0	82,4	77,2	78,0	79,7	82,7
Norveç	77,8	80,9	91,6	96,2	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,5	84,9
Polonya	..	..	..	..	..	..	91,7	72,9	70,0	69,3	70,3
Portekiz	..	..	59,0	58,9	64,3	54,6	65,5	62,6	66,6	68,0	65,0
Slovakya	..	..	..	..	..	..	..	..	89,4	74,4	70,9
Slovenya	..	..	..	..	..	..	..	77,7	74,0	72,7	73,7
İspanya	58,7	50,8	65,4	77,4	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,9	73,0
İsveç	..	..	86,0	90,2	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,2	81,6
İsviçre	..	..	..	..	..	50,3	52,4	53,6	55,4	59,5	64,9
Türkiye	..	..	..	..	29,4	50,6	61,0	70,3	62,9	67,8	73,0
Birleşik Krallık	85,2	85,8	87,0	91,1	89,4	85,8	83,6	83,9	79,1	80,9	82,8
ABD	22,9	22,1	36,1	40,6	41,0	39,6	39,4	45,1	43,0	44,2	47,8
OECD Ort.											72,2

Kaynak : OECD Health Data 2013 (*: 2011 ya da en yakın yıl bilgisi)

Tablo: OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

Ülkeler	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2011*
Avustralya	23,6	..	..	10,7	8,8	9,0	9,9	12,2	14,8	14,3	15,4
Avusturya	..	..	..	..	..	..	9,6	9,2	12,1	12,8	11,7
Belçika	..	..	28,1	21,9	17,4	15,7	15,5	18,1	..	16,8	15,5
Kanada	12,9	12,1	11,3	8,9	8,5	9,6	11,5	13,9	15,9	17,2	16,6
Şili	..	..	..	..	..	..	..	..	..	13,9	12,6
Çek Cumhr.	..	..	..	..	..	..	21,0	25,1	23,4	24,8	20,0
Danimarka	..	..	..	..	6,0	6,6	7,5	9,1	8,7	8,2	7,4
Estonya	..	..	..	..	..	..	..	..	22,3	23,9	21,5
Finlandiya	17,1	14,8	12,6	11,9	10,7	9,7	9,4	13,8	15,2	16,0	13,2
Fransa	23,5	24,1	23,8	20,3	16,0	16,2	16,9	15,0	16,5	16,7	15,6
Almanya	..	..	16,2	13,7	13,4	13,8	14,3	12,8	13,5	15,0	14,1
Yunanistan	..	..	25,5	..	18,8	..	14,3	15,7	18,9	21,5	28,5
Macaristan	..	..	..	..	..	..	..	25,0	..	30,3	33,4
İzlanda	18,5	17,7	17,1	16,2	15,9	16,6	13,5	13,4	14,5	14,4	15,4
İrlanda	..	..	..	13,7	11,0	9,9	12,2	11,4	14,1	16,3	17,5
İsrail	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
İtalya	..	..	..	..	..	..	20,3	20,4	21,7	19,9	16,2
Japonya	..	..	..	..	21,2	18,0	21,4	22,2	18,4	19,7	20,3
Kore	..	..	..	..	15,9	17,2	17,7	17,9	19,8	22,4	20,2
Lüksemburg	..	..	19,7	16,6	14,5	14,7	14,9	12,0	9,1	9,2	9,1
Meksika	..	..	..	..	..	..	..	..	19,4	25,4	27,1
Hollanda	..	..	..	9,3	8,0	9,3	9,6	11,0	11,7	10,5	9,4
Yeni Zelanda	..	..	..	..	11,9	13,3	13,8	14,8	..	10,7	9,4
Norveç	..	8,9	7,8	6,4	8,7	9,1	7,2	9,0	9,5	9,1	6,8
Polonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	28,0	22,5
Portekiz	..	..	13,4	..	19,9	25,4	24,9	23,6	19,9	20,7	17,9
Slovakya	..	..	..	..	..	..	..	..	34,0	31,9	27,4
Slovenya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	20,8	19,5
İspanya	..	..	..	..	21,0	20,3	17,8	19,2	21,3	20,1	17,4
İsveç	..	..	6,6	7,9	6,5	7,0	8,0	12,3	13,8	13,4	12,1
İsviçre	..	..	..	..	..	11,3	10,2	10,1	10,8	10,6	9,4
Türkiye	..	..	..	..	..	13,0	20,4	..	26,6	..	26,6
Birleşik Krallık	..	15,8	14,7	11,8	12,8	14,1	13,5	15,3	14,2	12,7	11,4
ABD	16,1	14,7	12,1	10,0	8,7	8,7	8,8	8,4	11,3	12,2	11,7
OECD Ort.											16,4

Kaynak : OECD Health Data 2013 (*: 2011 ya da en yakın yıl bilgisi)

Tablo: OECD Ülkelerinde Hekim, Hastane Yatağı ve MRI Cihazı Sayıları

	2011*		
Ülkeler	Bin nüfus başına hekim sayısı	Bin nüfusa düşen hastane yatağı sayısı	Bir milyon nüfus başına MRI cihaz sayısı
Avustralya	3,3	3,8	5,7
Avusturya	4,8	7,7	18,6
Belçika	2,9	6,4	10,7
Kanada	2,4	2,8	8,5
Şili	1,6	2,2	4,1
Çek Cumhuriyeti	3,6	6,8	6,9
Danimarka	3,5	3,5	15,4
Estonya	3,3	5,3	9,7
Finlandiya	3,3	5,5	20,2
Fransa	3,3	6,4	7,5
Almanya	3,8	8,3	10,8
Yunanistan	6,1	4,9	22,6
Macaristan	3,0	7,2	3,0
İzlanda	3,5	3,3	21,9
İrlanda	2,7	3,0	13,1
İsrail	3,3	3,3	2,5
İtalya	4,1	3,4	23,7
Japonya	2,2	13,4	46,9
Kore	2,0	9,6	21,3
Lüksemburg	3,0	5,4	14,5
Meksika	2,2	1,7	2,1
Hollanda	3,0	4,7	12,9
Yeni Zelanda	2,6	2,8	11,1
Norveç	3,7	3,3	..
Polonya	2,2	6,6	4,8
Portekiz	4,0	3,4	9,2
Slovakya	3,3	6,1	7,0
Slovenya	2,5	4,6	8,3
İspanya	4,1	3,2	13,9
İsveç	3,9	2,7	..
İsviçre	3,8	4,9	19,3
Türkiye	1,7	2,5	10,5
Birleşik Krallık	2,8	3,0	5,9
ABD	2,5	3,1	31,5
OECD Ort.	3,2	4,8	13,3

Kaynak : OECD Health Data 2013 (*: 2011 ya da en yakın yıl bilgisi)

Tablo: OECD Ülkelerinde Kişi Başı Doktora Başvuru Sayıları

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Avustralya	6	6	6,1	6,1	6,3	6,4	6,6	6,6	6,7
Avusturya	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8	6,9	6,9	6,9	6,9
Belçika	7,4	7,2	7,2	7,1	7,2	7,5	7,6	7,4	7,4
Kanada	7,8	7,7	7,8	7,6	7,7	7,8	7,7	7,4	7,4
Şili	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9	3	3,2	3,3	3,3
Çek Cumhr.	13	13,1	13,2	13	12,6	11,4	11,2	11	11,1
Danimarka	4,3	4,4	4,5	4,5	4,5	4,6	4,6	4,6	4,6
Estonya	6,2	6,3	6,4	6,4	6,6	6,5	6,3	6	6,3
Finlandiya	4,2	4,2	4,3	4,3	4,2	4,3	4,2	4,3	4,2
Fransa	7,2	7	7	6,8	6,8	6,7	6,7	6,7	6,8
Almanya	8	7,4	8,1	7,9	8,1	8,6	9,2	9,9	9,7
Yunanistan	4,2	4,2	3,9	4	..	..	..	..	4,0
Macaristan	12,2	12,5	12,9	12,8	10,8	11,3	11,9	11,6	11,8
İzlanda	6,2	6,3	6,5	6,3	6,5	6,4	6,4	6,1	6,1
İrlanda	..	..	..	..	3,3	..	..	3,8	3,8
İsrail	..	..	..	..	..	..	6,2	..	6,2
İtalya	..	..	7	..	..	..	..	..	7,0
Japonya	13,8	13,8	13,7	13,6	13,4	13,2	13,1	13,1	13,1
Kore	..	..	11,8	..	..	12,9	12,9	12,9	13,2
Lüksemburg	6,7	6,5	6,5	6,4	6,5	6,6	6,7	6,4	6,6
Meksika	2,5	2,5	2,7	2,6	2,7	2,8	2,9	2,9	2,7
Hollanda	5,5	5,3	5,4	5,6	5,7	5,9	5,7	6,6	6,6
Yeni Zelanda	4	..	..	..	4,1	..	..	..	4,1
Norveç	..	..	..	..	..	..	5,2	..	5,2
Polonya	6,1	6,2	6,3	6,6	6,8	6,8	6,8	6,6	6,8
Portekiz	3,7	3,8	3,9	3,9	4,1	4,5	4	4,1	4,2
Slovakya	12,4	11,9	11,3	10,4	11,2	12,1	11,6	11,6	11,0
Slovenya	..	..	..	6,6	6,7	6,7	6,6	6,4	6,5
İspanya	9,5	..	..	8,1	..	..	7,5	..	7,4
İsveç	2,8	2,8	2,8	2,9	2,8	2,9	2,9	3	3,0
İsviçre	..	..	..	..	4	..	..	..	4,0
Türkiye	3,4	3,8	4,7	5,3	6,1	6,7	7,3	7,3	8,2
Birleşik Krallık	5,2	5,3	5	5,1	5	5,9	5	..	5,0
ABD	3,9	3,8	4	3,8	4	3,9	4,1	..	4,1
OECD Ort.									6,6

Kaynak : OECD Health Data 2013 (*: 2011 ya da en yakın yıl bilgisi)

Tablo: OECD Ülkelerinde Yaşam Beklentisi ve Bebek Ölüm Oranları

Ülkeler	2011*			
	Kadınlarda yaşam beklentisi	Erkeklerde yaşam beklentisi	Toplam yaşam beklentisi	Bir yaş altı bebek ölüm oranı binde (Infant Mortality)
Avustralya	84,2	79,7	82	3,8
Avusturya	83,9	78,3	81,1	3,6
Belçika	83,2	77,8	80,5	3,3
Kanada	83,3	78,7	81	4,9
Şili	81	75,7	78,3	7,4
Çek Cumhr.	81,1	74,8	78	2,7
Danimarka	81,9	77,8	79,9	3,6
Estonya	81,3	71,2	76,3	2,5
Finlandiya	83,8	77,3	80,6	2,4
Fransa	85,7	78,7	82,2	3,5
Almanya	83,2	78,4	80,8	3,6
Yunanistan	83,1	78,5	80,8	3,4
Macaristan	78,7	71,2	75	4,9
İzlanda	84,1	80,7	82,4	0,9
İrlanda	82,8	78,3	80,6	3,5
İsrail	83,6	79,9	81,8	3,5
İtalya	85,3	80,1	82,7	3,4
Japonya	85,9	79,4	82,7	2,3
Kore	84,5	77,7	81,1	3
Lüksemburg	83,6	78,5	81,1	4,3
Meksika	77,2	71,2	74,2	13,6
Hollanda	83,1	79,4	81,3	3,6
Yeni Zelnd.	83	79,4	81,2	5,5
Norveç	83,6	79,1	81,4	2,4
Polonya	81,1	72,6	76,9	4,7
Portekiz	84	77,6	80,8	3,1
Slovakya	79,8	72,3	76,1	4,9
Slovenya	83,3	76,8	80,1	2,9
İspanya	85,4	79,4	82,4	3,2
İsveç	83,8	79,9	81,9	2,1
İsviçre	85	80,5	82,8	3,8
Türkiye	77,1	72	74,6	7,7
Birleşik Krl.	83,1	79,1	81,1	4,3
ABD	81,1	76,3	78,7	6,1
OECD Ort.	82,8	77,3	80,1	4,1

Kaynak : OECD Health Data 2013 (*: 2011 ya da en yakın yıl bilgisi)

Tablo: Türkiye’de SGK Sağlık Harcamaları 2001-2012

Yıllar	İlaç		Özel Hastane		Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastanesi		Toplam Harcama
	Milyon TL	%	Milyon TL	%	Milyon TL	%	Milyon TL
2001	2.434	53,2	284	6,2	1.515	33,1	4.576
2002	4.300	56,4	396	5,2	2.435	31,9	7.629
2003	5.615	52,7	538	5,0	3.825	35,9	10.662
2004	6.399	48,7	743	5,7	5.162	39,3	13.150
2005	7.001	51,4	1.021	7,5	4.605	33,8	13.608
2006	8.372	47,4	1.723	9,8	6.767	38,3	17.667
2007	8.858	44,3	2.345	11,7	7.923	39,6	19.984
2008	10.717	42,3	4.381	17,3	9.572	37,8	25.347
2009	13.161	45,7	4.682	16,3	10.447	36,3	28.811
2010	13.547	41,7	5.240	16,1	13.142	40,4	32.509
2011	14.144	38,8	6.411	17,6	15.355	42,1	36.500
2012	14.300	32,4	6.861	15,6	21.790	49,4	44.110

Kaynak: SGK 2011 İstatistik Yıllığı, www.sgk.gov.tr (erişim: 01.06.2013)SGK Mart 2013 Aylık Temel Göstergeler, www.sgk.gov.tr (erişim: 01.06.2013)**Tablo: Türkiye’de Hastane Sayılarının Dağılımı**

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer Kamu*	Toplam**
2000	861	42	261	19	1 183
2001	870	43	267	19	1 199
2002	774	50	271	19	1 114
2003	789	50	274	19	1 132
2004	829	52	278	16	1 175
2005	793	53	293	15	1 154
2006	767	56	331	7	1 161
2007	848	56	365	6	1 275
2008	847	57	400	4	1 308
2009	834	59	450	4	1 347
2010	843	62	489	3	1 397
2011	840	65	503	2	1 410

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr (erişim: 01.06.2013)

*: Diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneleri kapsamaktadır.

**: MSB'na bağlı hastaneleri kapsamaz.

Tablo: Türkiye’de İlaç Tüketim Miktarları (Milyon Kutu)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Solunum Sistemi	74,6	105,1	115,9	162,3	179,2	194,4	204,7	232,9	225,6	262,2
Gastrointestinal Kanal ve Metabolizma	76,1	117,1	129,9	182,2	196,0	208,9	218,9	215,8	226,5	247,5
Kas ve İskelet Sistemi	82,1	81,0	93,3	150,6	165,0	197,7	209,6	208,4	215,1	232,2
Sistemik Antienfektifler	135,1	138,0	152,0	221,2	221,0	223,2	220,4	232,8	223,8	228,7
Sinir Sistemi	27,6	126,0	138,3	168,6	171,0	183,6	193,0	190,2	190,3	208,0
Kardiyovasküler Sistem	47,0	61,4	68,4	107,0	115,2	123,0	135,2	142,4	153,5	164,4
Dermatolojide Kullanılan İlaçlar	39,5	38,9	43,3	59,9	66,0	73,8	81,2	79,3	85,4	95,6
Kan ve Kan Yapıcı Organlar	47,7	19,7	25,0	35,9	43,4	48,0	54,8	59,6	62,1	67,3
Ürojenital Sistem ve Seks Hormonları	17,8	25,8	28,7	39,8	42,5	45,4	48,5	50,1	54,3	60,3
Duyu Organları	32,1	18,7	20,9	29,1	32,3	36,4	41,2	41,9	45,5	47,8
Sistemik Hormon Preparatları	9,6	12,2	13,0	18,2	19,6	20,1	21,1	22,3	23,3	25,2
Teşhis Amaçlı Ajanlar	1,1	1,1	1,1	1,9	2,2	2,9	4,8	5,9	8,2	10,1
Hastane Solusyonları	4,5	7,9	8,1	10,3	10,2	10,3	7,5	7,6	7,8	7,8
Antineoplastik ve İmmünomodülatör Ajanlar	1,2	1,6	1,6	3,1	3,6	4,0	4,2	4,7	5,2	5,5
Parazitoloji	5,2	4,8	5,0	6,0	6,1	5,7	5,6	5,4	5,0	5,0
Muhtelif (Diğer)	97,9	9,6	11,1	15,7	18,6	21,5	25,9	32,2	38,4	53,9
Toplam İlaç Tüketimi	699,1	768,9	855,6	1211,8	1291,9	1398,9	1476,6	1531,5	1570,0	1721,5

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:112

KAYNAKÇA

- Akdur, Recep., “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Sayı:23-24, 1998, s:1984-1995
- Aksakoğlu, Gazanfer ve Giray, Hatice, “Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:21, Eylül-Aralık 2006, s:335-343
- Aksakoğlu, Gazanfer., “Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü”, **Memleket Siyaset Yönetimi**, Sayı:8, 2008, s:7-62
- Akyüz, Ferhat., **Türkiye’de Kapitalizm ve Sosyal Güvencesizliğin İnşası**, Sosyal Araştırmalar Vakfı, Birinci Basım, İstanbul, 2011
- Arın, Tülay., “Anayasal İktisat ve Refah Devleti: TİSK ve TÜSİAD’ın Asgari Devlet Raporlarının Eleştirisi”, **Ekonomide Durum**, Türk-İş Dergisi Eki, Bahar/Yaz-1997, s:41-106
- Ataay, Faruk., **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, Deki Yayınevi, 2. Baskı, Ankara, 2007
- Ataay, Faruk., “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt:41, Sayı:3, Eylül 2008, s:169-184
- Ateş, Metin., **Sağlık Sistemleri**, Beta Basım, 1. Baskı, İstanbul, 2011a
- Ateş, Metin., **Sağlık İşletmeciliği**, Beta Basım, 1. Baskı, İstanbul, 2011b
- Aydın, Erdem., **Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, Naturel Kitap Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, 2004
- Bağımsız Sosyal Bilimciler., **2008 Kavşağında Türkiye, Siyaset, İktisat ve Toplum**, Yordam Kitap, 1. Baskı, İstanbul, 2008
- Belek, İlker., “Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:9, Sayı:64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s:14-25
- Belek, İlker., “Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba’nın Başarıları”, **I. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu**, Antalya, 22-23 Ekim 2009, s:199-209
- Belek, İlker., **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayınevi, 3. Baskı, İstanbul, 2009
- Belek, İlker., **Sağlıkta Dönüşüm**, Yazılama Yayınevi, 1. Baskı, İstanbul, 2012

- Boratav, Korkut., “XX. Yüzyılın Sonundan XXI. Yüzyıla: Türkiye Ekonomisinin Genel Görünümü”, **Özgür Üniversite Forumu**, Sayı:22, Mayıs-Haziran 2003, s:50-67
- Boratav, Korkut., **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009**, İmge Kitapevi, 17. Baskı, Ankara, 2012
- Boyle, Sean., “The English Health Care System, 2009”, **International Profiles of Health Care Systems**, The Commonwealth Fund, June 2010
- Brunhoff, Suzanne D., **Devlet ve Sermaye**, Çev: Kuvvet Lordoğlu, İmge Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 1992
- Bureau of Labor Education at the University of Maine, “The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?” **Health Care: Opposing Viewpoints**, Book Editor: Karen Balkin, Greenhaven Press, Printed in the United States of America, 2003
- Busse, Reinhard and Stock, Stephanie, “The German Health Care System, 2009”, **International Profiles of Health Care Systems**, The Commonwealth Fund, June 2010
- Busse, Reinhard and Riesberg, Annette., **Health Care Systems in Transition:Germany**, WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark, 2004
- Caslin, Terry., “Devlet ve Ekonomi” Çevr:M.Akgün, **Liberalizm, Refah Devleti, Eleştiriler**, Der:Kemali Saybaşı, s.290-316, Bağlam Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 1993
- Cevahir, Egemen., “Yeni Liberal Politikaların Türkiye’de Sağlık Sektörüne Etkileri”, Marmara Ün. Sosyal Bilimler Enst., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2004
- Cevizoğlu, Hulki., **Özelleştirme**, Beyaz Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 1998
- Cooper, Richard S., Kennelly, Joan F and Ordunez-Garcia Pedro., “Health in Cuba”, **International Journal of Epidemiology**, n:35, 2006, p:817–824
- Çaklı, Sabri., **İktisat Politikası Düşüncesinin Evrimi**, Gazi Kitapevi, 1. Baskı, Ankara, 1998
- Daldal, Şule., **Kuralsız Kapitalizm Batağında Emek**, Alan Yayıncılık, Birinci Baskı, İstanbul, 2010
- DB, **Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, (iki cilt) Birinci Cilt: Asıl Rapor**, Rapor No: 24358-TU, Dünya Bankası Dokümanı, Haziran 2002

- Deppe, Hans Ulrich., **Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland**, Verlag für Akademische Schriften, 3. Aufl, Frankfurt, 2005, akt: Öcek, Zeliha., “Almanya Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:1-2, Ocak-Nisan 2007, s:83-95
- Dobb, Maurice., **Kapitalizmin Dünü ve Bugünü**, Çev: Feyza Kantur, İletişim Yayınları, 4. Baskı, İstanbul, 2001
- DPT, **I. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967**, Ankara, 1963
- DPT, **II. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972**, Ankara, 1968
- DPT, **III. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977**, Ankara, 1973
- DPT, **IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983**, Ankara, 1979
- DPT, **V. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989**, Ankara, 1985
- DPT, **VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994**, Ankara, 1990
- DPT, **VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000**, Ankara, 1996
- DPT, **VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, Ankara, 2001
- DPT, **IX. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2007-2013**, Ankara, 2007
- Elbek, Osman ve Adaş, Emin Baki., “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, Cilt:12, Sayı:1, 2009, s:33-44
- Engels, Friedrich., **Ailenin Özel Mülkiyetin ve Devletin Kökeni**, Çeviren: Kenan Somer, Sol Yayınları, 12. Baskı, Ankara, 2002
- Er, Ünal., “**Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası**”, Ankara Üniv. Sosyal Bilimler Enst., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2011
- Ercan, Fuat., **Modernizm, Kapitalizm ve Azgelişmişlik**, Bağlam Yayıncılık, 2. Basım, Ankara, 2001
- Erkoç, Melike ve Çağlayan, Çiğdem., “Küba Sağlık Sistemi Paradoks mu, Sosyalizm mi?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:5-6, Eylül-Aralık 2006, s:459-469
- Ersoy, Tolga., **İatokrasi Tıp ve Kültür**, Sorun Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 1998
- Ertük-Atabey, Selin., **Sağlık Sistemleri ve Politikaları**, Gazi Kitabevi, Birinci Baskı, Ankara, 2012
- Evenson, Debra., “The Right to Health Care and the Law”, **MEDICC Review**, Volume:VII, No:9, November/December 2005, p:8-9

- Fişek, Nusret., “Halk Sağlığında 50 Yıl” http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/15.html (02.10.2012)
- Fişek, Nusret., “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, **Toplum ve Hekim**, Sayı:48, Aralık 1991, s:2-4
- Friedman, Milton., **Kapitalizm ve Özgürlük**, Plato Yayınları, Çeviri: Doğan Erberk-Nilgün Himmetoğlu, 1. Baskı, İstanbul, 2008
- Görmüş, Ayhan., “**Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri**”, Marmara Ün. Sosyal Bilimler Enst., Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2011
- Göze, Ayferi., **Liberal Marksiste Faşist ve Sosyal Devlet**, Beta Basım Yayım, 3. Baskı, İstanbul, 1995
- Green, David., Irvine, Benedict and Clarke, Emily., **Healthcare Systems: Germany**, Civitas, 2012
- Güler, Birgül Ayman., **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi**, İmge Kitapevi, 2. Baskı, Ankara, 2005
- HASUDER., “663 Sayılı KHK Hakkında Rapor”, **Halk Sağlığında Gündem**, Cilt:2 Sayı:2, Ek-3, 2012, s:IX-XVII
- Illich, Ivan., **Sağlığın Gaspı**, Çev: Süha Sertabiboğlu, Ayrıntı Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2011
- Irvine, Ben and Clarke, Emily., **Healthcare Systems: The USA**, Civitas, 2011
- Kars, Ayşegül., “Eşitsiz ve Bileşik Gelişim”, **Ekonomik Kurumlar ve Kavramlar Sözlüğü**, Editörler: Fikret Başkaya ve Aydın Örnek, s.351-360, Özgür Üniversite Kitaplığı, 1. Basım, Ankara, 2008
- Kazgan, Gülten., **Yeni Ekonomik Düzendeki Türkiye’nin Yeri**, Altın Kitaplar Yayınevi, 2. Baskı, 1995
- Kazgan, Gülten., **İktisadi Düşünce veya İktisadi Düşüncenin Evrimi**, Remzi Kitapevi, 14. Basım, İstanbul, 2009
- Kazgan, Gülten., **Küreselleşme ve Ulus Devlet**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 3. Baskı, İstanbul, 2002
- Keynes, John Maynard., **İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi**, Çeviren: Uğur Selçuk Akalın, Kalkedon Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 2010
- Koray, Meryem., **Sosyal Politika**, Ezgi Kitapevi, 1. Baskı, Bursa, 2000
- Koray, Meryem., **Sosyal Politika**, İmge Kitapevi, 3. Baskı, Ankara, 2008

- Köse, Ahmet Haşim ve Öncü, Ahmet., “İktisadın Piyasası, Kapitalizmin Ekonomisi”, **Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar**, Der:A.H.Köse,F.Şenses, E. Yeldan, s.93-142, İletişim Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2003
- Kurtulmuş-Kıroğlu, Meryem., “Sosyal Güvenlik Kurumlarının Yeniden Yapılandırılması: AB ve Latin Amerika Ülkelerinde Emeklilik Reformları”, **İktisat Dergisi**, sayı:478, Ekim 2006, s:18-30
- Kuruca, Mustafa., “**Genel Sağlık Sigortası**”, Marmara Ün. Sosyal Bilimler Enst., Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2012
- Küçük, Aziz., “Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri" Modeli Üzerine”, **Kamu Yönetimi Çalışmaları, Kamu Yönetimi ve Reform**, Sayı: 09, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2010
- Kümbetoğlu, Belkıs., **Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma**, Bağlam Yayınları, Üçüncü Basım, İstanbul, 2012
- Leys, Colin., “Sağlık ve Kapitalizm”, **Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları**, Editör: Panitch, Leo ve Leys, Colin., s:15-43, Çev: Umut Haskan, Yordam Kitap, Birinci Basım, İstanbul, 2011
- Lopes E. John., Coppola, M. Nicholas and Riste Lisa., “United Kingdom”, **Comparative Health Systems**, edited by James A. Johnson and Carleen H. Stoskopf, Jones and Bartlett Publishers, Printed in the MA, USA, 2010
- Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, “Bütçe Gelir Gider Gerçekleşmeleri (1924-2012)” <http://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2012.html> (erişim:10.05.2013)
- Martin, Brendan., **Özelleştirme: Kimin Çıkarına?**, Çev: Osman Deniztekin, Cep Kitapları, 1. Baskı, İstanbul, 1995
- Moran, Michael., **Governing The Health Care State**, Manchester University Pres, UK, 1999
- Müftüoğlu, Özgür., “Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikal Kriz” **TMMOB Sanayi Kongresi**, İstanbul, 2001
- Müftüoğlu, Özgür., “**Özelleştirmenin Çalışma Yaşamına Etkileri ve Bir Alan Araştırması**”, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1996, İstanbul.
- Navarro, Vicente., “Birleşik Devletler Sağlık Hizmetlerinin İnsanlık Dışı Durumu”, Çer:Ecre Sevin, **Toplum ve Hekim**, Cilt:18, Sayı:6, Kasım-Aralık 2003, s:443-445

- Neuman, W. Lawrence., **Toplumsal Araştırma Yöntemleri, Cilt 1**, Çeviren: Sedef Özge, Yayın Odası, 5. Basım, Ankara, 2012a
- Neuman, W. Lawrence., **Toplumsal Araştırma Yöntemleri, Cilt 2**, Çeviren: Sedef Özge, Yayın Odası, 5. Basım, Ankara, 2012b
- OECD, OECD Health Data 2012
- OECD, OECD Health Data 2013
- OECD ve DB., **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, OECD Yayınları, 2008
- Öcek, Zeliha., “Almanya Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:1-2, Ocak-Nisan 2007, s:83-95
- Önder, İzzettin., “Türkiye Ekonomisinin Analizi”, **Kızılçık**, Sayı:18, Kasım-Aralık 2003c, s:10-19
- Önder, İzzettin., “Dünya Piyasa Yapılanmasında Devletin Konumu”, **Petrol-İş 2000-2003 Yıllığı**, s:91-103, İstanbul, 2003a
- Önder, İzzettin., “Kapitalist İlişkiler Bağlamında ve Türkiye’de Devletin Yeri ve İşlevi”, **Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar**, Der: A.H.Köse-F.Şensen-E.Yeldan, s:249-286, İletişim Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2003b
- Öngen, Tülin., “Yeni Liberal Dönüşüm Projesi ve Türkiye Deneyimi”, **Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar**, Der:A.H.Köse,F.Şenses, E. Yeldan, s:161-190, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003
- Özdemir, Yusuf Ekrem., “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, **Yeni Türkiye**, Sayı:39, 2001, s:257-275
- Özen, Mehmet., “Hizmet Ticareti Anlaşmasının Sağlık Alanına Etkileri”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:17 Sayı:3, Mayıs-Haziran 2002, s:182-188
- Özkal, İpek., “Sağlık Sektörü Örneğinde Türkiye’de Devletin Küçültülmesi ve Devletin Etkilenleştirilmesi”, Ankara Üniv.Sosyal Bilimler Enst., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2000
- Öztekin, Zafer., “Sağlıkta Kavramlar”, **Yeni Türkiye**, Sayı:39, Mayıs-Haziran 2001a, s:294-298
- Öztekin, Zafer., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Sayı:39, 2001b, s:60-64
- Öztekin, Zafer., “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği”, **Haccettepe Tıp Dergisi**, Sayı:40, 2009, s:6-12
- Özügür, Yasemin., “Bölüşüm İlişkilerinde Devletin Rolü”, **Evrensel Kültür**, Sayı:142, Ekim 2003, s:76-78

- Pala, Kayıhan., “Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:22 Sayı:1-2, 2007b, s:62-69
- Pala, Kayıhan., **Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu**, Bursa, 2007a
- Pan American Health Organization (PAHO), **Country Health Profile: Cuba 2001**, <http://www.paho.org/english/sha/prflcub.htm> (erişim: 16.12.2012).
- Panitch, Leo ve Leys, Colin., **Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları**, Çev: Umut Haskan, Yordam Kitap, Birinci Basım, İstanbul, 2011
- Pierson, Christopher., **Modern Devlet**, Çev:Dilek Hattatoğlu, Çiviyazıları, 1. Baskı, İstanbul, 2000
- Polanyi, Karl., **Büyük Dönüşüm: Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri**, Çev:Ayşe Buğra, 1. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul, 2000
- Roemer, M. I., **National Health Systems of the World, Vol. 1: The Countries**, Oxford University Press. New York, 1991
- Sargutan, Erdal., “Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı:3, 2005, s:400-428
- Sargutan, Erdal., **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006
- Savran, Sungur., “Bunalım, Sermayenin Yeniden-Yapılanması, Yeni-Liberalizm”, **Dünya Kapitalizminin Bunalımı**, Derleyen:N.Satlıgan-S.Savran, s:19-65, Alan Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul, 1988
- Sayan Özkal, İpek ve Küçük, Aziz., “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt: 67, No:1, 2012, s:171-203
- Saybaşı, Kemal., “Mali Bunalım, İktisat Siyaseti ve Özelleştirme”, **Özelleştirme Tartışmaları**, Der: Aykut Polatoğlu, s:57-76, Bağlam Yayınları, İstanbul, 1994
- SB, **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri**, Ankara, 1997
- SB, **Sağlık İstatistikleri 2002**, Ankara, 2003
- SB, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara, 2003
- SB, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010**, Ankara, 2011
- SB, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara, 1993
- SB, **Sağlık İstatistikleri Yılı 2011**, Ankara 2012

SGK, **2011 İstatistik Yıllığı**, www.sgk.gov.tr (erişim: 01.06.2013)

SGK, **Mart 2013 Aylık Temel Göstergeler**, www.sgk.gov.tr (erişim: 01.06.2013)

Shutt, Hary., **Kapitalizmle Derdim Var**, Çeviren:N. Sungur-A.Çakmak, Kitap Yayınevi, 1. Baskı, İstanbul, 2004

Sixto, Felipe Eduardo., “An Evaluation of Four Decades of Cuban Healthcare”, **Cuba in Transition**, Nueva Sociedad, ASCE, 2002, p:325-343

Somçağ, Selim., “Küreselleşmenin Ekonomik Anlamı”, **Doğu Batı**, Sayı:17, Kasım, Aralık, Ocak 2001-2002, s:153-157

Soyer, Ata., “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, Sayı:9, Kış-Bahar 2003, s:301-319

Soyer, Ata., **Sağlığın Öyküsü**, Sorun Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2004

Sönmez, Sinan. “Neo-Liberal İktisat Politikalarının Kamu Maliyesi Üzerine Etkileri ” **Özgür Üniversite Forumu**, Sayı:22, Mayıs-Haziran 2003, s:68-104

Sönmez, Sinan., “Küreselleşme Söylemi ve Politikalarında Özelleştirmeye Verilen İşlev:İdeolojik, Ekonomik ve Mali Boyutlar” **TMMOB Sempozyumu**, 1997

Squires, David., “The United States Health Care System,2009” ”, **International Profiles of Health Care Systems**, The Commonwealth Fund, June 2010

Sur, Haydar., Çekin, Murat., Cevahir, Egemen ve İşçi, Emre., “Ethical Conduct in Health Services”, **Academic Researches on Public Ethics**, Volume 2, Edit: Gaye Keylan, Fersa Print Office, Ankara, 2009

Şenatalar, Burhan., “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt:25 Sayı:4, Halk Sağlığı Özel Eki, 2003, s:25-30

Şener, Orhan., **Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi**, Beta Basım, 7. Baskı, İstanbul, 2001

T.C. **58. Hükümet Acil Eylem Planı**, Ankara, 2003

Talas, Cahit., **Ekonomik Sistemler**, Ezgi Kitapevi, 5. Baskı, Bursa, 1999

TTB., **Genel Sağlık Sigortası TTB Görüşleri**, TTB Yayınları, 2.Baskı, Ankara, 2005

U.S. Census Bureau, **Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010**, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2011

U.S. Census Bureau, **Statistical Abstract of the United States: 2012**, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2012

- Uğurluoğlu, Özgür ve Çelik, Yusuf., “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı:1, 2005, s:3-29
- Ünal, Erdinç ve Ateş, Metin., **Sağlık ve Piyasa**, MÜ Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, Yayın No:2, İstanbul, 2002.
- Ünlütürk-Ulutaş, Çağla., **Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü**, Nota Bene Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2011
- Wallerstein, Immanuel., **Liberalizmden Sonra**, Çev: Erol Öz, Metis Yayınları, 1. Basım, İstanbul, 1998
- Whitehead, Margaret., Dahlgren, Goran ve Enans, Timothy. “Eşitlik ve Sağlık Sektörü Reformları” Çev:Mediha Kara-İlker Belek, **Toplum ve Hekim**, Cilt:18, Sayı:4, Temmuz-Ağustos 2003, s:273-277
- WHO, **Global Health Expenditure Atlas**, Printed in Switzerland, 2012
- WHO, **World Health Statistics 2011**, Printed in France, 2011
- WHO/HPR/HEP/95., **Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion**, Ottawa, 21 November 1986
- Yeldan, Erinç., “Neoliberalizmin İdeolojik Bir Söylemi Olarak Küreselleşme”, **Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar**, Der:A.H.Köse,F.Şenses, E. Yeldan, s:427-451, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003
- Yeldan, Erinç., “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerçekler”, 12 Ocak 2005, http://www.bilkent.edu.tr/~yeldane/Yeldan07_12Ocak05.pdf (20.11.2012)
- Yıldırım, Ali. “1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı”, **Toplum ve Hekim**, Nisan 1994, Cilt:9, Sayı:60, s:46-48
- Yıldırım, Ali ve Şimşek, Hasan., **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, Seçkin Yayıncılık, Altıncı Baskı, Ankara, 2006
- Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Yalçın, Türkan., “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, **Hastane Yaşam Dergisi**, Sayı: 2, Temmuz-Eylül 2004
- Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Yalçın, Türkan., “Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler”, **4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, İstanbul, 2001
- Yıldırım, Hasan Hüseyin. “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları” , **Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:5 Sayı:1, Kış 2000, s:63-87

Yücesan-Özdemir, Gamze ve Özdemir, Ali Murat., **Sermaye'nin Adaleti**, Dipnot Yayınları, 1. Baskı, 2008, Ankara

Zweifel, Peter ve Breyer, Friedrich., **Health Economics**, Oxford Üniversity Press, New York, 1997