

DOKTORLAR

Doktorlar sık sık duygusallıktan yoksunlukları, rüşvetle ilgili kokuşmuşlukları yada aşırı tutkunlukları yüzünden kınanırlar. Ancak onlar; bize hayatlarının ilkbaharını feda ettiklerini, öbür insanlara yararlı olmak üzere yirmili ve otuzlu yaşlarında en değerli yıllarını tümüyle yitirdiklerini hatırlatmazlar bile. Dahası pek çok yokluğa göğüs germiş, çoğu doktor bütün bu zaman dilimleri içinde bir düzine geceyi bile gerçek uykuda geçirmemiştir. Pek çoğu bu yolda evliliklerini kurban etmiş ve çocuklarının büyümesini izlemenin benzersiz fırsatını kaçırmışlardır. Bu nedenle doktorlar Dünya'nın kendilerine zenginlik, saygınlık ya da toplumsal yer sağlamak gibi bir bedeli borçlu olduğunu savunduklarında onların bu istekleri tümüyle nedensiz değildir. Ayrıca asık suratlı istatistikler göstermektedir ki, doktorlar sık sık hastalarından daha kötü acılar çekerler. Çünkü kimse yıkılan bir evliliği onaramaz ya da babasının sürekli savsaklamaları yüzünden yıkıma uğramış çocukların ahlakını düzeltemez veya çocukluklarını geri getiremez.

ERICH SEGAL

TAM GÜN ve GENEL (YENİ) SAĞLIK POLİTİKALARININ SAĞLIĞA, SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ve NÖROŞİRÜRJİYE ETKİSİ

Bu yazı 7-9 Aralık 2007 tarihinde İstanbul'da düzenlenen Türk Nöroşirürji Derneği birleşik sempozyumunda yapılan konuşmanın bir özeti olarak hazırlanmıştır.

TAM GÜN**GEÇMİŞTE TAM GÜN UYGULAMALARI:**

İlk olarak 25. 06. 1965 yılında yeterli hazırlık yapılmadan kamu hastanelerinde çalışan hekimlere Tam Gün Çalışma Yasası çıkartılmıştır. Ancak uygulamada başarılı olunamadığı için kısa bir süre sonra vazgeçilmiştir.

İkinci uygulama 1978 yılında yapılmıştır. Bu uygulamada 12 Eylül Hükümeti tarafından 31.12.1980 tarihinde Tam Gün Yasasının mali kazanımlarını ortadan kaldırarak yürürlükten

kaldırılmıştır. Fakat haftalık 45 saatlik çalışma muhafaza edilmiştir. Buna ek olarak mecburi hizmet yasası çıkarılmıştır.

HEKİMLER NİÇİN MUAYENEHANE AÇIYORLAR VEYA EK İŞ YAPIYORLAR?

1-Uygulanan sağlık sistemleri ile hekimler arasında olan gizli anlaşma. Yani sistemin biz size hak ettiğiniz ücreti veremiyoruz. Sizde muayenehane açın veya özel merkezlerde çalışın kendi başınızın çaresine bakın mantığıdır. Son yıllarda bu açık döner sermaye ile kapatılmaya çalışılıyor.

2- Hekimlerin siyasi iktidarların uyguladığı sağlık sistemine olan güvensizliği.

3- Ekonomik nedenler.

TAM GÜN YASASINDA SAĞLIK BAKANLIĞI NASIL BİR UYGULAMA ÖNGÖRMEKTEDİR.

Tam gün yasası, **Sosyal Güvenlik Yasası** ile yakından ilişkilidir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, bütçe görüşmelerinde Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası'nın **Kasım 2007 sonuna** kadar TBMM gündemine taşınacağını ifade etmiştir. Tam günle ilgili Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile görüşmeler de sürdüğü için henüz **tam metni ile bir taslak oluşmuş değildir**. En son olarak taslağın iki ay içinde kamuoyuna açıklanacağı bildirilmiştir.

YASA KİMLERİ KAPSIYOR?

Öncelikli olarak kanun; üniversite hastanelerinde çalışan hekimler, askeri hekimler, dış hekimleri de dahil olmak üzere **kamuda çalışan tüm hekimleri** kapsıyor. Sağlık Bakanlığının açıklamasına göre kanun yasalastıktan sonra hekimlere 6 ay süre verilecek. Yani pratik olarak tam güne geçiş, kanun çıktıktan 6 ay sonra başlayacak.

YASANIN ÇIKMAMA OLASILIĞI VARMI?

Bakanlık tam gün yasasını sağlıkta reformun önemli bir parçası olarak gördüğü, son 30 yılda özel sektör son derece gelişmiş ve yaygın bir durumda olduğu için, son yıllarda uygulanan performansa yönelik döner sermayeyle tam günün altyapısı daha hazır hale geldiğinden **BAKANLIĞA GÖRE GERİ DÖNÜŞ YOK**.

ÖZLÜK HAKLARI:

Tam güne geçişte en çok merak edilen konu **özlük haklarında** ne gibi düzenlemeler yapılacağıdır.

Maaş:

Maaş ve performans gelirlerinin içindeki emekliliğe de yansıtılacak olan "garanti ücret" in, yani maaşın düzenlenmesi gerekiyor.

Bakanlık da özellikle özel sektöre geçişin önlenmesi için en önemli faktörün maaş olacağını biliyor.

Ancak burada tam yetkili olarak Sağlık Bakanlığının "**son karar verici**" olmaması ve maaşların Maliye Bakanlığıyla birlikte belirlenecek olması, Sağlık Bakanlığının bu konuda rahat hareket etmesini engelliyor. Bu konuda net bir durum ortaya çıkmış değil. Bu yüzden yasanın çıkması konusunda bir tıkanma süreci yaşanıyor.

Nöbet Ücreti:

Şu an nöbet ücretleri sembolik bir rakam ve hiçbir anlamı yok. Buna yönelik düzenlemeler yapılarak, nöbet ücretlerinin de "**anlamli bir rakam**" a çekilmesi düşünülüyor.

Hastanede Mesai saatleri dışında hasta bakılmasına müsaade edilecek mi?

Daha önce vardiya denenmişti. Bu durum şu anda kanunla düzenlenmeyecek. Aksine üniversitelerde uygulanan özel hasta bakma uygulaması da kaldırılacak.

SGK, Muayenehanelerle anlaşma yapacak mı?

Bir diğer konu SGK'nın muayenehanelerle anlaşma yapıp yapmayacağı. Bu konuda tavır net: **Muayenehanelerle kesinlikle anlaşma yapılmayacak.**

ÖZELLERDE FARK:

Ayrıca yine Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası'yla özel sektörün alacağı farklarla ilgili de düzenlemeler tam günü yakından ilgilendiriyor. Bu konuda Sağlık Bakanı Recep Akdağ, özel hastanelerin alacağı farklara bir üst limit getirileceğini söylemişti. **En son olarak %20'lik bir fark öneriliyor.**

TAM GÜNE NEDEN HAYIR

- Mevcut sistemde kamuda çalışanlara muayenehane yasağı getirilmesi halinde hekimlerin özlük-ekonomik haklarına darbe indireceği için
- Hekimlik belirli saatler arasında yapılan bir iş değildir. Getirilmek istenen tam gün ile muayenesi olan hekim arasındaki çalışma saat farkı sadece 1 saattir. Hekimin işi ile ilgili 24 saat çalışan veya çalıştırılan bir beyni vardır. Başka hiçbir meslekte böyle bir durum yoktur. Bugüne kadar uygulanmak istenen sistemin amacı hekimleri vasıfsız devlet

memuru düzeyine indirgemektir. Klasik ve vasıfsız devlet memuru olmak istemediğimiz için

- Performans uygulamasının devamlılığı şüpheli olduğu için, hekimlerin ücretlerinin iyileştirilmesi öngörülmediği için
- Gerek kamuda gerekse özel sektörde çalışanlara grevli toplu iş sözleşmeli sendika hakkı tanımadığı için
- Özel hastanelere veya kamuya geçişi zorlamak etik olmadığı için
- Hasta hakları çiğneneceği için
- Muayenehanelerin ekonomiye önemli katkısı vardır. Özel muayenehanelerde çalışan binlerce sekreter-işçi, işsizler ordusuna katılacağı için
- Kamudan ve Üniversitelerden boşalacak olan hekim kadrosu özele kayacak. Böylece Bakanın yıllardır söylediği hekim açığı sorunu kendi politikalarıyla daha da artacağı için
- Tam Gün Uygulaması ile kamu hastanelerinin özelleştirilmesinin yolu açılacağı ve ithal hekim çalıştırmanın aracı olacağı için
- Hekim ve hasta arasındaki para ilişkisi ortadan kalkacak, ancak kurum-hasta arasında para ilişkisi başlayacak ve bu dolaylı yoldan hekimlere de yansıtacağı için **HAYIR!**

TAM GÜNE NEDEN EVET:

- Kamu veya özelde hekimlerin ekonomik ve özlük haklarını güvence altına alan,
- Döner sermaye katkı paylarını emekliliğe yansıtan,
- Grevli toplu iş sözleşmeli sendikal hakların olacağı,
- Hekim-hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldıran,
- Muayenehanelerin de sosyal güvenlik kurumları ile anlaşma yapmasına olanak sağlayan,
- TTB, Tabip Odaları, uzmanlık dernekleri ve sendikalar gibi meslek örgütlerinin uygulanan sağlık politikaları, ekonomik ve özlük hakları konusunda etkin olacağı bir tam güne **EVET**

YENİ SAĞLIK POLİTİKALARININ SAĞLIĞA, SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ve NÖROŞİRÜRJİ UZMANLARINA ETKİLERİ

YENİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla yürütülen “sağlık reformu” aslında sağlık alanında 1980'den beri sürmekte olan dönüşümün yani IMF ve Dünya Bankası politikalarının, tek başına iktidar olmanın avantajıyla hızlandırılmasıdır. Buna “neoliberal” reformların sağlık alanına yansımaları diyebiliriz.

NELER YAPILDI?

- 1- Sağlık finansmanına ciddi bir müdahalede bulunuldu.
- 2- GSS Yasası çıkarıldı. Bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi'nce iptal edildi.
- 3- Kamu çalışanlarının, özel sağlık kurumlarından yararlanmasına olanak veren düzenlemeler yapıldı.
- 4- Sağlık hizmetlerinin satın alınma süreci hızlandırıldı.
- 5- SSK Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na devredildi.
- 6- Kamu sağlık kurumlarının, özellikle devlet hastanelerinin, uzun süreliğine kiralanması yolunun önü açıldı.
- 7- Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında bir yasa çıkarılarak aile hekimliği sistemi gündeme getirildi. Sevk zinciri ortadan kaldırıldı.
- 8- Sağlık çalışanları için “sözleşmeli personel” uygulaması yaygınlaştırıldı.
- 9- Daha önce yürürlükten kaldırılan mecburi hizmet yasası tekrar uygulamaya sokuldu.
- 10- Performansa dayalı ücretlendirmeye geçildi. Daha çok performans yapan hekim muayenehanesi olduğu için veya özelde çalıştığı için daha az döner sermaye aldı.
- 11- SSK'luların serbest eczanelerden ilaç alması bir başka değişiklik olurken, yeşil kartlıların yatarak ve ayakta bakım hizmetlerinin de ücretsiz karşılanması diğer önemli gelişme oldu.

BU UYGULANAN POLİTİKALAR SAĞLIKTA NASIL BİR DEĞİŞİKLİĞE YOL AÇTI?

1. Sağlık harcamaları, son 25 yılın en büyük meblağına ulaşmıştır. 1980'de 2.5 milyar dolar olan, 2002'de ise 10 milyar doları bulan sağlık harcamaları, 2004'de 19 milyar dolar sınırına dayanmıştır. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı, bu dönemde ciddi bir artış göstermiştir. Bu artışta temel kaynak, sosyal güvenlik kurumlarının artan harcamaları ile kamu sağlık kurumlarındaki döner sermayedir.

2. Kamu sağlık harcamaları, 2004-2006 arasında neredeyse patlama yapmıştır. 2004'de 1.9 milyar YTL olan bütçe sağlık harcamaları, 2006'da 4.8 milyar YTL'yi aşmıştır. Bu artış irdelendiğinde, aslan payının Yeşil Kart harcamaları olduğu görülür. 2004'de %19 olan yeşil kart harcamalarının bütçe sağlık harcamaları içindeki payı, 2006'da %57'ye dayanmıştır.

3. Sağlık hizmeti sunumunda ciddi bir artış yaşanmıştır. Örneğin, hastanelerdeki poliklinik sayısı 2001-2005 yılları arasında 120 milyondan, 187 milyona fırlamıştır. İlginç olan, yıllık artış hızlarındaki patlamadır: 2001-2002 arasında Sağlık Bakanlığı ayaktan bakım hizmetleri sadece %2.3 artarken, 2003-2004 arasında %41'e, 2004-2005 arasında ise %149'a tırmanmıştır. Yatan hasta artış oranları da, benzer bir seyir izlemiştir. Sağlık ocaklarındaki hizmetlerdeki artış da, hastanelerden geri değildir. 2001'de 58 milyon olan sağlık ocağı poliklinik sayısı, 2005'de 105 milyonu bulmuştur. Aynı sürede, laboratuvar işlemleri %47 oranında artmıştır.

4. Uygulanan bu sağlık politikaları hakkında toplumun memnuniyeti nasıldır? Bu konuda, Milliyet Gazetesinin 2007 başında 30 ilde yaptığı bir araştırmanın verileri; Çalışmaya katılanların %63'ü "SSK ve devlet hastanelerinin birleşmesi"ni olumlu bulurken, %64'ü de "sosyal güvencesi olanların, özel sağlık kurumlarından yararlanabilmesi"ni olumlu bulmuş. "Özel eczanelerden ilaç alabilmeyi" olumlu bulanların oranı %68. Yeşil Kartlılarda bu oran, %80'i bulmakta. Kısaca araştırmaya katılanların 2/3'ünün, özellikle de yoksul kesimlerin, Hükümetin sağlıktaki adımlarından memnun olduğunu söyleyebiliriz.

5. Sağlık çalışanları ve hekimlerin durumuna gelince, 1990-2003 arasında reel gelirlerde-kamu ve özel-azalma olduğunu söylemek durumu özetlemekte. Ancak "performans" uygulamasından sonra, özellikle

hekimlerin gelirlerinde ciddi bir düzelme sağlanmıştır. Örneğin, 2005 yılı ortalama uzman hekim performans geliri-maaş dışında- 2850 YTL, 2006'da 3830 YTL kadar olmuştur. Reel gelirleri 1990-2002 arasında gerileyen hekimlerin, genel olarak "performans" sonrası aldıkları gelirden hoşnut olduğu söylenebilir.

SAĞLIK POLİTİKASI İYİ, HERKES MEMNUN, İŞİN DİĞER TARAFINDAN BAKALIM GELİNEREN DURUM GERÇEKTEN BU KADAR İYİ Mİ?

1-Kamu finansmanına yüklenerek, kamu sağlık yatırımları artırılmış mıdır?

HAYIR! Son 25 yılda kamu sağlık harcamaları 7 kat artmıştır. Buna karşılık son 25 yıllık dönem verilerine bakıldığında kamu sağlık yatırımlarının durma noktasına geldiği, dolayısı ile kamu sağlık kurumlarının çökme durumuna geldiği görülür.

2-O zaman, artan bu para nereye gitmiştir?

A-Özel sağlık sektörüne. 2000 yılında %24 oranında hesaplanan kamudan özele kaynak aktarımı, 2003'de %37'ye ve 2005'de %47'ye ulaşmıştır. Bu yüksek miktarlar hizmetin niteliğine yansımamıştır. Yani, yaklaşık 20 milyar dolarlık sağlığa akan paranın yarısı, özele aktarılmıştır. Buna rağmen sağlık hizmetinin yaklaşık %80'ini kamu kurumları sağlamaktadır.

B-İlaç ve tıbbi malzeme harcamalarındaki patlama olmuştur. Tüketici fiyatları ile 2004'de 4.1 milyar dolar olan toplam ilaç harcamaları, 2005'de 9 milyar doları bulmuştur. Bu miktarın 3 milyar dolarlık kısmı, doğrudan ithalattır. Yine, kamunun bu harcamalardaki payı, oldukça yüksektir. 1999'da 1 milyar YTL'nin biraz altında gerçekleşen kamu ilaç harcamaları, 2006'da 10 milyar YTL sınırına dayanmıştır. SAĞLIK TÜKETİMİ başlamıştır.

3-Birleşme sürecinden sonra SSK ne olmuştur?

SSK üzerinden satın alma modeli geliştirilmiştir. 1995'de %20'lerde olan SSK'nın hizmet satın alma oranı devirden sonra, %95'lere vurmuştur. 2004'de 6.5 katrilyon YTL'yi aşan SSK sağlık harcamaları, 2006'da 9.5 katrilyon YTL sınırına dayanırken, SSK ilaç harcamaları aynı dönemde 2.7 katrilyon YTL'den 4.8 katrilyon YTL'ye fırlamıştır. Bu durum eczacı ve çalışan sayısı artırılarak çözülebilirdi.

4-Kamu kurumlarına borçlar azalmış mıdır?

HAYIR! 2006 itibarıyla, kamu kurumlarının Devlet ve Üniversite Hastanelerine olan borçları 5 milyar YTL' yi aşmıştır. Bu borç, söz konusu sağlık kurumlarının, zaten kırılğan hale getirilen yapısını, birçok kuruma borçlanması nedeniyle daha da zora sokmuştur. Bundan dolayı bir kısmı çeşitli sağlık kurumlarına hizmet vermemiştir.

5-Hizmet sunumundaki artış kamu ve özele nasıl yansımıştır?

ARTMIŞTIR. Bu durum Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile sağlık ocaklarında uygulanan “performans” uygulamasına bağlı suni bir şişkinliktir. Özeldeki artış oranı %145'dir (Sağlık Bakanlığı için bu oran %149). Özele sevkle desteklenen özel sağlık sektörünün önünün açılmasına rağmen poliklinik hizmetleri de dahil olmak üzere özellikle ameliyat oranları açısından kamu sağlık kurumları çok daha fazla hizmet vermektedir. Sağlık hizmetinin yaklaşık %80'ini kamu karşılamaktadır.

6-Koruyucu sağlık hizmetleri ne olmuştur?

AZALMIŞTIR. Dönüşümde hiç sözü edilmeyen bir başka faktör de koruyucu halk sağlığı hizmetlerinin sekteye uğratılmasıdır. Türkiye'nin göbeğinde, Ankara'da kolera salgını çıkmış, yetkililer, “bu bakanlığımızın değil, belediyelerin sorumluluğudur” diyebilmiştir. Bu söz, aslında koruyucu hizmetleri değil, tedavi hizmetlerini merkeze alan bir sağlık anlayışının en net ifadesidir.

7-Sağlık ölçütleri değişmiş midir?

HAYIR! Sağlık ölçütlerindeki durum da, çok yüz güldürücü görünmemektedir. Son 25 yılda, sağlık ölçütlerinin iyileştiği doğrudur, ancak, kır-kent, doğu-batı, zengin-yoksul vb. eşitsizlikleri derinleşmektedir. Sağlıkta dönüşüm iddiasındaki bir müdahalenin bu eşitsizlikleri azaltmayı hedeflemesi ve azaltması gerekir. Oysa, böyle bir tespit söz konusu değildir. Tam gün uygulaması ile doğuda hekim açığı daha da artacaktır.

Özelleştirme ülke düzeyinde eşit olarak dağılmamıştır. Ciddi bir Kent-Kır, Batı-Doğu eşitsizliği söz konusudur.

8-Hekimlerin gelirleri ne olmuştur?

Performans artışı gelirleri arttırmıştır. Ancak

hekimlerin gelirlerinin artışı gerek eşitsizliği derinleştirici yönü, gerekse kullanıldığı kaynaklar açısından sorunludur. Örneğin bir uzman hekim-hemşire maaş farkı 2 katı bulmazken, performans dayalı ek ücrette bu farkın 20-30'lu katlara ulaşması söz konusudur. Aynı eşitsizlik, hekimler arasında da, “işletmeye kazandırdıkları para kadar ek gelir elde etme ilkesi” bağlamında geçerlidir. Bu tablo, diğer bileşenlerle birlikte, ekip hizmetini tahrip edicidir.

SAĞLIKTA SON DURUM NEDİR? BİZİ NELER BEKLEMEKTEDİR?

1- Sağlıkta “DESANTRALİZASYON” başlamıştır. Bu durum aslında sağlığı tek çatı altında değil, çok parçalı hale getirme operasyonudur. Yani Sağlık Bakanlığının işlevinin azalmasıdır. Sağlıkta piyasalaşması açısından, 6 bin 200 sağlık ocağı yerine 20-25 bin birinci temas yeri/muayene birimi olması, 1000 civarında hastane yerine 30-40 bin klinik/ayrı tedavi birimi olmasından daha “mantıklı!!!!” bir şey yoktur. Bunun sonucunda SAĞLIK TÜKETİMİ olacaktır. Bunun beyin cerrahlarına yansması daha fazla tetkik, daha fazla sarf ve tıbbi malzeme kullanılmasıdır.

2. Sağlık hizmetlerindeki yetki kamudan alınarak önce yerel yönetimlere daha sonrada özel sektöre verilecektir. Kamu hastaneleri işletmeleştirilecektir ki, kamu-özel farkı kalmasın, kamudan özele kaynak aktarma modeli daha da rahat işlesin. Bunun için önce özel sigorta şirketleri piyasaya sürülecek. Daha sonra sağlık kurumlarının mülkiyeti şirketlere veya şahıslara devredilecektir. Bu arada temizlik, yemek, güvenlik, vs., gibi işler taşeron şirketlere verilecektir. Daha sonrada sağlık çalışanları özelleştirilecektir. Genelini yaşayacağı bu sorunları beyin cerrahları da yaşayacaktır.

3. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, işin kritik noktasıdır. Vergi temelli finansman modelinden sigorta temelli sağlık finansmanına geçilmesidir. Bugüne kadar, SSK'ya el koyarak, yani işçi sınıfının birikimlerini kullanarak, sağlığa ciddi bir kaynak ayrılmış oldu. Böylelikle, “neoliberal” dönüşümün sıkıntılarını ertelemiş de oldular. Ama bir süre sonra ciddi bir kaynak problemi olacaktır. Kaynak kullanımı için hastanelerin ve/veya arsalarının satılması hızlandırılabilir.

4. Üniversiteler, sadece sağlık açısından değil,

yönetim açısından da hedefdir. Bu konu ayrıca tartışılması gerekir, ama burada önemli olan durum şudur. Sosyal güvenlik kurumlarının kaynaklarını aktarmayarak, döner sermaye paralarının önemli bölümüne el koyarak, personel alımına engeller çıkararak ve nitelikli personelin daha iyi maddi koşulların olduğu diğer kamu hastanelerine ve özel sektöre kaçmasına göz yumarak, üniversite hastanelerinin küçültülmesi ve/veya çökertilmesidir.

5. Bir süre sonra yani sağlık harcamalarındaki delik büyüdükçe giderlerin azaltılması gerekecektir. Bunun için ilaçta olduğu gibi hizmet sunum provizyonu uygulamasına geçilecektir. İlaç ve hizmete ulaşmada bürokratik engeller oluşturulabilir. Yeşil kart sayısı sınırlandırılacaktır. Ama, kaçınılmaz olarak bir katkı payı getirilmesi yaşanacaktır. En son olarak ayaktan tedavide 2 YTL, ilaç ve protezler için %20'lik katkı payı öngörülmektedir.

6. Sağlık çalışanlarına gelince; onları sözleşmelilik bekliyor. Performans uygulaması aynı kalmakla beraber, uzun dönemde getirilerin azaltılması beklenebilir. Kamuda çalışan sayısı azalırken taşeron şirketlerde çalışan sayısı artacaktır. Bunun yanında çalışma koşullarının kötüleşmesi, fazla mesai, fazla mesaiye ücret vermeme, iş güvencesinin olmaması gibi sorunları da birlikte getirecektir. Kamuda kalan beyin cerrahları sonunda şirketlerin sözleşmeli çalışanı olacak, özeli tercih edenler ise ekonomik ve özlük haklarından yoksun iş güvencesiz olarak çalışacaklardır. Herhangi bir kriz ortamında ilk yapılacak olan hekimlerin ücretini vermemek veya düşürmek olacaktır.

7. “Tam gün”ü görmek, şaşırtıcı olmayacaktır. Kabaca söylenirse, aile hekimliğini tercih etmeyen pratisyen hekimlerin ve daha çok kazanma beklentisi olan ve Sağlık Bakanlığının baskılarından bunalan uzmanların özel sektörün bir parçası olması beklenecektir.

8. Bu durum, mevcut sendika ve meslek örgütlerinin altını oyacaktır. Kamuda çalışanlar için odalara üye zorunluluğu yoktur. Onları etkisiz, kitlesellikten uzak ve iktidarın “sivil uzantısı” haline sokmak, bakanlığın bir diğer ciddi hedefidir. Herkesin üye olabileceği sendikalar yerine her mesleğin veya her sağlık biriminin kendisini örgütleyeceği, ancak etkisiz bir örgütlenme modeli gelişecektir.

9. Sağlık hizmetine ulaşmadaki rahatlık, sevk zincirinin ortadan kaldırılmasıyla birlikte beyin cerrahi polikliniğine gelen hasta sayılarında artış olmuştur. Ancak bunların yaklaşık %80'i sağlık ocaklarında tedavi edilecek hastalardır. Eskiden olduğu gibi polikliniklerden ameliyat için yatırılan hasta sayısı göreceli olarak azalmıştır.

10. Hastalar artık şikayetlerini anlatma yerine direkt tetkik istemektedirler. Bu tetkik ise genellikle MR olmaktadır. Bunun nedeni sağlığı bilinçsiz kullanan hekim ve hasta kaynaklıdır. Özel kurumlarda çalışan hekimler için kuruma para kazandırmak için gereksiz tetkik istenmekte, hastalar ise gerek medyanın gerekse çevresinin etkisiyle şikayetini anlatmaktan ziyade direkt tetkik istemektedir. Bu özelde çalışan hekimler için memnuniyet verici bir durum, kamuda çalışan hekimler için sıkıntılı (hasta ile tartışma vs.) bir durum doğurmaktadır.

11. Sağlıkta tüketimin artması sonucu gereksiz tetkik isteme, fazla miktarda sarf malzemesi kullanımı, gereksiz ameliyat ve gereksiz implant kullanımı çok artmıştır.

12. Muayenehanesi olan hekim genel olarak diğerlerinden daha çok poliklinik hizmeti, daha çok ameliyat yapmasına, daha çok performans puanı almasına rağmen daha az döner sermaye almaktadır. Aradaki çalışma saati farkı ise sadece 1 saattir. Bazı bölümler için uygun olsa bile Beyin Cerrahisi'nin mesai saatleri arasında yapılacak bir iş olması düşünülemez.

13. Tam güne geçildiğinde hem sağlık bakanlığı hastanelerinde hem de Tıp Fakültelerinde nitelikli uzman kadrosunun bir kısmı özele geçecektir. Bu durum kamudaki hekim açığını arttıracaktır. Eğitim hastanelerine veya Tıp Fakültesi hastanelerine sevk oranı artacaktır.

KAYNAKLAR:

1. Ata Soyer: AKP'nin Sağlık Raporu, Evrensel Yayınları, 2007
2. TTB: Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, 2002
3. Ata Soyer: Sağlıkın Öyküsü, Sorun Yayınları, 2004
4. Ata Soyer: Sağlıkta Dönüşüm ve Sağlık Çalışanları, 2006
5. DPT: Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, 2005
6. Dünya Bankası: Türkiye Sağlık Sektörü Refoprmu, 2003
7. Sağlık Bakanlığı Verileri. www.saglik.gov.tr
8. www.medimagazin.com.tr
9. www.ttb.org.tr
10. www.ses.org.tr
11. Tıp Dünyası. Sayı:154