CUMHURİYET DONEMİ SAĞLIK HİZMETLERİ (DEVAM)

**Beşinci dönem (1980 -2000)**

Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi ve sorumlulukları hakkında çok sayıda çıkarılan Kanun Hükmünde Kararnamelerle bazı değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan biri de bakanlığın adının değiştirilmesidir. 1989 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” (SSYB) yerine “Sağlık Bakanlığı” (SB)denilmeye başlanması bu dönemde gerçekleşmiştir. Bu düzenlemelere göre Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri vermekten sorumlu temel kuruluştur. Birinci basamak hizmetler Bakanlık tarafından sağlık ocakları, sağlık evleri, ana ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, sıtma merkezleri, kanser savaş aracılığıyla sağlanırken; ikinci ve üçüncü basamak hizmetler diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişilerle birlikte SB tarafından verilir. Ayrıca SB merkezi düzeyde sağlık hizmetleri ile ilgili genel politikaları belirlemekten sorumludur. SB’nin Ankara merkez dışındaki taşra örgütlenmesinde ise yönetsel olarak ilin en yüksek yöneticisi olarak valiye, teknik olarak ise SB’ ye bağlı olarak görev yapan İL Sağlık Müdürlükleri vardır. Bu yüzden bakanlık il sağlık müdürlerini, valinin onayıyla atamak zorundadır.

Bilindiği üzere ülkede gerek gençleri gerekse işçileri direnişe sevk eden sosyal olayları önlemek için işverenlerin de desteğini alan askerlerin 12 Eylül 1980 ‘deki müdahalesinin hemen ardından çıkarılan ve tarihe 24 Ocak Kararları olarak geçen ekonomi kadar sağlığın da liberalleşmesini hedefleyen politik kararlar alınmıştır. Akdur (1999) tarafından “Aktif Özelleştirme denilen bu dönemde sağlık ve sosyal güvenlik, kamunun sorumluluğundan çıkarılarak piyasanın insafına terk edilmiştir. Öyle ki 1982 Anayasasında “insan haklarına dayalı devlet” tanımı da değiştirilerek “insan haklarına saygılı devlet” haline dönüştürülmüş; sağlık devlet görevi olmaktan çıkarılmıştır. Bunun yerine devletin sağlık hizmetlerini gözeteceği ve düzenleyeceği maddeleri yazılmıştır. Böylelikle 1982 Anayasasında daha önce 1950 ve 1970’ lerde başlayan sağlıkta özel sektörün yer alması görüşüne resmen değinilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak görüşünden hareketle, özel sağlık kuruluşlarının hizmet vermesi ve kamu ile rekabet etmeleri hedeflenmiştir (Berman ve Tatar,2004). Bu dönemde de özellikle 1987 de Genel Sağlık Sigortasına geçilme girişimleri olmuşsa da gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl “ Sağlık Hizmetleri Temel Yasası” çıkarılmışsa da gerekli düzenlemeler yapılamadığı için fazlaca uygulanamamıştır. Daha sonra Anayasa Mahkemesi tarafından bir çok maddesi iptal edilen bu yasanın temel amaçlarından bazıları şunlardır( Soyer,2000):

a)Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde her türlü hizmetin fiyatlandırılması

b)Kamu sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine sahip işletmelere dönüştürülmesi

c)Sözleşmeli yabancı uyruklu personel çalıştırılmasının önünün açılması

d)Sağlık işletmelerinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen hekimlerin mesai dışında kuruluşa özel teşhis ve tedavi yapabilmesi. Bu madde özellikle üniversitelerin eğitim hastanelerinde öğretim üyelerinin çalışmaya devamını teşvik amaçlı olarak geniş çaplı uygulanmıştır.

Bu dönemde Türk Tabipler Birliği (TTB) dört yıl kapalı kalmıştır. Ayrıca üyelik sadece özel muayenehane hekimlerine zorunlu hale getirilerek birliğin etkisizleştirilmeye çalışıldığı açıktır.

Bu dönemin ikiye ayırarak, başlangıç yıllarını özellikle de 1980-1989 arasını “Sermeyenin Karşı Saldırısı ve Sağlıkta Metalaşma” ; ve 1989-2002 yıllarını ise “Uluslararası Finans Kapitalin Gölgesinde Sağlık Reformları” olarak değerlendirenler bulunmaktadır (Ulutaş,2011). Önemli olan bu dönemde Altıncı Kalkınma Planı (1990-1994) ile paralellik içinde sağlık hizmetlerinin “rasyonalizasyonu” adı altında sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi hedefinin açıkça ortaya konmuş olmasıdır. Bu dönemde uluslararası teşvik ve zorlama ile alternatif yeni politikalar seslendirilmeye başlamıştır. Örneğin,1992’de yapılan Ulusal Sağlık Kongresi ile 1993 de düzenlenen İkinci Ulusal sağlık Kongresinden ülke çapında yeni sağlık politikaları çıkmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması bağlamında hastanelerin özelleştirilmesine ve özerkleştirilmesine yönelik kararlar hep bu kongrelerde alınmıştır.

Uluslararası finans örgütleri ( IMF ve Dünya Bankası) tarafından tüm iktidarlara dayatılan reçeteler, sağlıkta reform iddiası ile sağlık hizmetlerini kamunun sorumluluğundan alarak özelleştirmeyi hedeflemekteydi. Neo-liberal politikalar gereği 1994 den itibaren uluslararası kuruluşların denetimine giren Türkiye ekonomisi, IMF ile “stand by” denilen anlaşmalar imzalamaktaydı. Bu anlaşmalar “acı reçete” olarak metaforik bir biçimde topluma anlatılırken esas büyük darbe sağlık alanında yaşanmış, iki büyük hastane (Ankara’da Yüksek İhtisas ve İstanbul’da Koşuyolu hastaneleri 5 Nisan 1994 Kararları çerçevesinde birer işletmeye dönüştürülerek, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin doğrudan özelleştirilmesinin ilk somut örneği verilmiştir (Soyer,2003).

Beşinci dönemde “Ulusal Sağlık Dokumanı “ olarak yayınlanan maddelerin, bundan 20 yıl sonra büyük ölçüde gerçekleştiği açıktır. “Yeşil Kart” ve “Aile Hekimliği” kavramlarını da içermesi açısından söz konusu dokuman son derece önemlidir ve şu hedefleri içermektedir:

a) Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun genel sağlık güvencesine alınması (Bu dönemde birinci basmak hizmetlerinde eşitlik ve ücretsiz hizmet modelini hayata geçirmek iddiasıyla 1992 yılında “Yeşil Kart” uygulaması başlatılmıştır).

b) Birinci basamak hizmetler için kentsel alanlarda kişi başına ödeme ilkesini benimseyen “Aile Hekimliği” ( Sağlık Ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayanan sistemin yerleştirilmesidir).

c) Mevcut Hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması( Devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla da özelleştirilmesidir).

d) Hizmeti sunanlarla satın alanların birbirinden ayrılması ve hizmet sunucuların aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dahili piyasanın oluşturulması (Genel Sağlık Sigortası üzerine oturtulmuş, özel sigortacılık ve cepten ödeme).

1. **Altıncı dönem (2000 ve sonrası)**

Bu döneme damgasını vuran hiç kuşkusuz Sağlık Bakanlığının 2003 ‘de yayınladığı “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ile “Kürek Çeken değil, Dümen Tutan Bakanlık” (Ulutaş,2011)şeklinde tanımlanan bir duruma gerilemiş olmasıdır. Tamamen serbest piyasa mantığıyla sağlık hizmetlerini metalaştırarak sağlık hizmet kuruluşlarını kar amaçlı işletmeye dönüştüren Sağlık Bakanlığı (2003) tarafından halkın sağlık düzeyini yükseltmek iddiası ile Dünya Bankası desteği ile hazırlanan ve ilk bakışta son derece cazip görünen SDP’ nin temel ilkeleri şunlardır (Akdağ,2007) :

a)Sürdürülebilirlik ( Sistemin bünyeye uygun olması; kendini beslemesi ve devam ettirebilmesi)

b)Sürekli kalite gelişimi ( Geri bildirimlerle sürekli daha iyiyi arama, hatalardan öğrenme)

c) Katılımcılık (Kaynak birliğini sağlamak üzere tüm paydaların görüş ve önerilerinin alınması)

d)Uzlaşmacılık (çatışma yerine uyumlu çalışma için ortak noktaları arama)

e) Gönüllülük (Hizmet alan ve veren kesimlerin zorunluluk yerine isteyerek sistemde yer alması)

f)Güçler Ayrılığı (Sağlık hizmetlerinin finansman, denetim ve hizmet birimlerinin birbirinden ayrılması)

g) Desantralizayon (Yönetsel ve parasal bakımdan bağımsız birimler kendi kararlarını daha hızlı ve uygun olarak verecekler)

h) Hizmette rekabet (Sağlığın tekel olmaktan çıkarılması, kaliteli ve verimli çalışma ortamı yaratılması)

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri aşağıda sıralanmıştır (Akdağ,2007):

1. **Sağlık Bakanlığı** : Planlama ve denetlemeden sorumlu stratejik bir örgüt olarak sağlık hizmetlerinin tek elden daha etkin bir biçimde yürütülmesini sağlayacaktır. Öncelik birinci basamak/ koruyucu hizmetlere verilirken, kalitenin izlenmesi, kuruluşların akreditasyonu, uzmanlara lisans verilmesi v.b. sorumlulukları da yerine getirecektir.
2. **Genel Sağlık Sigortası**: SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR gibi ayrı kuruluşlarca sunulan hizmeti aynı çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, programın vatandaşlardan ödeme gücü oranında katkıda bulunmalarını öngörmektedir.
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi.
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü.
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kuruluşları.
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

Söz konusu bileşenlerin hepsinin çok önemli olduğu açıktır. Özellikle bilgi çağında sağlık bilgi sisteminin önemi büyüktür. Sağlık Bakanlığının satın aldığı gelişmiş bilgisayar programlarının daha etkili hizmet sunmak amacıyla görsel medyada yer alması kamu oyunu bilgilendirme olduğu kadar etkileme amacı da taşımaktadır. Ancak en yaygın şekilde halka dokunan hizmet Aile Hekimliği ve 2012 de sona eren Yeşil Kart’tır.

**Genel Sağlık Sigortası**

 1946 yılından beri çıkarılmaya çalışan “Genel Sağlık Sigortası” (GSS) yasası 2008 de yürürlüğe girmiştir. Ancak yine ilk başlangıç hedeflerinden çok uzakta tamamen özel sigortacılık temelinde bir sistem getirildiği için eleştirilmiştir. Çünkü sigortanın kapsadığı temel teminat paketi daraltılmış ve cepten ödemeler arttırılmıştır. Cepten ödeme gerektirmesi yoksulların yine sağlık hizmetine erişememesi ile sonuçlanmıştır. Kaldı ki kayıt dışı çalışanların çok yüksek oranlara ulaştığı ülkemizde prim ödeyerek çalışan sayısı çok sınırlı olduğundan, oranı %12.% varan sigorta primlerinin ödenmesi mümkün olamamaktadır. Sadece en yoksul olup “asgari ücretin üçte birinden daha az geliri olanların” primlerinin devlet tarafından ödenmesi söz konusudur (Yenimahalleli-Yaşar (2008). Bu da aslında devlet yardımlarına bağımlı vatandaş sayısını arttırarak ekonomiye olumsuz etki yapmakla birlikte siyasal iktidarlara olumlu yansıdığından sürdürülmektedir. Öte yandan çalıştığı halde prim borcu olanların GSS den yararlanması mümkün değildir. Bu da adaletsizlik yarattığı için eleştirilmek zorundadır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, yürürlüğe girdiği 01.10.2008 tarihinde, mevcut SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigortalılarını;15.01.2010 tarihi itibariyle de kamuda çalışanlarını kapsamına alırken ; 1992 yılından beri uygulanan Yeşil Kart sistemine de 1 Ocak 2012 de son verilmiştir.

1995 yılında 1.7 milyon kişi yeşil kart sahibiyken, bu sayının 2010 yılında 10 milyonu aşması tüm iktidarların sağlık aracılığıyla oy devşirmeye çalıştıklarının göstergesidir. Çünkü iktidarlar, tüm vatandaşların vergisiyle toplanan paralarla istihdam yaratıcı yatırımlar yapmak yerine kendine bağımlı nüfus yaratma politikasını tercih etmektedirler. Öte yandan yoksulların tam tespit edilememesi nedeniyle kötüye kullanımlar da artmıştır. Bu nedenle çok sayıda Yeşil Kart iptal edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası’nda yapılan düzenlemeler çerçevesinde, aslında 1 Ekim 2010’da kaldırılması öngörülen Yeşil Kart, genel seçim sonrasına ve 1 Ocak 2012 tarihine ertelenmiştir. Nitekim En son, büyük bir grup olan yeşil kartlıların 01.01.2012 tarihi itibariyle Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmasıyla, kapsam dışı kalanların sayısı oldukça azalmıştır. Ayrıca 2013 de özel banka ve oda sandıklarının da Sosyal Güvenlik Kurumuna(SGK) devredilmesi öngörülmüştür.

Yeşil kart sahiplerinin bilgileri, olduğu gibi SGK veri tabanına aktarılmıştır. Böylelikle 01.01.2012 tarihi itibariyle GSS’li olan yeşil kart alan vatandaşların, yeşil kart vizeleri doluncaya kadar herhangi bir işlem yapmalarına gerek olmaksızın yeşil kart sağlık hizmetlerinden yararlanmaları mümkün kılınmıştır.

 **Aile Hekimliği**

SDP ile birlikte 2004 yılında çıkarılan 5238 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” ile bazı illerde uygulanmaya başlamıştır. Bu uygulama başlangıçtan itibaren çeşitli nedenlerle eleştirilmiştir. Bu eleştirilerin başında kuşkusuz sağlığın metalaşması gelmektedir. Çünkü uygulama ile SSK ya bağlı 148 hastane ve 370 sağlık tesisi ve 56.000 sağlık personeli Sağlık Bakanlığına devir edilmiştir. Bir tür “Ver Kurtul” (Fişek,2004) mantığı ile “Sosyal Güvenlik Kurumu” (SGK) kurularak tüm sağlık hizmetleri tek bir şemsiye altında toplanmıştır. Aslında bu birleştirmenin özlenen bir şey olmasına rağmen, sağlık hizmetinin kamu hizmeti olmaktan çıkarılıp özelleştirilmesini desteklemek üzere gerçekleştirilmesi eleştirilmek zorundadır. Çünkü sağlığın serbest piyasanın acımasız koşullarına terk edilmesi, piyasada alınıp-satılan bir hizmet haline dönüşmesi, yani metalaşmasının önü tamamen açılmış olmaktadır.

Temel sağlık hizmetlerinin önemli bir ayağı da Aile Hekimliğidir. Daha doğrusu temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek için aile hekimliği tasarlanmıştır. Amaç devletin sorumluluğu vatandaşla paylaşmasıdır. Bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından sağlık hizmeti alabilmeleri ve dolayısıyla daha sıkı ve iyi bir doktor hasta ilişkisi sağlanacağı temel savlardır. Aile Hekimliği sistemine Türkiye’de 2004 yılında ilk pilot bölge olan Düzce’de başlanmış ve zamanla tüm Türkiye’ye yayılmıştır. Bu sistemin sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ile pek çok benzer yönü olmakla birlikte, aralarındaki en temel fark, nüfusa göre ekip halinde çok amaçlı hizmet vermektir. Hatırlanacağı üzere sağlık ocaklarında hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve şoför kadroları bulunmakta iken adından da anlaşılacağı üzere aile hekimliği tamamen hekim üzerine oturtulmuştur. Bu sistemde temel olarak birinci basamak sağlık hizmetinin sunulması hedeflenmiştir. Etkili ve kaliteli sevk zincirinin oluşmasında hastanın seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti alması kuşkusuz önemlidir. Aile hekimliği sistemini desteklemek üzere ayrıca Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur. Bu merkezlerde koruyucu sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde vermek üzere “halk sağlığı” uzmanlarının istihdamı oldukça önemlidir. Kişilerin yararlanabilmek için aile hekimlerine kayıt yaptırmaları gereklidir. Ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir.

Aile hekimleri tam gün çalışmaktadırlar ve aile hekimliği uzmanlık derecesine sahiptirler. Başlangıçtaki pilot uygulamada sağlık bakanlığı personeli kamudaki memur kadrolarını koruyarak bu göreve atanmışlardır. Sistemin özünde aile hekimlerinin valiliklerle sözleşmeli elaman olmaları vardır ve bu aslında birinci basamak sağlık hizmetlerinden büyük ölçüde devletin çekilmesi anlamına gelmektedir. Öte yandan sözleşme ile çalıştırılan hekimlerin iş güvenceli istihdamı sona ermiş bulunmaktadır.

Aslında sistemin işleyişi, hekimlerin iş yükü fazlalığı ve düşük kalite hizmet sorunları yüzünden toplumda yeni sorun kaynağı olmaya başlamıştır. En son 2015 Haziran ayında aile hekimleri acillerde gece nöbeti tutma ve hafta sonu çalışma zorunluluğu getirilmesine tepki göstermişlerdir. Öte yandan kayıtlı hasta sayısı iki aydan uzun süre 1000 ‘in altına düşen aile hekiminin uyarıya gerek duyulmadan sözleşmesinin fesih edilerek yerine sıradaki başka bir hekimin atanması da bir çok durumda suiistimale açıktır. Çünkü halkın kabul etmemesi ve hizmet talep etmemesinin sebebi her zaman hekim olmayabilir. Nüfusun kompozisyonu kadar bölgenin konumu da aile hekimine başvuruları olumlu veya olumsuz etkileyebilir. Örneğin yaşlı ve yerleşik nüfus bölgelerinde kronik hastalıklar nedeniyle aile hekimine başvuru daha fazla olabilir. Buna karşılık genç ve aktif nüfusun yoğun olduğu yerlerde çalışanlar başka merkezlerden hizmet alma şanslarını kullanabilirler.

Aile hekimliği sisteminde yer alan diğer bir pozisyon ise, “Aile Sağlığı Elemanı” olmaktır. Ebe, hemşire ve sağlık memurları aile sağlığı pozisyonuna sözleşmeli olarak atanmakta ve hekimin astı konumunda çalışmaktadırlar. Bu hekimin işveren veya patron olarak aile sağlığı elemanlarına iş vermesi durumu kuşkusuz eleştiriye açıktır(Hamzaoğlu ve Yavuz,2006).Çünkü sağlık ocaklarında hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ekip halinde çalışırken de hekimin işbölümü ve hiyerarşide üst olma konumu vardı ve fakat tüm çalışanlar memur olarak iş güvencesine sahip idiler. İşte hekimin ve sağlık elemanlarının hepsinin sözleşmeli çalışması sağlığın piyasalaşması yani sağlık hizmetlerinin piyasada alınıp satılmasıdır. Bu durum hekimler ve diğer personel ne kadar idealist olurlarsa olsunlar kendi çıkarlarını korumak için hastalara insan yerine müşteri olarak bakmak ve geleceklerini riske atmamak için çeşitli mekanizmalara ister istemez başvurmak demektir.

Öte yandan, halk sağlığı ve aile hekimlik uzmanlık alanları arasında rekabet olması da eleştiriye açıktır. Çünkü birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde de ikinci basamak tedavi hizmetlerinde olduğu gibi uzmanlıklar arası rekabetin hizmette verimliliği düşürme riski bulunmaktadır(Aydın, 2007). Sonuç olarak devletin sağlık hizmetlerini kamusal bir sorumluluk olarak gördüğü sağlık ocağı sisteminden aile hekimliğine geçiş, aslında piyasa mantığı ile yeni bir sağlık hizmet örgütlenmesidir. Hizmetler hemen hemen aynı kalırken hizmet veriliş biçimi özelleştirilerek değiştirilmiş olmaktadır.