



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Kamuoyu Duyurusu

**HASUDER,
TÜRKİYE’DE SAğLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE
ÖNERİLER RAPORU**

Raporun sahibi:

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Tarih: 10 Temmuz 2007

Raporun hazırlanışı:

Bu doküman, HASUDER tarafından raportör olarak görevlendirilen Prof. Dr. Zafer Öztekin hazırladığı rapora, Üniversitelerin Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dallarının yaptıkları katkılar ile hazırlanmıştır.

1. Giriş:

HASUDER, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programını değerlendirmek ve ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin nasıl sunulması gerektiği konusunda görüş oluşturmak amacıyla bir çalışma başlatmıştır. Bu çalışmaya bir uzman raporu hazırlanarak başlanmış, raportör olarak görevlendirilen Prof. Dr. Zafer Öztekin bu amaçla bir teknik rapor hazırlamıştır. Bu rapor temel alınarak oluşturulan taslak metin, Halk Sağlığı uzmanlarının ve Üniversitelerdeki Halk Sağlığı Anabilim Dallarının görüşlerine sunulmuş ve yapılan eleştiri ve katkıların ışığında yeniden düzenlenerek “HASUDER, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler” hazırlanmıştır.

2. Türkiye’de Mevcut Sağlık Hizmetlerine Bakış:

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlenip sunulacağına dair ilke ve kurallar, 1961 yılında kabul edilmiş ve halen yürürlükte olan 224 sayılı “*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun*”da yer almaktadır. Bu kanun bir ilkeler kanunudur ve Türkiye’deki sağlık politikasının temelini oluşturmaktadır.

2.1 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin Gerekeçleri

Hekim ve diğer sağlık personelinin eğitimlerinde, geleneksel olarak hastalıkların tanı ve tedavilerine ağırlıkla yer verilir. Bu yüzden, sağlık çalışanları arasında, asıl işlevlerinin tedavi edici hizmetler olduğu gibi yanlış bir kanı vardır. Daha önemli ve tehlikeli olanı ise, halkın büyük bir bölümünün de aynı görüşte olmasıdır. Onlar da, sağlık hizmetleri denildiğinde özellikle, hastaneleri düşünürler. Yani sağlık hizmetlerini alanlar da verenler de, başta hastaneler olmak üzere tedavi edici sağlık hizmetlerini ön planda tutarlar. Bu durum, yalnızca ülkemizin değil, bir çok ülkenin gerçeğidir. Bunun başlıca nedeni, bu ülkelerde birinci basamaktan önce ikinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmiş olmasıdır. Yataksız sağlık kuruluşlarından önce yataklı sağlık kuruluşları kurulmuş olması, koruyucu sağlık hizmetleri yerine, kaynakların hemen tamamen hastanelerin kurulup işletilmesine ayrılmış olmasıdır. Ülkemizde de, bunun sonucu olarak, hastaneler kapasitelerinin üzerinde hasta başvurusuyla karşılaşmış, hastaneler ve uzman hekimler kendilerine gerçekten ihtiyacı olmayan kişilerle meşgul edilmiş, hastane kapılarında beklemek istemeyen bir kısım hasta, başvurmadan vazgeçmiş, böylece hastalıklarının zamanında tedavi edilebilmesi şansını kaçırmışlardır.

1960'lı yıllara gelindiğinde Türkiye'deki görünüm böyle idi. Kent merkezlerinde yoğunlaşmış olan hastaneler, yoğun hasta müracaatlarına cevap veremiyordu. Özellikle kırsal yerlerdeki halk, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamıyordu. Kırsal kesimdeki hükümet tabiplikleri zamanlarının büyük bölümünü, resmi yazışmalara ve bürokratik işlemlere ayırır olmuşlardı. Bu manzara, çağdaş sağlık örgütlenmesi ilkelerine uymuyordu. Bu modelle, halkın sağlık düzeyini daha hızlı biçimde yükseltmek mümkün görünmüyordu. İşte, 1961 yılında çıkartılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, bu durumu düzeltmek, sağlık örgütlenmesi ve hizmetlerin verilisindeki aksaklıkları giderebilmek ve sağlık hizmetlerindeki çağdaş ilkeleri yaşama geçirebilmek için çıkartılmıştır. Söz konusu kanun, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin genelini düzenleyen bir ilkeler kanunudur.

2.2. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun İlkeleri Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da yer alan ilkeler şunlardır :

- 1-Herkese-her yerde ve her zaman sağlık hizmeti ilkesi,
- 2-Koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetlerin aynı birim tarafından (sağlık ocağı) verilmesi (dar bölgede çok yönlü hizmet ilkesi),
- 3- Koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı açısından önemli sağlık sorunlarına öncelik verilmesi ilkesi,
- 4-Başvurmayanlara da hizmet (gezici hizmet) ilkesi,
- 5-Kademeli hizmet (sevk zinciri) ilkesi,
- 6-Halkın sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması kararlarına katılımı ilkesi,
- 7-Nüfusa ve tanımlanmış coğrafi bölgeye göre hizmet ilkesi,
- 8-Ekip hizmeti (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru) ilkesi,
- 9-Planlı hizmet ilkesi,
- 10-Değerlendirilen hizmet (her sağlık birimi sürekli kayıt tutar ve değerlendirir) ilkesi ve
- 11-Esnek model ilkesi (hizmet kapsamındaki nüfusun özelliklerine göre ayarlanmış hizmet sunumu).

Söz konusu Kanunun ilkeleri eskimemiştir ve hala çağdaştır. Ancak, önceleri başarıyla uygulanan kanunun işletilmesinde zamanla yönetsel nedenlerden kaynaklanan çok ciddi sorunlarla karşılaşmıştır. Bu sorunlar nedeniyle, kanunun ülkemize uygun olmadığı ve uygulanamaz olduğu yanlış kanısı ortaya çıkmıştır.

2.3 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulamasının Başarıları

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması ilk 10–15 yıllık dönemde çok başarılı olmuştur. Özellikle, Doğu ve Güney Doğu Anadolu İlleri ile üniversitelere bağlı “*Sağlık Eğitim ve Araştırma (SEA) Bölgeleri*”ndeki uygulamalarda önemli başarılar elde edilmiştir. Söz gelişi, Etimesgut SEA Bölgesinde 1967 yılında hizmete başlandığında binde 142 olan bebek ölüm hızı 1989 yılına gelindiğinde binde 29'a düşürülmüştür. Aynı süre içinde “doğumda beklenen yaşam süresi” erkeklerde 56 yıldan 72 yıla, kadınlarda 57 yıldan 76 yıla yükselmişti. Etimesgut SEA bölgesini daha sonra aynı başarıyı tekrarlayan ülkedeki diğer bölgeler izlemiştir.

2.4 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar

Sağlık hizmetleri ile ilgili bugün karşı karşıya olduğumuz sorunların tam olarak anlaşılabilmesi için sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasında karşılaşılan sorunların bilinmesi gerekir.

Sosyalleştirme modelinin ilkelerinde zaman içinde gözlenen sapmaların ortaya çıkardığı sorunlar şunlardır:

1. **Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması**
2. **Tam süre çalışma ilkesinden vazgeçilmesi:** Kanuna göre, sağlık ocağı hekimleri tam gün esasına göre çalışırlardı. Daha hekimler yarım zamanlı çalışmaya, muayenehane ve ecza

dolabı işletmeye başlamışlardır. Böylece bölgedeki birinci basamak hekimin hem kamuda hem de özel olarak çalışması kamu hizmetinin aleyhine oldu.

3. **İl içinde bütünlük ilkesinden vazgeçilmesi:** Kanuna göre “sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür.” Yani, sağlık ocaklarının yerleştirilmesinde ilçe sınırları dikkate alınmaz, fakat il sınırları dikkate alınır. Ancak, 1983 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Hakkındaki Kanunda yapılan bir değişiklikle kaymakamlar ilçedeki bütün memurların, dolayısıyla sağlık ocağı hekimlerinin sicil ve disiplin amiri konumuna getirildi ve kaymakamlar sağlık hizmetlerinden doğrudan sorumlu oldular. Bu değişiklik, önceki hükümet tabipliğine bir dönüş mahiyetinde oldu.
4. **Diğer kurumların sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devredilememesi:** Kanunda (Md. 3, 8, 30/d) sosyalleştirilen illerdeki bütün kamu kurumlarına ait hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devredileceği hükmü vardır. Kanun çıktıktan 44 yıl sonra 2005 yılında bu SSK ve diğer kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu devir işleminin 224 Sayılı Kanunda öngörülen mantık içinde olduğu söylenemese de söz konusu devir işlemi tek elden yönetim ilkesi açısından olumlu yönler içermektedir.
5. **Ücretsiz bakımdan vazgeçilmesi:** 224 Sayılı Kanununun 14. maddesine göre, sağlık ocaklarında muayene, hayat kurtarıcı ilaçlar ve her türlü koruyucu hizmetler ücretsizdir. Sağlık ocaklarından hastanelere sevk edilenlerin hastanelerdeki bakımları da ücretsizdir. Ancak kendiliğinden hastaneye başvuranlar ücretlerini öderler. Kişilerin sağlık ocaklarına başvurmalarını özendirmeyi amaçlayan bu hüküm uygulanamamıştır.
6. **Sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık ocaklarına karşı negatif ayrımcılığı:** SSK, Emekli Sandığı ve BAĞKUR gibi sosyal güvenlik kuruluşları hastane hizmetlerini ödedikleri halde birinci basamak sağlık hizmetlerini ödememişlerdir.
7. **Sevk zincirinin işletilememesi:** Sevk zinciri sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modelinin Türkiye’ye getirdiği bir yeniliktir. Kanunun başarıyla uygulandığı dönemlerde yapılan çeşitli araştırmalar sağlık ocaklarından hastanelere hasta sevk hızının yüzde 6–10 dolayında olduğunu göstermiştir. Ancak, önceleri başarıyla uygulanan sevk zinciri daha sonraları işletilememiştir. Halen, kamu kurumlarında çalışanlar hariç, hastalar doğrudan hastanelere başvurabilmektedirler. *Bu uygulama, birinci basamak tedavi hizmeti uygulamasına son vermek anlamından başka bir şey değildir.*
8. **Sosyalleştirme terimi:** Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi terimi bazı kesimler tarafından ısrarla bir ideoloji ile birlikte düşünülmüş ve bu modele tepki duyulmasının bir nedeni olmuştur.
9. **Ülkeye yayılmasının gecikmesi:** Bu örgütlenme modeli uzun süre kırsal bölge ağırlıklı olan illerde uygulanmış, Batı Bölgesindeki illerde ve metropollere ulaşması gecikmiştir.
10. **Kent tipi sağlık ocakları:** Kentlerdeki sağlık ocaklarının tanı ve tedavi imkanları kentte yaşayanların beklentilerine cevap verebilecek şekilde geliştirilememiştir.
11. **Tedavi hizmetlerine verilen ağırlık:** Özellikle 2000’li yıllarda, kentlerdeki sağlık ocakları başta olmak üzere, sağlık ocakları koruyucu hizmetlerden uzaklaştırılmış, tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmiştir.
12. **Semt poliklinikleri:** Bazı büyük kentlerimizdeki devlet hastaneleri kentin bazı mahallelerinde “*semt polikliniği*” adı altında birimler açmışlardır. Bu yapılanma içinde sağlık ocakları, semt poliklinikleri ile tedavi edici hekimlik alanında rekabete girmek zorunda bırakılmıştır.
13. **Personel eğitiminin uygunsuzluğu ve yetersizliği:** Gerek tıp, gerekse diğer sağlık okullarındaki eğitimlerde birinci basamak hizmetlerin önemine uygun eğitim sürdürülememiştir. Sağlık ocağı ve sağlık evlerindeki kadrolar doldurulamamış ve ekip tamamlanamamıştır. Sayıları 11.000 dolayında olan sağlık evlerinin üçte ikisinde ebe bulunmamaktadır. Bu sağlık evlerinin binaları da yoktur.
14. **Personel, bina ve donanım yetersizliği :** Özellikle kentlerdeki sağlık ocaklarının fizik alt yapıları ve tanı ve tedavi ile ilgili teknik donanımları hizmetin sunumuna elverişli değildir. Özellikle kırsal bölgelerdeki sağlık ocaklarında gezici hizmetleri yürütebilmek için yaşamsal önemi olan araç (oto) ve şoför yetersizliği hizmetleri aksatmıştır.

15. **Dikey örgütlenme kaldırılmadı:** 1961 yılından önce hizmetler “geniş bölgede tek amaçlı hizmet” ilkesine göre ve “dikey” olarak örgütlenmişti (Örneğin, Verem Savaş Dispanserleri, Sıtma Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri örnektir). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli ise “dar bölgede çok yönlü hizmet” ilkesine uygundur.
16. **Nüfus tespitleri yapılmadı, formlar kullanılmadı:** Sağlık ocağının “olmazsa olmaz” ilkelerinden biri de bölge nüfusunun sürekli olarak tespitidir. Bölgedeki her aile için bir “ev halkı tespit fişi” (ETF) doldurulur, her birey için ise birer “kişisel sağlık fişi” çıkartılır. Kentlerde, göç hızının yüksek olması, ailelerin gündüzleri evlerinde bulunmaması, kentlilerin nüfus tespitine ve ebe ziyaretlerine alışkın olmamaları nedeniyle eve gelen memurları kabul etmemeleri ve bilgi vermemeleri gibi nedenlerle nüfus tespitlerinin yapılabilmesinde güçlüklerle karşılaşmaktadır.
17. **Politik baskılar:** Sağlık Ocağı ve sağlık evlerinin kurulacakları yerlerin seçimi, insan gücünün atanması, kaynakların dağıtımı üzerindeki politik baskılar,
18. **Yönetim kapasitesinin yetersizliği:** Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan en önemli sorun, belki de, yönetim kapasitesindeki yetersizlik olmuştur. Özellikle il ve ilçe düzeyinde çoğunlukla yönetim bilgi ve becerilerinden yoksun olan yöneticilere görev verilmiş; bu alanda yetiştirilmiş insan-gücüne (Halk sağlığı uzmanları gibi) görev verilmemiştir.
19. **Toplum katılımının sağlanamaması:** 1969 yılında “sağlık ocağı sağlık kurulları”nın kurulup işletilmesi yönetmelikle öngörülmüş ise de, bu yönetmelik işletilememiştir.

3. Günümüzde Sağlık Hizmetleri ve Başlıca Sorunları:

Mevcut uygulamalara göre ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin başlıca sorunları şunlardır:

3.1 Örgütlenme İle İlgili Sorunlar

1. **Sistem karmaşası ve hizmetlerde ikilemler:** Cumhuriyet’in ilk yıllarında benimsenmiş olan “geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesi ve “dikey” örgütlenme yerine sosyalleştirme ile getirilen “dar bölgede çok yönlü hizmet” uygulaması modelleri birbirinin alternatifi olmasına karşın, halen bir arada sürmekte ve yatay örgütlenme esasına göre kurulmuş kuruluşlar yanı sıra dikey örgütlenmeye uygun sağlık programları da ülke genelinde hizmet vermeye devam etmektedir.
2. **Merkeziyetçilik:** Ülkenin dört bir yanına dağılmış olan binlerce sağlık kuruluşu Ankara’dan yönetilmeye çalışılmaktadır. Taşra örgütüne devredilen yetkiler sınırlıdır.
3. **Bakanlık merkezinin örgütlenmesi:** Sağlık Bakanlığı 1981 yılında yayınlanan bir kanun hükmünde kararnameye göre örgütlenmiştir. Ana hizmet birimlerinin oluşturulmasında belli bir sistematik olmadığı için bazı birimler hizmetlere göre (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü gibi), bazıları ise hastalıklara göre (Sıtma Savaş Daire Başkanlığı gibi) örgütlenmiş bulunmaktadır. Bu nedenle, birimler arasında görev çakışmaları olmaktadır; Bazı birimlerin iş yükleri altından kalkılamayacak derecede fazladır. Buralardaki üst düzey yetkililer ve uzmanlar, yoğun bürokratik işleri nedeniyle düşünme ve planlama konularına yeterince zaman ayıramamaktadır.

3.2 Sağlık İnsan-Gücü İle İlgili Sorunlar

1. **Sağlık personeli sayıları ve istihdamı:** Bölgesel ve kır-kent dengesizlikleri, sayısal dengesizlikler (hekim dışı sağlık çalışanların sayısında büyük yetersizlikler) vardır.
2. **Atıl kapasite ve personel yetersizliği:** Personel dağılımında dengesizlik (kırsalda hekim az ebe neredeyse yok) vardır. Zorunlu hizmet uygulaması bu soruna kısmi çözüm getirebilse de özlük sorunları göz ardı edilmiştir.
3. **Eğitime uygun olmayan atamalar:** Bazı özel alanlarda beceri eğitimi kazanmış olan (Halk Sağlığı Uzmanı vb.) personelin önemli bir kısmı aldıkları eğitimlere uygun olmayan yerlerde çalışmaktadırlar.

4. **Hekim eğitimindeki sorunlar:** Ülkemizde yeterli hekim bulunmakla birlikte, politik gerekçelerle ve plansız olarak açılan tıp fakülteleri nedeniyle, gereğinden fazla hekim mezun edilmektedir. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sürekli eğitimleri yok denecek kadar zayıftır. Aile hekimliği pilot uygulama illerinde hekim yetiştiren tıp fakülteleri, hangi örgütlenme sistemine göre hekim yetiştirecekleri konusunda ikileme karşı karşıya bırakılmışlardır.
5. **Eğitim ve araştırma bölgeleri:** Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerini sağlayabilmek ve hizmet araştırmaları yapabilmek amacıyla üniversiteler bünyesinde kurulmuş olan “sağlık eğitim ve araştırma bölgeleri (SEA)” geçmiş yönetimler tarafından kapatılmıştır.
6. **Hekim sanayi ilişkileri:** İlaç ve tıbbi araç-gereç üreten pazarlayan şirketlerle hekimler arasındaki ilişkiler dikkat çekecek boyutlara erişmiştir.
7. **Personelin özlük hakları:** Sağlık personelinin ücretlendirme ve diğer özlük hakları ve çalışma koşulları özendirici olmaktan uzaktır. Performans değerlendirmesi adı altında başlatılan uygulama sonucunda, personelin ücretleri arasında “uçurum” biçiminde nitelendirilen farklılıklar ortaya çıkmıştır. Buna ek olarak Aile Hekimliği Pilot Uygulama illerinde aile hekimliği pilot uygulama illerinde, aile hekimlerine kaynağı sürekli ve belirli olmayan yüksek ücretler ödenmesi, aile hekimleri ile aynı ilde çalışan diğer hekimler arasında derin bir ücret ayrımcılığına yol açmıştır.

3.3 Finansman İle İlgili Sorunlar

1. **Kaynak kullanımı sorunları:** Ülkemizde, sağlığa ayrılan toplam kaynaklar küçümsenemeyecek düzeyde olmakla birlikte, finansman sistemindeki bozukluklar nedeniyle bu kaynaklar verimli kullanılamamaktadır. Bakanlık bütçesinin büyük bir kısmı personel ücretlerine ayrılmıştır. Harcamaların çoğu tedavi hizmetlerine gitmektedir. Yatırımlara yeterli kaynak aktarılamamaktadır. İlaç harcamaları sağlık harcamaları içinde görece olarak yüksek bir pay oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yaptırılan “Ulusal Sağlık Hesapları - 2002” araştırmasına göre ülkemizde kişi başına olan yıllık sağlık harcamasının 202 ABD Doları dolayında olduğu bulunmuştur. Öte yandan, kişi başına sağlık harcamasının 2006 yılında 450 ABD Doları düzeyine çıktığı şeklinde yayınlar vardır. Bu artışın temelindeki husus, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunda pahalılaşmasıdır. Bu harcamaların büyük çoğunluğu Emekli Sandığı, SSK ve Bağkur tarafından karşılanmaktadır ki, bu kurumların bu kadar yüksek harcamaları karşılayamayacağı ve kamu bütçesi içinde giderek büyüyen bir “kara delik” oluşturacağı kuşkusuzdur. Artık, Türkiye’de sağlık hizmetleri maliyeti, ülkenin ekonomik gücünün ötesine geçmiştir.
2. **Yoksulluk:** Sağlık açısından en kritik sosyal parametrelerden biri kuşkusuz yoksulluktur. Türkiye’de 2000 yılı itibarıyla belirgin ölçüde yoksul ya da ekonomik bakımdan kırılgan olanların oranı nüfusun yüzde 15’inin üzerindedir ve bu yüksek bir orandır. Bu kesimin beslenme, hijyen, eğitim gibi alanlarda sağlığı da yakından etkileyen imkan ve kaynak yetersizliklerinin öncelikle azaltılıp giderilmesine, yoksulluğun aşılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.
3. **Sağlık kuruluşlarının kâr amacı gütmeleri:** Sağlığın bir insan hakkı olmasına ve sağlık hizmetlerinin bir sosyal hizmet türü olmasına karşılık, bu hizmetleri veren kuruluşlar giderek daha yaygın biçimde kâr amacı ile çalışan kuruluşlar haline gelmektedir. Bu uygulama, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler, aile planlaması, gebe ve çocuk izlemeleri, halk eğitimi gibi kârlı olmayan hizmetlerin aleyhinedir. Sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden birisi “sağlık kuruluşlarına başvurmayan kişilere” hizmet götürmektir. Çünkü, asıl tehlike (risk) altındakiler, hasta olduğu halde hekime başvurmamalarıdır. Oysa, ticari bir anlayışla yürütülen bu hizmetlerde, risk altındaki bu grup ihmal edilebilir, sağlık eğitimi, aile danışmanlığı, gezici hizmetler aksatılabilir. Artık, hekimlerin ve diğer personelin başlıca amacı daha çok gelir getiren işler yapıp daha çok pay alabilmektir. Bunun tek yolu, daha çok hasta bakmak ve daha çok tetkik yapmaktır. Hatta, hekimler daha fazla tetkik yaptırarak kuruluşa ve kendilerine daha çok gelir sağlamaları yönünde yöneticiler tarafından performans, prim gibi yöntemlerle teşvik edilmektedir. Kaldı ki, arttığı ifade edilen poliklinik sayılarının çoğu reçete tekrarıdır.

kaynaklanmaktadır. Artan tetkiklerin çoğunun “normal” sonuçlar verdiği gözlenmektedir. Bu durum, bu artışın yapay olduğunu ve gereksiz tetkiklerden kaynakladığı izlenimini vermektedir.

3.4 Fizik Altyapı İle İlgili Sorunlar

1. **Bina sorunları:** Sağlık ocaklarının bir kısmı, özellikle kentlerdeki sağlık ocakları, hizmete uygun olmayan binalarda yerleşmişlerdir.
2. **Tıbbi araç-gereç sorunları:** Hızla gelişen tıp teknolojisi pahalıdır. Bu teknolojilerin yurt dışından ithali konusunda bir başıboşluk vardır.
3. **Ulaşım aracı yokluğu:** Sağlık ocağı hizmetlerinin temel bir ilkesi gezici hizmetlere önem verilmesidir. Oysa, sağlık ocaklarının büyük çoğunluğunda motorlu ulaşım aracı yoktur. Bu durum, özellikle kırsal bölgelerdeki sağlık ve denetim hizmetlerin aksamasına yol açmaktadır.
4. **Tanı olanaklarının yetersizliği:** Özellikle sağlık ocaklarında tanı olanakları yetersizdir. Birçoğunda laboratuvar bulunmamaktadır. Ancak son bir iki yıl içinde bazı ilçelerde laboratuvar tetkikleri merkezleştirilmiştir. Bu uygulamada gözlenen bazı mali sorunların çözülebilmesi halinde bu yöntemin yararlı olacağı beklenmektedir. Nitekim uygulamadan elde edilen ilk rakamlar olumludur.

3.5 Yönetim ve işletme ile ilgili sorunlar

1. **Yönetim kapasitesinin yetersizliği:** Türkiye’de sağlık hizmetlerini yönetecek kişilerin yetiştirilmesi ve atanmaları ile ilgili kurallar çok yetersizdir. Yönetici yetiştirmek ve liyakate (eğitilmiş, deneyimli vb niteliklere sahip kişi) göre atama yerine, iktidara yakın kişiler yönetici olarak atanmaktadır.
2. **Denetim yetersizliği:** Sağlık yöneticileri modern “denetim” kavramı ile geleneksel “teftiş” kavramlarını karıştırmaktadırlar.
3. **Sevk zincirinde aksamalar:** Hastaneler birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlar gibi yoğun bir şekilde ayakta hasta bakımı yapmakta ve hastane polikliniklerinde yığılmalar olmaktadır. Sevk zinciri kavramı yönetici ve planlayıcılarımızdan o denli uzak bir kavramdır ki, yeni gündeme gelen aile hekimliği pilot uygulamalarında bile bu temel uygulamayı yürütebilmeleri mümkün olamamış ve hatta “sevk gerekmemektedir” ibaresi açık olarak ifade edilmiştir.
4. **Kesin tanı yerine ihtimali tanımlarla tedavi:** Bir hastanede ya da sağlık kuruluşunda çok yoğun poliklinik yükü altında bulunan hekim her hastasına yalnızca bir kaç dakika gibi son derece yetersiz zaman ayırabilmektedir. Bu nedenle ihtimali tanı oranları kaçınılmaz olarak artmaktadır. Bunun sonucunda, hekim her ihtimali tanısı için bir kaç ilaç önermektedir. Ülkemizdeki ilaç israfının başlıca nedenlerinden birisi budur.
5. **Halkın hizmetlere katılamaması:** Her ne kadar 1969 yılında çıkartılmış bir yönetmelik (Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları Hakkında Yönetmelik) varsa da, bu mevzuat çalıştırılmamıştır. Bunun temel nedeni Sağlık Bakanlığının (ve il sağlık müdürlüklerinin) konuya önem vermemesidir. Sağlık personelinin ve halkın da bu yönetmelikten haberdar oldukları söylenemez.

3.6 Diğer sorunlar

1. **Halkın hizmetleri yetersiz kullanımı:** Hizmetlerin altyapısındaki yetersizlikler nedeniyle, kırsal bölgelerde yaşayanlar, kentlerde yaşayanlara kıyasla, sağlık hizmetlerini daha az kullanabilmektedir. Bu eşitsizlik giderek derinleşmektedir. Kent merkezlerinde son 2 yılda ulaşılan yıllık yaklaşık ortalama 5 hekim ziyareti kırsal kesimde eski (1-2) düzeyini korumaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet ilkesinin zedelenmesine yol açmaktadır. Buna neden olan etmenlerin başında, kırsal birimlerdeki personel eksikliği gelmekte, bunu ulaşım sorunları, finans sorunları ve toplumun sağlık hizmeti kullanma alışkanlığındaki yetersizlik gibi etmenler izlemektedir.

2. **Hizmet kalitesinin yetersizliği:** Örgütlenme biçimi ve yönetimi olumsuz etkileyen bütün faktörler, toplumun yeterli ve nitelikli sağlık hizmet almasını engellemektedir.
3. **Diğer risk gruplarına (yaşlı ve engellilere) yönelik yetersiz hizmet:** Bu gruplara özel hizmet sunum modelleri geliştirilememiştir.
4. **Çevre ve iş sağlığı sorunları:** Atıkların yetersiz denetimi, gıda kontrol hizmetlerinde yetki karmaşası (Tarım Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Belediyeler arasındaki), temiz içme suyu sağlanması, kentsel gürültü ve kent güvenliği gibi hizmetlerde sorunlar derinleşmektedir. İşyeri sağlık birimleri yetersizdir ve verimli çalışmamaktadır.
5. **İlaç sorunları:** Sağlık hizmetlerinin en temel unsurlarından olan ilaç, hammadde açısından büyük ölçüde dışa bağımlıdır. AR-GE çalışmaları yapılamamaktadır. İlaç sektöründeki dış ticaret açığı giderek yükselmektedir Üretim için yeterli teşvik ve özellikle biyo-teknolojik ilaçların üretimi için yasal düzenleme yoktur. İlaç kullanımı akılcı değildir.

4. Hükümetlerin sağlık politikası

Daha önce belirtilen sorunların çözümü için girişimler, özellikle son on beş yıl içinde yoğun biçimde sürmektedir. Bu önlemler mevcut sistemin rehabilitasyonu değil, daha uygun olacağı düşünülen yeni bir hizmet modeline geçilmesi biçimindedir. Ülkede sağlık hizmetlerinde yapılması düşünülen değişiklikler iki ana başlıkta özetlenebilir :

1. **Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması:** Hükümetin bu amaçla hazırladığı kanun tasarısında sağlıkla ilgili olarak öngörülen ilkeler şunlardır :
 - (a) Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı kaldırılacaktır. Sağlık hizmetleri il özel idarelerinin sorumluluğuna verilecektir;
 - (b) Bakanlığa bağlı kuruluşların (Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) taşra teşkilatı olabilecektir.
 - (c) Eğitim hastaneleri Sağlık Bakanlığı tarafından işletilmeye devam edecektir;
 - (d) Bazı devlet hastaneleri özerk statüye geçecektir, diğer hastaneler il özel idarelerine devredilecektir;
 - (e) Ulusal programlar (sitma, verem, trahom, başışıklama, aile planlaması, fenilketonüri taraması, anemi mücadelesi vb programlar olsa gerek) Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecektir;
 - (f) İl özel idareleri, eğer uygun görürlerse, sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve özel sektöre devredebilecektir.
 - (g) Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacaktır. Bakanlığın küçüleceği ve ağırlıklı kural koyucu, standartları belirleyici ve denetleyici hizmetler vereceği anlaşılmaktadır.
 - (h) Bakanlık içinde birer strateji belirleme ve performans değerlendirme birimleri kurulacaktır. Yıllık planlar hazırlanacaktır.

2. **Sağlıkta Dönüşüm Programı:** Sağlık Bakanlığının hizmetlerle ilgili temel düzenlemeleri "sağlıkta dönüşüm" adı ile tanıtılan programda yer almaktadır. Bu programın üç ana unsuru vardır: (1) Aile hekimliği; (2) Özerk hastaneler; (3) Genel Sağlık Sigortası. Aile hekimliği ile ilgili olarak 24 Kasım 2004 tarihinde 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" kabul edilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Genel Sağlık Sigortasına ilişkin çıkartılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun uygulanması Anayasa Mahkemesi tarafından altı ay süreyle ertelenmiştir. Kamu hastaneleri Birlik Yasa Tasarısı (özerk hastaneler yasası) ise hazırlanmaktadır.

Aile Hekimliği uygulamasının, halihazırda yürürlükte olan Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinden temel farklılıkları şöyle sıralanabilir:

1- Sosyalleştirmedeki "dar-tanımlanmış coğrafi bölgeye temellendirilmiş geniş ve kapsayıcı hizmet" ilkesi, Aile Hekimliği Pilot Yasasında ve ilgili mevzuat metinlerinde "coğrafi tanımlaması olmayan aileye temellendirilmiş yalnızca tedavi hizmetlerine odaklandırılmış, bütüncül olmayan, yani koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birbirinden ayıran hizmet" ilkesine dönüşmüştür.

2- Sosyalleştirmede var olan "Ekip" hizmeti yerine "Hekime odaklı" hizmeti getirilmiştir.

3- "Herkes-her yerde ve her zaman sağlık hizmeti ve başvur(a)mayanlara da hizmet" ilkesi yerine "yalnızca başvuranlara, ulaşabilenlere sağlık kurumunda hizmet" ilkesi getirilmektedir.

4- Evrensel sağlık örgütlenmelerinin vazgeçilmez ögesi olan sevk zinciri pilot uygulamada tamamen ortadan kaldırılmıştır.

5- Pilot uygulamada kayıtlar sözleşme yapılan bireylerle sınırlı olarak tutulmamakta, demografik ve yerleşim yeri temelinde hizmet denetlenememekte, dolayısıyla planlama yapılamamakta ve değerlendirilememektedir.

6- Aile hekimliği pilot uygulaması, kent-kır ve kentsel-gecekondu eşitsizliğini daha derinleştirmiş, kırsal kesimin sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği daha kısıtlanmıştır. Bu sorun fark edilmesine karşın alternatif olarak getirilen “Toplum Sağlığı Merkezleri” yine bütüncül olmaktan uzak, halkın tedavi edici sağlık gereksinimine yanıt veremeyecek merkezlerdir ve üstelik sağlık ocakları 10-15 bin nüfusa kurulurken toplum sağlığı merkezlerinde bu nüfus 100 bin olarak belirlenmiştir. Bu merkezlerin işlevinin ne olacağı da henüz bilinmemektedir

7- Genel olarak bakıldığında pilot uygulama, sağlık hizmetlerine daha çok gereksinimi olan yoksul bireylerin sorunlarına çözüm üretmek yerine, neredeyse popülist diyebileceğimiz bir yaklaşımla, göreceli daha iyi durumdaki kentsel gelişmiş yerleşim bölgelerini kayırır niteliğindedir ve bunun toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmesi beklenemez.

Genel Sağlık Sigortasının Getirecekleri:

Sağlık hizmetlerinin finansal sorunlarına çözüm üretmek amacıyla getirildiği söylenen “Genel Sağlık Sigortası” taslağı ise yargıdan dönmüştür. Hizmeti finanse eden ve sunan kurumlar ayrılacaktır; prime dayalı genel sağlık sigortası kurulacaktır. Bu sigortanın sosyal sigortacılık modeline uygun örgütleneceği ifade edilmekle birlikte, özel sigortacılığın da teşvik edileceği anlaşılmaktadır. Sigorta primlerinin nasıl toplanacağı belirsizdir. Fakat, bu iş için özel bir sigorta örgütünün kurulacağı ve primlerin de bu kurum tarafından toplanacağı tahmin edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin “teminat paketleri” ile sınırlandırıldığı bu finansman sistemi gerek sağlığın doğası gereği öngörülemediği gerçeği, gerekse cepten ek ödemeleri teşvik etme olasılığı nedeniyle ülkemiz için uygun bir finansman yöntemi değildir.

5. Halk Sağlığı Açısından Sağlık Hizmet Sunumunda Temel İlke ve Görüşler

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulmasına ilişkin temel ilkeler şunlar olmalıdır:

1. Vatandaşlarına sağlık, eğitim, güvenlik ve adalet hizmetlerini götürmek devletin ve hükümetlerin asıl sorumluklarıdır.
2. Her ülkenin sağlık hizmetleri kendine özgü olmalıdır. Başka ülkelerde başarıyla uygulanmış modellerin ülkemizde de mutlaka başarılı olacağı söylenemez.
3. Ülkemizdeki sağlık örgütlenmesi olabildiğince sade, erişilebilir, yaygın, denetlenmesi ve koordinasyonu kolay olmalıdır.
4. Temel sağlık hizmetleri “olmazsa olmaz” niteliğindedir ve ilke olarak herkese ücretsiz verilmelidir. Bu hizmetlerin neler olduğu yasalarca belirlenebilir. Ancak şu hizmetler kesinlikle ücretsiz olmalıdır: Bağışıklama (aşı), aile planlaması, riskli gebeliklerin önlenmesi, verem savaşı, sıtma savaşı, trahom savaşı, çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik programlar (ishal, pnömoni-penisilin kullanımı dahil), doğum öncesi bakım, doğumların yaptırılması, sağlık eğitimi, okul sağlığı, adli hekimlik, çevreye yönelik koruyucu hizmetler (temiz su sağlanması, atıkların izalesi vb.) birinci basamakta muayene hizmetleri, hayat kurtarıcı ilaçlar ve toplumda sık görülen hastalıkların önlenmesi ile ilgili sağlığı geliştirme programları.
5. Sağlık bir insan hakkı olduğuna göre, sağlık hizmetleri herkese, her yerde ve her zaman verilmelidir. Bu görüşten hareketle, ülkenin her yerinde “aynı” sağlık hizmeti sistemi olmalıdır.
6. Sağlık Bakanlığı, Silahlı Kuvvetler ve üniversitelerden başka hiçbir kamu kurumu hasta bakım hizmeti vermemelidir.
7. Sağlık hizmetlerinin finansmanında karma bir yol izlenebilir. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının her birinin sağlık güvencesi olmalıdır. Ancak, yukarıda belirtilen Temel Sağlık Hizmetlerinin kamu bütçesinden karşılanması esastır. Hizmeti alanlar bazı harcamalara doğrudan katkıda bulunabilirler. Hangi hizmetlerin kamu kaynaklarından,

- hangilerin kişiler tarafından ve ne oranlarda karşılanacağı hükümetler tarafından belirlenmelidir. Bu yapılırken, kaynak tahsisinin ağırlıklı olarak kamu kaynaklarından olması ilkesinden ve hakkaniyet ölçülerinden şaşmamalıdır.
8. Sağlık hizmetleri nüfusa göre ve “*dar bölgede çok yönlü hizmet*” esasına uygun olarak örgütlenmelidir.
 9. Koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bir arada sunulması (entegrasyon) esastır.
 10. Hizmetlerin örgütlenmesinde “hasta” değil “kişi”, “tıbbi hizmetler” değil “sağlık hizmetleri” anlayışı esas alınmalıdır. Bu görüşten hareketle, temel sağlık hizmetlerini sunan sağlık ekibi, hizmet vermekle yükümlü oldukları toplumun sağlık düzeyini yükseltmekten sorumlu olmalıdır.
 11. Sağlık hizmetleri bir ekip işidir. Sağlık ekibindeki her üye önemli ve değerlidir.
 12. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel farklılıkların göz önüne alınması esastır.
 13. Sağlık hizmetlerinin her kademesindeki yöneticilerin hem teknik hem de yönetim ile ilgili bilgi ve becerilerle donatılmış olması (liyakat) esastır. Böyle bir eğitim ile yetişmiş Halk Sağlığı uzmanları sağlık hizmetlerinin her kademesinde yönetici ve danışman olarak değerlendirilmelidir.
 14. Hizmetlerin sürekli ve programlı olarak denetlenmesi esastır.
 15. Sağlık çalışanlarının ülke çapındaki sayısal ve nitelik planlaması doğrultusunda eğitilmeleri ve kullanılmaları esastır.
 16. Hekim ve diğer sağlık personelinin eğitimleri amacıyla her üniversite bünyesinde en az bir eğitim ve araştırma bölgesinin işletilmesi gerekir. Bu bölgelerin yönetiminde Sağlık Bakanlığı ile ilgili üniversite birlikte hareket etmelidir .
 17. Sağlık hizmetlerinde “performans değerlendirmesi”, halkın sağlık düzeyindeki gelişmelerin ölçülmesi ve sağlık ekibinin tümünün başarısının değerlendirilmesi biçiminde olabilir.
 18. Çalışanları özendirme ve teşvik esastır. Bu teşvikler maddi olabileceği gibi manevi ödüllendirmeler biçiminde de olmalıdır.
 19. Sağlık hizmetlerindeki ilkelerden birisi de, risk altındakilere önem ve öncelik verilmesi olmalıdır. Buna göre, asıl risk altındakiler hekime başvurmayanlardır. O nedenle, sağlık ekibi (hekimler dahil) kendilerine başvurmayanlara ulaşabilecekleri bir model ve imkanlar içinde çalışmalıdırlar.
 20. Ülkemizdeki demografik yapının değişmesi ve hastalık örüntüsünün farklılaşması nedeniyle, yaşlılık sorunlarına ve kronik hastalıkların erken tanı ve tedavilerine yönelik çalışma ve geliştirilecek programlara temel sağlık hizmetleri içinde önem verilmelidir.
 21. Sağlık hizmeti yalnızca “bireysel bir iş” gibi algılanmamalı, toplumsal boyutta ele alınmalı ve sağlık hizmetlerinde kamu yararı ön planda tutulmalıdır. Yani, sağlık hizmetlerinin görevi bireylerin sağlık hizmetlerine olan taleplerini karşılamaktan öte, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak olmalıdır.
 22. Sağlık hizmetleri yalnızca sağlık sektörü tarafından verilemeyecek kadar geniş boyutludur ve sektörler arası işbirliği esas olmalıdır.
 23. Halkın sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasına katılımı esastır.

6. Hükümet politikalarının irdelenmesi

Her sistem değişikliğinde olduğu gibi Hükümetimiz tarafından sağlık hizmetleri alanında yapılması düşünülen değişikliklerin de olumlu ve olumsuz yönlerinin olduğu kuşkusuzdur. Önemli olan nokta, yeni getirilmesi düşünülen sistemin olumlu yönlerinin (artılarının) ve önceki sisteme göre olan üstünlüklerinin olumsuz yönlerinden fazla olmasıdır. Eğer, hükümetin öngördüğü “sağlıkta dönüşüm” modelinin olumlu yönlerinin fazla olduğu kanıtlanabilirse, kuşkusuz bu girişim HASUDER tarafından da kabul görmelidir. Bunu kanıtlamanın tek yolu, uygulanmakta olan pilot çalışmaların bağımsız bir kurum tarafından ve bilimsel esaslara göre değerlendirilmesi olacaktır. Ancak, ne yazık ki, böyle bir değerlendirme yapılmayacağı ve yeni sistemin başarılı olup olmadığına karar vermenin yalnızca Sağlık Bakanlığına ait olacağı anlaşılmaktadır. Oysa, şimdiye kadarki uygulamaların izlenmesinden ve yapılan gözlemlerden “sağlıkta dönüşüm” programının, özellikle “aile hekimliği” uygulamasının yukarıda belirtilen ilkelere uymayan ve geri dönülmesi olanaksız sakıncalı yönleri

vardır. Bu sakıncalar ve yanlışlıklar, sağlıkta dönüşüm programının olumsuz yönlerinin olumlu yönlerinden fazla olduğunu göstermektedir.

Bu sakıncaların önemli olanları şunlardır :

1. **Belirsizlik:** Aile hekimliği ile ilgili bir pilot uygulama yasası çıkartılmış olmasına karşın, yasaya işlerlik kazandıran yönetmelikler sık olarak değiştirilmektedir. Öyle anlaşılmaktadır ki, Sağlık Bakanlığı nasıl bir “reform” yapılacağına kesin kararlı değildir ve uygulama sırasında karşılaşılan sorunlara göre çözümler bulunarak sistem geliştirilmeye çalışılmaktadır. Dolayısıyla, Türkiye’de uygulanan aile hekimliği modeli hiçbir ülkedeki uygulamaya benzememektedir. Nitekim, Düzce İl Sağlık Müdürü bu modele “Düzce modeli” yakıştırmasını yapmaktadır.
2. **Karmaşık örgütlenme:** Türkiye’deki sağlık hizmetleri çok karmaşıktır. Eğer, taşradaki sağlık hizmetleri il özel idarelerine devredilirse sağlık hizmetleri daha karmaşık bir duruma gelecektir. “Kamu Yönetimi Temel Kanunu” (ya da bu tasarıdaki ilkeler başka yasalar içine bölümler halinde yedirilerek) kabul edildiği takdirde, ortaya çıkacak kuruluşlar hem çok sayıda olacak hem de bu kuruluşlar sürekli olarak aynı kuruma bağlı kalmayacak, el değiştirebilecektir. Örneğin, il özel idaresi tarafından bir belediyeye devredilen bir birim, daha sonra bir başka kuruma devredilebilecektir. Böylesine karışık bir yapılanma içinde hizmet vermek çok güçtür, hatta bu yapılanmanın hizmetlerde kaos dönemi başlatacağından endişe edilmelidir.
3. **Belediyelerin sağlık hizmeti vermesi:** Sağlık hizmetleri son derece teknik hizmetlerdir ve profesyonelce yürütülmelidir. Belediyelerin yapısal sorunlarının, kaynaklarının ve insan gücünün bu hizmetleri yürütmeye uygun olduğu söylenemez. Belediyelerin, sağlığı dolaylı olarak ilgilendiren, çevrenin iyileştirilmesi, gıda kontrolü gibi işlere yoğunlaşması daha akılcı olacaktır.
4. **Ülke koşullarına uygun olmayan bir model:** Önerilen bu karmaşık model hiçbir ülkede olmamakla birlikte, aile hekimliği olarak tanımlanan modelin hazırlanmasında bazı Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinden esinlendiğini anlaşılmaktadır. Söz konusu ülkeler sosyal, ekonomik ve coğrafi yönlerden Türkiye’den çok farklı ülkelerdir. Bu ülkelerde başarıyla uygulanan bir modelin ülkemizde aynı başarıyla uygulanacağı kuşkuludur. Örneğin, Danimarka, İngiltere, Hollanda gibi ülkelerin ne kırsal yapıları, ne toplumlarının eğitim düzeyleri, ne ekonomik düzeyleri, ne de kültürel özellikleri ülkemize benzemez.
5. **Denetim gücü:** Önerilen karmaşık modelin denetimi çok zor olacaktır. Hangi kurumun hangi işten ve hangi bölgeden sorumlu olduğunun bilinmediği bir ortamda denetim yapılamaz ve hizmetler başı boş kalır. Zaten, ülkemizde denetim hizmetlerinde genel olarak bir zayıflık varken böyle bir karmaşık yapılanma son derece sakıncalıdır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kolay denetlenebilecek biçimde ve mümkün olduğu kadar sade biçimde örgütlenmesi uygun olacaktır.
6. **Aile hekimi tipindeki belirsizlik:** Aile hekimliği uygulamasına ilişkin çıkartılan yönetmeliklerde, aile hekimlerinin kendi eğitim geçmişlerine uygun tıbbi girişimleri yapabilecekleri, diğer işleri yapamayacakları ifade edilmektedir. Yani, pratisyen ya da uzman olan aile hekimlerinin yetkileri farklıdır. Hatta, aile hekimliği uzmanı olan bir aile hekimi ile, pediatri uzmanı olan bir aile hekiminin yetkileri de farklı olacaktır. Dolayısıyla, şimdiki uygulamada standart bir aile hekimi tipi belirlenmemiştir. Bu durum son derece sakıncalıdır, denetimi mümkün değildir, bir çok hukuksal soruna yol açılabilir. Bir ülkede, birinci basamakta çalışan bütün hekimlerin aynı yetkilerle çalışmaları gerekir.
7. **“Aile hekimi” tanımlaması yanlıştır:** Aile hekimi denildiğinde, bir ailedeki bütün bireylerden sorumlu olan bir hekim akla gelmektedir. Oysa, ülkemizdeki uygulamada, bir ailenin bireyleri farklı hekimleri seçebilirler. Yani, ülkemizdeki uygulamaya göre “aile hekimi” olarak tanımlanan hekim, aslında “bireyin hekimi”dir.
8. **Koordinasyon gücü:** Önerilen karmaşık yapılanma içinde kurumlar ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon da zor olacaktır. Sağlık Bakanlığının çok sayıdaki kuruma muhatap olması gerekecektir. Söz gelişi, merkezden yapılan bir genelgenin yukarıda bütün sağlık kuruluşuna erişmesi (ki bunların çoğu özel sektöre ait olacaktır) bile uzun bir süre alacaktır. Afet ve kriz yönetimi güçlükleri yaşanabilecektir.

9. **Entegre hizmet ilkesine ters model:** Aile hekimliği modelinde her ilçede (ya da her 100.000 kişi için) bir “toplum sağlığı merkezi” kurulacaktır. Bu merkez idari işleri yürütecek, çevreye ve bazı kişiye yönelik koruyucu hizmetleri yapacak, ayrıca, toplumsal programları (sıtma vb) yürütecektir. Böylece, koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin aynı merkezde (aile hekimliğinde) birleştirilmesi gerekirken bunların parçalandığı anlaşılmaktadır. Öte yandan her 100 bin kişiye bir adet kurulması düşünülen bu merkezlere yüklenen misyon düşünüldüğünde bu sayının son derecede yetersiz olduğu ortadadır.
10. **Bölge dışı hastaların durumu belirsiz:** Bu sistemde, bir yerleşim yerinden diğerine geçici olarak giden kişilerin gittikleri yerlerde muayenelerinde sorunlar yaşanabilecektir. Düzce uygulamasında, kente gelen misafirler ve o kentte yaşamayanların “toplum sağlığı merkezleri” tarafından muayene edildikleri ifade edilmiştir. Bu uygulamanın bölge dışı hastaların nispeten az olduğu Düzce gibi illerde yürütülmesi mümkün olabilir, fakat, Bodrum, Antalya gibi iç turizmin yoğun olduğu *bölgelerde ya da büyük kentlerde* uygulanması mümkün olamaz.
11. **Kırsal kesimi dışlayan sistem:** Aile hekimliği modelinin temel ilkesi, hekimlerin istedikleri yerlerde hizmet verme özgürlüğüdür. Yani, nerede çalışacaklarına hekimler kendileri karar verir. Bu kararlarını verirken hekimlerin çalışacakları yerdeki gelişmişlik düzeyini göz önünde bulunduracakları açıktır. Dolayısıyla, mahrumiyet yörelerine bu modelle hizmet verilmesi yakın gelecekte mümkün olamayabilir. Böyle olunca, hekimlerin öncelikle gelişmiş yöreleri tercih edecekleri, bu bölgelerdeki hekim sayısı doygunluk noktasına erişmeden kırsal ve gelişmemiş yörelere hekim bulunamayacağı açıktır. O nedenle, mevcut pilot uygulamada kentlerde yaşayanlar aile hekimlerini seçebilmekte, köylerde yaşayanlar il sağlık müdürlüğü tarafından uygun aile hekimlerinin listelerine kayıt edilmektedirler. Bir başka deyişle, aile hekimliği sistemi kırsal bölgeleri dışlamaktadır. Bu yaklaşım, aile hekimliği modelinin “*hekim seçme özgürlüğü*” ilkesine ters düşmektedir. Kısacası, Türkiye’de uygulanan aile hekimliği modeli kentler içindir. Kırsal nüfus göz ardı edilmiştir.
12. **Yedeği olmayan sistem:** Her ne kadar hekimlerin sözleşmeli olarak çalışacakları ileri sürülüyorsa da, bir bölgede çalışmayı kabul etmiş bir aile hekiminin kısa bir süre sonra pişman olup yöreden ayrılmayacağını kimse garanti edemez. Bunun somut sonucu şu olacaktır: Diyelim ki, 6.000 nüfuslu bir yerleşim yerinde iki tane aile hekimi çalışmaya başlamıştır. Bunlardan birisi ya da her ikisi de bölgeden ayrılırsa (ya da ölürse) ortaya çıkan boşluğun kimler tarafından doldurulacağı belirsizdir.
13. **Tedavi ağırlıklı hizmet:** Uygulanan aile hekimliği modelinin tedavi ağırlıklı olduğu bir gerçektir. Bu hekimlerin köyleri ziyaret edeceği, gezici hizmet vereceği, hekime başvurmayan ve asıl risk altındaki toplumlara erişebileceği gibi öngörülerde bulunmak gerçekçi değildir. Bu modelde koruyucu hizmetler büyük ölçüde ihmal edilmiştir. Nitekim, şimdiye kadarki pilot uygulamalarda başta aile planlaması, aşılamalar, gebe ve çocuk izlemeleri olmak üzere kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin bariz şekilde gerilediği görülmüştür.
14. **Kronik hastalığı olanlar dışlanabilir:** Aile hekimliği sisteminin temel ilkelerinden birisi, hekim seçme özgürlüğüdür. Ancak, hekim seçme özgürlüğünün olduğu yerde, “*hasta seçme özgürlüğü*” de söz konusudur. Yani, hekimini seçen bir kişi, hekim tarafından istenmezse o hekimin listesine giremez. Hekimler, yaşlı, bebek, kronik hastalığı olan, problem vakaları listelerine almayı istemeyebilirler. Nitekim, İngiltere’de benzer sorunlar yaşanmıştır. İngiltere, bunun çözümünü hekimlere bu tür hastalar için daha fazla para ödemekte bulmuştur.
15. **Pahalı sistem:** Aile hekimliği modeli pahalı bir sistemdir. Yapılan kaba hesaplamalara göre ülkemiz için gereken aile hekimi sayısı 28.000 dolayında olacaktır. Bu kişilere ayda ortalama 7.500 YTL ödeneceği varsayılırsa, yalnızca aile hekimlerine yılda ödenecek ücretin 2.5 milyar YTL olacağı hesaplanabilir. Bu rakam, Sağlık Bakanlığının yıllık bütçesinin yarısından fazladır. Hele, iş başına ödeme sistemi uygulanırsa (ki hem aile hekimlerinin bazı hizmetleri, hem de hastane masrafları bu şekilde karşılanacaktır) ülkemizin kaynakları bu hizmetleri karşılayamaz. İş başına (fee for service) uygulamanın performans değerlendirmesi uygulaması, sağlık hizmetleri için harcanacak giderleri daha da artıracaktır. Çünkü, daha fazla pay alabilmek için hekimlerin para kazandıracak işlere ağırlık verecekleri bir gerçektir. Ayrıca, il özel idareleri istedikleri takdirde, her türlü sağlık kuruluşunu özel sektöre devredebileceklerdir. Bu uygulama hizmetlerin maliyetini daha da artıracaktır. Diğer taraftan

aile hekimlerinin bireylerle sözleşme yapmalarında, kullanacakları yüksek tanı teknolojisi önemli bir yer tutacaktır. Daha çok teknolojik donanıma sahip hekimler tercih edilebileceğinden uygun olmayan pahalı ithal teknolojinin kullanımı özendirilmiş olacaktır.

16. **Özelleşme:** Sağlıkta dönüşüm programının asıl sakıncası sağlıkta özelleşmedir. Bu modeldeki aile hekimleri aslında, Sağlık Bakanlığı ile sözleşme imzalamış olan özel hekimlerdir. Bir başka deyişle, Sağlık Bakanlığı kendisinin yapması gereken birinci basamak hizmetlerini özel hekimlerden satın alma biçiminde sunma yolunu seçmiştir. Aynı yaklaşım, hastanecilik hizmetleri için de söz konusudur. T.B.M.M.'de 13 Şubat 2007 tarihinde kabul edilen ve yabancı hekimlerin Türkiye'de özel hastane kurup buralarda çalışabilmelerine imkan tanıyan sağlık personeli ile ilgili yasada da aynı yaklaşım göze çarpmaktadır. Kurulması düşünülen Genel Sağlık Sigortası da aynı yaklaşımın sonucudur.
17. **Sağlık Çalışanların İş Güvenceleri:** Hükümetin önerdiği modelde yukarıda değinildiği gibi sözleşmeli hekim ve aile sağlığı elemanı çalıştırılması söz konusudur. Sözleşmeli personel istihdamı iş güvencesini ortadan kaldıracak, istihdam edilemeyenler ise büsbütün işsiz kalacaklar, sağlık insan gücü ucuzlayacak, sağlık hizmeti gibi hiçbir şekilde riske edilemeyecek bir hizmet, emeğinin karşılığını alamayan sağlık çalışanlarına bırakılabilecektir.

7. SONUÇ:

HASUDER'in Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin görüş ve önerileri özetle şunlardır:

Son yıllarda dünyadaki küresel dönüşüm ile paralel olarak pek çok ülkede sağlık hizmetlerinin insanın doğuştan kazanılan bir hakkı olduğu göz ardı edilerek, bu hizmetin bir kamu hizmeti olmaktan çıkarılması süreci yaşanmaktadır. Ne yazık ki bu durum ülkemiz için de geçerlidir. Türkiye'deki sağlık örgütlenme ve finansmanında köklü değişikliklere gidilen "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ilk bakışta halkımıza, sağlık hizmetlerine neredeyse sınırsız ulaşım olanağı verdiği izlenimi uyandırarak hiçbir finansal kaynak hesabı yapılmadan yürütülmeye başlanmıştır. Sosyal güvenlik kurumlarının sınırsız kaynak aktarımı sağlık yönetimi modelleri içinde kabul edilemeyecek bir uygulamadır. Ülkemizin sınırlı kaynakları bittiğinde ne yazık ki geri dönülemez bir noktada olma olasılığı vardır. HASUDER, ülkemizdeki finansal kaynakların etkili ve verimli kullanımı ile halkımıza sürekli, kaliteli ve verimli bir sağlık hizmeti sunumundan yanadır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı halkımızın sağlığını tehdit eder niteliktedir ve derneğimiz bu programı desteklememektedir.

Diğer tarafta, Sağlıkta Dönüşüm Programının diğer bir eş zamanlı uygulaması olarak "Aile Hekimliği Örgütlenme Modeli" pilot uygulaması yürürlüğe konulmuştur. Gelişmiş ülkelerden sistemler alınırken toplumumuzun sosyokültürel ve ekonomik durumuna uygunluğu değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme yapılmadan alınan bu uygulama ne yazık ki salt tedavi yönelimli olup koruyucu hizmetler yalnızca bunu talep edene sunulması planlanan hizmetlerdir. Oysa ki, herkesin bildiği gibi, koruyucu hizmetlere en çok gereksinimi olan dezavantajlı grupların başında sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişiler yer almaktadır. Ülkemizde bu yoksul ve eğitimsiz kitlenin yetersiz olan hizmet talebinin bile yeterince karşılanamadığı herkesin malumudur. Halen sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlükleri olan bu toplum kesimlerinin tedavi ağırlıklı bir sağlık hizmetine ulaşabilmeleri daha da güçleşecektir. Bilindiği gibi "PİLOT" sözcüğü, bir DENEME-SINAMA anlamına gelir ve sınırlı bir bölgede, yeterli bir süre uygulandıktan sonra değerlendirme yapılır ve bu değerlendirme sonuçlarına göre yeni önerilen sistem ya tümüyle, ya kısmen kabul edilir ya da reddedilir ve tekrar eski uygulamaya dönlür. Ancak Türkiye'de bu bilimsel gereklilikler yerine getirilmemektedir. Pilot uygulama, uygulandığı illerde geri dönüşümsüz olarak halen geçerli olan "224 sayılı YASA" ilkelerini çiğnemekte, pilot uygulamanın olası başarısızlığı halinde geri dönüşebilirliği mümkün kılmamaktadır. Öte yandan pilot uygulama "sonuçları değerlendirilmeden", tespit edilen mevcut aksaklıklarına bile çözüm bulunmadan yeni illerde pilot uygulamaya geçilerek yeni sistem fiilen tüm ülkeye yaygınlaştırılmaktadır. Yaygınlaştırma, yeni bir yasal yapı

oluşturulmadan, yürürlükte olan mevcut yasa göz ardı edilerek yapılmaktadır. Bu durum bilimsel gerçeklerle uyuşmayan, hukuk dışı bir uygulama görünümündedir.

Türkiye'deki Halk Sağlığı Uzmanlarının %75'inden fazlasının üye olduğu Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), sağlık hizmetlerinin, halkımızın bütün bireyleri için hakkaniyet ölçüsünde ulaşılabilir olmasının önündeki tüm engellerin kaldırılmasından yanadır. HASUDER, Türkiye'deki Sağlık hizmetlerinin halkımıza en iyi şekilde sunulması için başta Sağlık Bakanlığımız ve Türk Tabipleri Birliği olmak üzere konu ile ilgili tüm taraflarla işbirliğine hazırdır. HASUDER, "Aile Hekimliği Modeli Pilot Uygulamasının geri dönüştürülmesi olanaksız sonuçları ortaya çıkmadan ivedilikle durdurulmasını önermektedir.

Buna karşılık, Temel Sağlık hizmetleri anlayışı içinde herkese eşit ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumunun sağlanması amacı doğrultusunda ülkemizin sağlık hizmet sunumu modelinde uygulanması gereken ilke ve yöntemler aşağıda sıralanmıştır:

1- HASUDER yürürlükteki 224 Sayılı Kanunun ilkelerinin korunmasından ve uygulamanın bugünün gerekleri doğrultusunda geliştirilmesinden yanadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması bilimsel yöntemlerle değerlendirilmeli ve aksayan yönleri belirlenmelidir. Bu amaçla yeni bir araştırmaya gerek yoktur, konuyla ilgili yapılmış çalışmalar ve bu çalışmaları yapan uzmanların değerlendirmeleri yeterlidir. Derneğimiz, halen 224 sayılı yasanın uygulanmasında bazı önemli aksaklıklar bulunduğu farkındadır. Bu sorunların önemli bir kısmı uygulamadan kaynaklanmaktadır. Uygulamadaki bu aksaklıkların asıl nedeni, yönetimlerin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri yaklaşımı, kapsayıcı, kamusal ve entegre hizmet olarak sunulması ve tüm sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturması doğrultusunda kararlı politikalara sahip olmayışıdır. Sorunların bir kısmı ise ülkemizde sosyal ve ekonomik hızlı değişime ve kentleşmeye atfedilebilir. Yeni düzenlemeler bu sorunları giderici nitelikte olmalıdır.

2- Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi kişi/aile tabanlı değil, bölgeye dayalı olmalı, dar bölgede ekip hizmeti ilkesi korunmalıdır. Sağlık Ocakları (Bölge Birinci Basamak Sağlık Kurumları) korunmalıdır. Ancak, Sağlık Ocaklarının hizmetleri "dar bölge tabanlı"(mahalle tabanlı) olarak planlanabilir. Her "Mahalle bölgesi" Sosyalleştirilmiş Sağlık Örgütlenmesinde yer alan Sağlık Evi/Ebe Bölgesine karşılık gelen en az 2.000 en çok 3.000 nüfusu barındıran nüfusu tanımlar. Her mahalle bölgesi bir hekim (Mahalle/Bölge/Hekimi) ve -bölgesinin öncelikli sağlık sorununa göre değişmek üzere- en az bir ebe veya hemşireden oluşan bir ekibin sorumluluğuna verilmelidir. Bir mahalle hekimi/ekibinden hizmet alan bireylerin yıllık koruyucu ve sağaltıcı hizmet başarıları düzenli (periyodik) olarak değerlendirilmeli ve ekibin başarısında halkın hizmetten hoşnutluğu ile birlikte bu değerlendirme dikkate alınmalıdır.

3- Birinci basamak sağlık hizmet modeli, toplumun değişik sosyal grupların gereksinimlerini karşılayacak ölçüde esnek bir model olmalı, hizmetin risk gruplarına yönelik gezici niteliği korunmalı ancak gezici hizmet (evde bakım ve izleme) bölgeye göre değişen risk gruplarına yönelik olarak planlanmalıdır. Örneğin, doğurganlığın yüksek ve kadın ve çocuk sağlığı sorunlarının yüksek ve öncelikli olduğu bölgelerde kadın ve çocuklara yönelik gezici hizmet planlanabilirken, yaşlı sorunlarının öne çıktığı bölgelerde gezici hizmetler açısından yaşlılar da bu risk gruplarına eklenmelidir. Bölgenin özelliğine göre risk grupları daha da çeşitlendirilmeli, sosyoekonomik açıdan gelişmiş bölgelerde olan bölgelerde kişiler çeşitli iletişim araçları kullanılarak bireylerin sağlık ocağına davet edilmeleri sağlanabilmelidir .

4- Kentlerdeki (özellikle metropollerdeki) sağlık ocaklarında, aile hekimliği uzmanları başta olmak üzere, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanlarında uzman hekimlerin de çalışabilmeleri sağlanabilir. Söz konusu bu uzman hekimler, sağlık ocaklarında mahalle/bölge hekimlerinin danışmanları olarak görev yapacaklar, mahalle/bölge hekimini atlayarak doğrudan hasta incelemesi yapamayacaklardır. Aile Hekimliği uzmanlarının uzmanlık eğitimi yeterli düzeyde koruyucu hekimlik ve sağlık yönetimi eğitimi ile desteklenmeli, bu uzmanlar kentsel sağlık ocağında idari görev alabilirler.

5- Yeniden düzenlenecek bölge tabanlı örgütlenme birimi (Sağlık Ocağı) özellikle büyük kentlerdeki uygun bulunacak sağlık ocakları, ağız-diş sağlığı, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve kronik hastalık izleme teknolojisi ve bu alanlarda yetkin hekim dışı sağlık insan-gücü (fizyoterapist, beslenme uzmanı, psikolog, laborant gibi) ile desteklenmelidir.

6- Sağlık ocakları ve bunların bünyesinde çalışacak mahalle ekiplerinin koordinasyonu, denetlenmeleri, yönlendirilmesi, il düzeyinde hizmet önceliklerine dayalı planların yapılabilmesi için sağlık müdürlükleri yetki ve sorumlulukları gözden geçirilmeli; uygulamalar bu doğrultuda gerçekleştirilmelidir. Sağlık Bakanlığı merkez taşra teşkilatının çeşitli birimlerinde halk sağlığı uzmanları yönetici olarak görev almalıdır. Halk sağlığı uzmanları, metropol sağlık ocaklarında da yönetici hekim olarak da görev yapabilirler.

7- Sağlık hizmetleri yalnızca sağlık sektörü tarafından verilemeyecek kadar geniş boyutludur ve sektörler arası işbirliği esas olmalıdır. Halen Çevre ve Tarım Bakanlıkları ile Belediyeler tarafından yürütülen ve halk sağlığını ilgilendiren çalışmalar konusunda, bu kurumlarla işbirliği halinde ve asli sorumlu kurum olarak Sağlık Bakanlığının yetkileri yeniden tanımlanmalı; sağlık ocakları, kendi bölgelerinde bu çalışmaların koordine edici birimi olmalıdır.

8- Mahalle/Birinci basamak hekimleri 2. basamak sağlık hizmeti birimleri (hastaneler) ile sürekli işbirliği içinde olmalı sevk zinciri geri bildirimli olarak güçlendirilmelidir.

9- Halen Sağlık Bakanlığımız tarafından bazı sağlık ocaklarında denenen sağlık ocakları laboratuvar geliştirme uygulamaları başarılı olmuştur. Sağlık ocaklarında değişen koşullara uygun yeni düzenlemelerin yapılabileceği ve başarılı olabileceği Sağlık Bakanlığımızca da kanıtlanmıştır. Bu uygulama yaygınlaştırılmalı, tüm sağlık ocakları yeterli tanı/televi teknolojisi ile donatılmalıdır. Bu amaçla yeterli destek sağlık insan gücü (laborant) yetiştirilmeli ve istihdam edilmelidir.

10- Tıp Fakültesi ve sağlık yüksekokulu eğitim programları toplum odaklı olmalı, eğitimler topluma dayalı olarak yürütülmeli, sağlık çalışanlarının sürekli mesleki eğitimi meslek okulları, üniversiteler ve bakanlık ile birlikte programlanmalı ve yürütülmelidir. Bu eğitimlerden elde edilen krediler özlük haklarına olumlu yönde yansıtılmalıdır. Sağlık ocaklarında çalışan dileyen pratisyen hekimler, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu ve Türk Tabipleri Birliği işbirliği ile yürütülen kendi çalıştıkları kent veya bölgelerdeki kuruluşlarda yürütülen hizmet çalışma zamanları ile uyumlu Tıpta Uzmanlık programlarına (Genel Pratisyen uzmanlığı, Aile Hekimi uzmanlığı gibi) katılabilirler.

11- Kırsal bölgede yaşayan herkesin ulaşabileceği bir mesafede bir sağlık personeli bulunması ilkesi korunmalıdır. Halen yürürlükte olan ve 40 yılı aşkın süredir dünyaya örnek olarak başarısını kanıtlamış olan Sosyalleştirilmiş Sağlık Örgütlenmesi modeli kırsal bölge için vazgeçilmez ve alternatifsizdir. Kırsal bölgelere sağlık hizmetlerinin sunumunda bütçe desteği artırılmalı, kırsal bölge sağlık ocağı çalışanlarına ücret artışı getirilmeli, ulaşım, altyapı ve araç gereç (ilaç dahil) sorunu çözümlenmelidir.

12- Sözleşmeli personel istihdamı bir personel istihdam modeli olarak kabul edilemez. Sağlık Personeli Kanunu ivedilikle çıkartılmalı, bu kanun ile hizmet modelini düzenleyen kanun arasında uyum sağlanmalıdır. Böylece, sağlık insan-gücünün istihdamı, ücretlendirilmesi ve diğer özlük haklarına dair belirsizlikler sonlandırılmalıdır. Sağlık kurumlarında giderek artan taşeron aracılığıyla hizmet sunumu, çalışanlar açısından uygun olmadığı gibi halkın sağlığını da tehdit eder niteliktedir.

13- HASUDER, prim toplama yöntemiyle genel sağlık sigortası uygulanamayacağı ve uygulanmaması gerektiği görüşündedir. Sağlık finansman sistemi, gelire dayalı bir kaynak yaratma (vergiler), gereksinime göre hizmet sunumu temel alan bir sosyal güvenlik sistemi olmalıdır. Yani, sağlık hizmetlerinin finansmanında esas kaynak vergiler ve devlet bütçesi olmalı, Genel Sağlık Sigortası bu yolla uygulanmalıdır. Ancak, devlet bütçesini desteklemek üzere ülkede yaşayan herkesi kapsayan bir "Sosyal Sağlık Güvenlik Kurumu" kurulmalıdır. Bu kurum, ülkemizde devlet memurları

için uygulanan “Emekli Sandığı Modelinin” ülke çapında yaygınlaştırılması şeklinde de olabilir. Esas olan sağlık finansmanın devlet bütçesinden karşılanmasıdır. İşverenlerin çalışanları için ödeyecekleri primler doğrudan Sosyal Sağlık Güvenlik Kurumuna ödenmelidir.

14- Halen uygulamada olan ve hesapsız ve sınırsız bir şekilde popülist bir uygulama ile ağırlıklı olarak muayene edilen hasta başına ödeme şeklinde olan ek ödeme (performans) sistemi gerek hastanelerde gerekse sağlık ocaklarında uygun ve bilimsel değil, kaynaklarımızı heba eder niteliktedir. Ancak kavram olarak çalışan personeli ödüllendirmek kurumsal verimliliği artırmak açısından iyi bir yaklaşım olabilir. Örneğin İngiltere’de, ayaktan tanı tedavi (poliklinik) hizmeti başına olmaktan çok, risk gruplarının izlemi gibi etkinliklere ek ödemeler yapılmaktadır. Bu ek ödemeler bütçeden yapılmaktadır. Bu uygulama, hizmetin niteliğinin geliştirilmesi açısından desteklenmesi gereken bir uygulamadır. Türkiye’de de bu ek ödeme/özendirme sistemi, mahalle tabanlı ekibin -koruyucu sağlık hizmetleri ağırlıklı olmak üzere- tüm hizmetlerini kapsayacak ve emeklilik gibi özlük haklarına da yansıtacak şekilde düzenlenmelidir. Ancak bu ek ödemeler çalışanların maaşları ile karşılaştırıldığında kişinin ana gelir kaynağını oluşturmamalı maaşın belirli bir oranından fazla olmamalıdır. Olanaklar ölçüsünde ek ödeme kaynağı doğrudan Sağlık Bakanlığı bütçesinden sağlanmalıdır. Sosyal güvenlik kuruluşları ile sağlık kuruluşlarının doğrudan ilişkisi kesilmeli, bu ilişki Sağlık Bakanlığı (genel bütçeye sosyal güvenlik sistemi katkısı) aracılığı ile sağlanabilmelidir.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), yukarıda sıralanan önerilerini halkımız, hükümetimiz, siyasi partilerimiz, meslek odalarımız ve sendikalarımız, sivil toplum kuruluşlarımız ve basınımız ile paylaşır. Geri dönülmez bir yola girmeden, hep birlikte ulusumuzun sağlığı için gerçek ve yapıcı bir işbirliği çağrısını yineler.

**Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Yönetim Kurulu**