

**DERLEME****TÜRKİYE SAĞLIK ORTAMI VE TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ***Candan COŞKUN\*, Kayıhan PALA\*\****GİRİŞ**

Herkese eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, nitelikli sağlık hakkı sloganı TTB'nin savuna geldiği sağlık politikasının net ve çarpıcı olarak nitelenebilecek bir özetlemesidir. Kimileri sağlık dahil tüm alanlarda "produktivite" ve "kaliteyi" sadece kara dayalı modellerin sağlayabileceğini, "global değerlere" uygun olanın bu tür modeller olduğunu topluma pompalamaktadır. Oysa G-7'lerden, üçüncü dünya ülkelerine kadar tüm dünya deneyimi kanıtlamaktadır ki; sağlık sunumunda doğru modeller yarışmacı sistemler değil merkezi planlama ; kara dayalı sistem değil kamusal hizmet sistemidir. Bu gerçek hem Dünya Sağlık Örgütü tarafından savunulmakta (2000 yılında herkese sağlık) hem de gelişmiş bir çok Avrupa ülkesinden üçüncü dünya ülkelerine kadar dünyanın bir çok yerinde uygulanmaktadır. Sağlık sektöründe tek başına kara dayalı sistem uygulanan hiçbir ülke yoktur. Almanya'da, İngiltere'de, Kuzey Ülkelerinde sağlık sektörünün tümüne yakını, ABD'de hasta yataklarının % 60'dan fazlası kamu mülkiyetindedir.

TTB gibi sağlık sektörünün pratisyeni ve teorisyeni olan kadroların akademik meslek örgütünün, üyelerinin profesyonel mesleği olan bu alanda, bilimsel temele dayanan, genel toplumsal çıkarlara uygun doğruları sonuna kadar savunmasından doğru bir şey olamaz. Tüm ülke Fusun Sayek'in güzel tanımlamasıyla, "özelleşelim, güzelleşelim" masalına inandırılrsa bile iki kere iki beş etmez.

TTB, Türkiye sağlık ortamında yetki ve sorumluluk alanında olan konularda, savunduğu görüşlere karşılık gelen uygulamalar içinde olagelmıştır. Yetki alanına sahip çıkmak ve yetki alanını genişletici davranışlar sergilemek,

meslek örgütü olarak primer görev olduğu kadar, ülkemizde demokrasinin gelişimi için de sahiplenilmesi gereken bir roldür. TTB görev ve faaliyet alanı olan Türkiye sağlık ortamına, insandan, umuttan ve sevgiden yana yapması gereken katkıları arttırarak, güncelleştirerek yapmaktadır.

Dünyaya baktığımızda, sağlık sektörünün; önemi oranda kamusal alan olarak planlandığı, alanın özelliklerinden dolayı kapitalist ülkelerde eksik rekabet ortamı olarak kabul edildiği, tek başına liberal pazara bırakılmadığını görürüz. Sağlık tartışmasız en temel insan hakkıdır. Sağlık tüm çağdaş dünyada sosyal güvenlik sistemlerinin önemli bir bileşeni olarak ele alınmakta ve kimseye "paran kadar sağlık" denmemektedir.

**YENİ DÜNYA DÜZENİ VE SAĞLIK ORTAMI**

Sanki üzerinde yaşadığımız dünyamız eskiden dikdörtgenler prizmasıymış gibi şimdilerde küreselleştiği savlanmaktadır. Bunun adına da Yeni Dünya Düzeni (YDD) diyen sermaye, yaşamdan sağlığa kadar hiçbir insani hakkı sınır olarak tanımamakta, geçerli tek hakkın, ticari haklar olduğu bir dünya kurmayı hedeflemektedir. Dünya Ticaret Örgütü'nün yazdığı dünya ticaret anayasasının temeli tüm dünyayı pazar haline getirmektir. Kamu hastaneleri de çarkın dışında kalamamıştır. Günümüzde kamu hastaneleri de küresel pazarın parçasıdır ve bu kurumların bir çoğunda sağlık pazarlanmaktadır. Ne yazık ki; bu pazarın tezgâhtarlığı da komisyonla bazı "meslektaşlarımıza" yaptırılmaktadır.

Emekten yana duran TTB, bu duruma dur diyebilecek, nitelikli, kesintisiz sağlık hizmeti sunumu için planlayıcı ve çözüm üretici rolü sahiplenmeli ve bu tahlilden yola çıkarak belirlediği duruşu sürdürmelidir. Bu duruşun arkasını dolduracak şekilde bilimsel bilgi üretilmesi sürecinin merkezi olmalıdır.

\* Bursa Tabip Odası Başkanı

\*\* Bursa Tabip Odası 1994-1998 Dönemi Genel Sekreteri

Kamu sağlık sistemini oluşturan kurumları ayrı ayrı incelemek, farklı sorunlar yaşanan bu kurumların mevcut durumunu daha iyi sergileyecektir.

### DEVLET HASTANELERİ

Günümüzde devlet hastaneleri, uluslararası sermaye ve onun yerli uzantısı bazı "meslektaşlarımızın" da katkıları ile kamu sağlık fonlarının hortumlandığı yerlerdir. Hastanelerimiz büyük çoğunlukla sağlık hizmeti üreten kamusal alanlar olmaktan çıkmış, döner sermayeler eli ile kamu sağlık fonlarının, vakıflar, dernekler ve yüzdellik komisyonlarla halka kazık atılan yerler haline gelmiştir. Kaynaklarının %80'ini kamu sağlık fonlarının oluşturduğu döner sermayelerin, gelirlerinin % 22'si personele, %3.9'u demirbaş harcamalarına, kalan % 75'i ise sarf malzemesi alımına harcanmaktadır (Aytekin, H.; 2000). Örneğin bir laparoskopide kullanılan kullan-at malzeme için 1.5 milyar, bir kalça protezi için 2.5 milyar gibi rakamlar kamu sağlık sigortalarına fatura edilmektedir. Dünya fiyatları ya da daha ekonomik olacak eşdeğer ürünler değil, yüzdellik komisyonlar, yurtdışı geziler ve/veya kongreler(!) öncelikli olarak değerlendirilmektedir. Sonuç olarak tek kaynak olarak sunulan döner sermayeler -çalışanlara ödenen %20 dışında- YDD'nin özelleştirmeyi gereksiz kılacak kadar fazla karlılığını sağlamaktadır. Uygulanan ücret politikaları ile, bu çarkın dışında akademisyen veya hekim bırakılmaması sağlanmaya çalışılmaktadır. Mevcut durum kamu hastanelerinde, kamu sağlık fonlarının çökertilmesi için özel bir çalışma yürütülüyor izlenimini vermektedir.

Yukarıda örneklenen tıbbi sarf malzemesi ve örneklenmesi bile gerekmeden ilaç fiyatlarını onaylayan Sağlık Bakanlığı, 1984 yılında yapılan yasa değişikliği ile denetleme, planlama ve araştırma sorumluluğunu yerine getiremez, yetkisini kullanamaz duruma düşürülmüştür. Küreselleşen dünyada da balık baştan kokmaktadır. Bakanlık karışık pazar içinde kendisine sunulan fiyat tekliflerine 10 iş günü içinde itiraz etmezse kabul etmiş sayılmaktadır. Bu sürede bilinen bürokrasimiz ancak toplamların doğru olup olmadığını denetleyebilmekte ya da kendince döviz kuru ilan edip onun üzerinden yaptığı *çarpma* ile ulusal çıkarlarımızı korumaya çalışmaktadır. Oysa 1983-1995 yılları arasında dolar kuru 217 kat artmış iken "çok satan" bir çok ilacın fiyatı 550-600 kat artmıştır (TTB, 1998). Sağlık Bakanı "bu ilaç firmaları bize sattıklarının yarı fiyatına SSK'ya ilaç sattıklarına göre bizi kazılıyorlar" diyerek durumu belgelerken, YDD'nin ilaç diye patent diye dayatarak yaptığı *çarpma* ise görmezden gelinmektedir. Ancak çok net olan bu gerçek kullanmadığı tıbbi malzemeyi kamu sağlık sigortalarına fatura ettiren, protezlerini "4 tane çak 1 tanede kendine çak" diye pazarlayanlarla işbirliği yapan, hastaneleri muayenehaneden geçmeden yatılamaz hale getiren (hatta bu çarkı prim sistemi olarak tanımlayabilen) bazı TTB üyelerinin mesleğimize sürdüğü lekeye dair örgütümüzün sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır.

Devlet hastanelerinde önce temizlik şirketi ve yemek şirketi olarak başlayan taşeronlaşma, özelleştirme,

dolayısıyla sağlık hizmetini de "hizmet alan öder" şeklinde özetlenebilecek pazara sunma çabası, bugünlerde sağlık hizmetinin bir parçası olan tıbbi görüntülemenin taşeronlaştırılması evresine varmıştır. *Hastaneler birer işletme olmalıdır* söylemi arkasında yatan da pazarın, hizmet alan öder ilkesidir. Sağlık hizmeti, parası olanın alabileceği (hatta çok parası olanın daha iyisini alabileceği) bir mal değildir. Tekrarda fayda vardır ki; sağlık en temel insan hakkıdır. Devlet toplumun tüm kesimlerinin sürekli ve nitelikli sağlık hizmeti alabilmesini sağlamalıdır. Sağlığın bir ekip işi olduğu, sağlığın kamusal bir alan, bir insan hakkı olduğu unutulur ve unutturulmaya çalışılarak hastaneler *işletmeye/ticarethaneye* çevrilmektedir. Sağlıkçılar da aynı masallarla *işletilmektedir*. Sağlık çalışanına yapılması zorunlu kabul edilen zam için de kaynak olarak siyasi otoritenin aklına gelen tek yol döner sermayedir. Tüm hekimlerin, yakın bir gelecekte parça başı çalıştırılmaya başlanacağını söylemek falcılık olmayacaktır.

### SSK HASTANELERİ

Bir yandan her gün halka "Devlet hizmet üretmez, insanları çalıştıramaz, yeterli maaş ödeyemez, rüşvetsiz iş olmaz" zihniyeti pompalanmakta, bir yandan da son 20 yıldır hiç yapılmayan kamu sağlık yatırımının ve ulusal sağlık planlamasının yokluğunun neden olduğu kaosu sonucunda SSK ve kamu hastanelerinin içine itildiği mevcut durum nedeniyle halk özel sağlık kurumuna sevk edilmeyi daha iyi sağlık hizmeti almak için neredeyse zorunlu görmektedir.

SSK 1999 yılında SSK giderlerinin % 14.8'ini oluşturan tedavi harcamalarının %7.6'sını özelden hizmet alımı için yapmıştır. Yani özelden sağlık hizmeti alımı SSK giderlerinin %1.6'sını oluşturmaktadır (SSK, 1999). Bunun da önemli bir kısmını açık kalp ameliyatları, diyaliz ve tıbbi görüntüleme oluşturmaktadır. Gerekçesini ise bu hizmetlerin üretimini, satın alınmasından pahalı olması oluşturmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının SSK'ya sattığı bu hizmetin kalitesi, mesleki standartlara uyup uymadığı, bu tür hasta sevklerinde ve bu tür hekimlik uygulamalarında meslek etiğine uyulup uyulmadığı denetlenmesi ve en önemlisi bu özel hekimlik ücretlerinin belirlenmesi TTB yetkisindedir.

TTB'nin belirlediği ve uymayanlara onur kurulları eli ile cezai yaptırımlar uyguladığı asgari ücretin beşte biri ile onda biri arasında değişen bir fiyatla, kara dayalı kurumlar hizmet üretebiliyorsa, bunu o asgari ücret listesinde bir hata var diye anlayabiliriz (bu durum TTB asgari ücret belirleme yetkisini halkın aleyhine kullanıyor anlamına gelir). Asgari ücret doğru, iyi hekimlik uygulamaları için, adından anlaşıldığı gibi alınması gereken en az ücret ise, o kurumlar sağlık hizmeti vermiyor, sağlık hizmeti adı altında SSK'yı soyuyor demektir (bu durumda TTB meslek örgütü olarak meslek etiğinin korunması görevini yapmıyor demektir).

Bu tez ve antitezin varabileceği sentez belki de her iki

önermesinde doğru olmadığıdır. Ne TTB'nin uyguladığı asgari ücret listesi gerçekçidir ne de kamu sigortalarının sağlık hizmeti alımında dayattığı ücret iyi hekimlik uygulamaları için yeterlidir. Ne yazık ki, TTB bu yetki ve görev alanında, bugüne kadar etkin bir çözüm üretmemiştir. Kamu sigortalarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alımında, TTB'nin belirlediği asgari ücretle dalga geçen fiyat politikası, SSK tarafından tek taraflı belirlenen ücretleri fiili asgari ücret haline getirmektedir. Bu durum asgari ücrete uymadı diye TTB'nin üyelerine verdiği cezaları tartışılır kılmaktadır. SSK fiyatları ve Resmi Gazetede yayınlanan kamu hastaneleri fiyatları fiili asgari ücret halini almıştır. Bir meslek örgütü olarak TTB, başta SSK olmak üzere kamu sağlık kurumlarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alması sürecinde, ücretlerin belirlenmesinden, meslek etiğinin korunmasına kadar uzayan yetki ve sorumluluklarından hiçbir gerekçe ile kurtulamaz.

SSK ile ilgili diğer çarpıcı bir gerçekte; 1999 yılında tedavi giderlerinin, toplam giderlerin % 14.8'i gibi düşük bir oranda olmasıdır. Ayrıca 1992 yılı bütçesinde tedavi giderleri içinde % 4.7 olan anlaşmalı doktor ve müesseselere ödenen giderler, 1999 yılında % 7.6'ya çıkmıştır. Bu artışın sürmesi ya da tersine çevrilmemesi SSK sağlık hizmetlerindeki "niyetsizliği" gözler önüne sermesi açısından anlamlıdır.

1998 yılı verilerine göre, SSK Türkiye halkının %51.6'sına toplam hasta yatağının %15.9'u, toplam hekimlerin %9.74'ü ile "hizmet" sunmaktadır (TTB,2000). SSK'lı işçi ve işçi çocuklarının ürettikleri primlerin, prim afları ile eritilmesine karşı durulmalıdır. 1998 yılında SSK'nın alacaklarının toplamı, aynı yıl SSK'ya yapılan devlet yardımının 1.81 katıdır. Prim alacaklarını toplama(mazken, SSK devlet kaynaklarını tüketiyor diye özelleştirilmeye çalışılmakta, bunun imkansızlığı görüldüğünde ise 32 milyon kişinin sağlık ve sosyal güvenlik kurumu olan SSK'nın ulaşması gereken hedef olarak önüne ilk konan, hazine yardımı almamak olabilmektedir. Devlet olmanın birinci şartı olan sosyal güvenlik, sağlık ve eğitim yükü olarak görülmektedir. SSK, sosyal devleti yıkma projesinin ön cephesidir.

En önemlisi ise; bu kurumdaki hekimlerin özlük hakkını sonuna kadar savunurken, tutunduğu dalı kesen, kişisel çıkarı olmaksızın SSK'lı işçiye hizmet sunmayan bazı hekimlerin, bu tür meslek etiğine aykırı davranışlarını önleme görevinin *her ne pahasına olursa olsun* yerine getirilmesidir.

#### KAMU YARARINA DERNEKLER

Özel hekimlik hizmeti üretiminde Kızılay, Diyanet Vakfı gibi kurumların sağlık kuruluşlarının uyguladıkları fiyatların Tabip Odası denetiminde olmaması meslek kurallarına uygun değildir. Hiçbir denetime tabi olmayan bu kurumlarda mesleki standartların ve meslek etiğinin denetlenme hakkı yasal yollarla elde edilmelidir. Bu kurumlarda ve diğer özel sağlık kuruluşlarında, kıdem

tazminatı dahil hiçbir sosyal güvenliği olmaksızın çalışmak zorunda bırakılan hekimlerin özlük haklarının kazanımı için çalışılmalıdır.

#### ÜNİVERSİTE HASTANELERİ

Öncelikli faaliyet alanı eğitim olan üniversiteler, öncelikli görevi bilgi üretimi olan öğretim üyeleri bu çarpıklaşmanın dışında kalamamıştır. Kamu kaynaklarından yararlanılarak var edilmiş olan üniversite hastanelerinde paralı hizmet yasallaştırılmıştır. Yıllarca prim ödeyen halk "Bağ-Kur'lu hasta kabul edilmemektedir" duyuruları ile karşılaşmakta ve geri çevrilmekte iken, yaratılan özel servisler eli ile kamu olanakları toplumun mutlu bir azınlığına sunulmuştur. Yoksul halka üniversite hastanelerini kapayan, hizmeti satılır hale getiren, hatta çok parası olana en önce hizmet sunulmasına yol açan vakıf, dernek, bağış ve döner sermaye uygulamalarının yarattığı bütün bu olumsuz durum hemen sorgulanmalı ve reddedilmelidir.

Aslında tüm sağlık çalışanları için, sağlık hizmetinin kalitesi için tartışmasız olan tek merkezli çalışma, -eski yasadaki nostaljik adı ile tam gün çalışma sisteminin- hiç olmazsa üniversiteler için vazgeçilemez olduğu inatla savunulmalıdır.

Burada tam gün söylemine dair bir parantez açmak gerekirse; bu ifade gereksinimi karşılamaktan uzaktır. Çünkü kamu çalışanı hekimlerin tümü dünya standartlarına göre zaten tam gün çalışmaktadır. Artık kimsenin anımsamadığı 1970'li yıllarda kalan, haftalık çalışmayı 45 saate çıkarıp 40 saat çalışan hekim yarı zamanlı olarak tanımlayan tam gün yasası bir nostaljidir. Tüm dünyada hekimler günde en çok 8 saat ve hizmetin devamlılığını sağlayan bir düzende çalışmaktadır. Günlük 8 saatlik çalışma tam gün çalışmadır. Ayrıca ülkemizde hekimlerin günlük çalışma süresi 8 değil 9 saattir ve dünya standartlarının üzerindedir. Hekimliğin bir bütünlük içinde *insanın tam iyilik halini* sağlayacak şekilde tek merkezli olarak yapılması gerektiği kullanılması gereken söylemdir. Yani açıkça hastane-muayenehane modeli yanlıştır denmeli ve kirlenmenin en yoğun yaşandığı bu alana müdahale edilmelidir.

#### KAMU SAĞLIK KURUMLARI VE TTB

Kamu sağlık kurumlarının yukarıda tek tek özetlenmeye çalışılan durumu Türkiye kamu sağlık sisteminin iyi çalışmadığını göstermektedir. 1998'de SSK (%51.6), Bağ-Kur(%20.8) ve Emekli Sandığının (%18.5) birer Sosyal Güvenlik Kuruluşu olarak toplam nüfusun %93'ünü kapsadığı düşünülürse, ülkemizin sağlık sisteminde yaşanan kaosun kaynağında bu kurumlar, bu kurumlarda olması gereken yapının kurulmaması bulunmaktadır. Bu kuruluşların kamusal kimliği sorunun çözümü için tek başına yeterli olamamaktadır. Tüm üretim araçları anamalcı düzenin elinde olan kamu sağlık kurumları, hizmet birimleri olmaktan çıkmış neredeyse yoksul halkın eziyete uğradığı yerlere dönüştürülmüştür. TTB'nin öncelikli görev alanlarından biri sağlık kuruluşlarında

yaşanan kirlenmenin üstüne gitmektir. Bu konuda hekimlere ve örgütümüz TTB'ye düşen sorumluluklar vardır.

### MÜLKİYET SOLCULUĞU VE YENİ DÜNYA DÜZENİ

Bu noktada akla gelen soru şudur: Bir sosyal hizmet taşınmazının mülkiyetinin ve yönetiminin kamuda olması, bu birimin kamu yararına işlevselliği için yeterli midir? Hasta yataklarının %93'ü kamu mülkiyetinde olan ülkemizde, tüm sağlık giderimizin % 18'inin tıbbi araç-gereç ithalatına harcadığını, SSK hastanelerinde gerçekleştirilen sağlık harcamalarının % 41.7'sinin ilaç giderleri olduğu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik sistemlerinin tüm giderlerinin yarısından fazlasının ilaç gideri olduğu düşünülürse yukarıdaki soruya olumlu yanıt vermenin imkansızlığı açıkça görülecektir. Bu sayılar göstermektedir ki; bu yoksul halkın sağlık adına harcadığı her kuruşun kabaca % 60'ı çöküşlü tekellere doğrudan yem edilmektedir. 1997 yılında İzmir Tabip Odası'nın yaptığı bir çalışmaya göre kamu hastanelerinin hizmetinin % 65'i kamusal alan dışına çıkmış durumdadır. Yani kamu mülkiyeti bu yeni sömürü düzenine karşı tek başına yeterli değildir. Dünyada sermaye kamu mülkiyeti setini yıkmıştır.

Yukarıdaki ara başlıkta kullanılan (biraz ücret sendikacılığı kavramından esinlenilerek geliştirilen) *mülkiyet solculuğu* terimi ile anlatılmak istenen işte budur. Kamu hastanelerinin mevcut yapısını savunmak en hafif deyişimi ile safdilliktir ve sağlık hakkının metalaşmasına karşı toplumu savunmasız bırakmaktır.

### ÖZEL HEKİMLİK

Günümüzde hekimlerin çoğunluğu özel hekimlik yapıyor ve/veya yapmak zorunda kalıyor. Çünkü hiçbir hekim günümüzde İngiltere'de çalışan meslektaşının yirmide birine düşürülmüş maaşı ile geçinememektedir.

Özel hekimlik, bir poliklinik veya özel hastanede nöbet tutan pratisyen hekimden özel hastane sahibi hekimlere kadar çok geniş bir yelpaze çizmektedir. Özel hekimlik ülkemizde Cumhuriyet öncesi dönemde başlamıştır. 1923 yılında mevcut hasta yataklarının % 37'si özel hastanelerde (Ergönül, Ö.; 1997). Bu durum dönemin özelliklerine bağlıdır ve azınlık hastanelerinden kaynaklanmaktadır. Günümüzde bu oran %7'dir. Ancak sağlık hizmetinin kamusal boyutu bu sayılarla ters orantılı olarak, ileri derecede aşındırılmıştır.

1980'li yıllar her şeyde olduğu gibi özel hekimlik uygulamalarında da milat olmuştur. Bu yıllara kadar muayenecilik şeklinde izlenen özel hekimlik, bu yıllarda siyasi irade ile değiştirilen sağlık politikasına paralel olarak önemli değişiklikler göstermiştir. Her şeyden önce sağlık anayasal bir hak olmaktan çıkarılmıştır. 1982 Anayasasında devlet, özel ve kamu hastanelerini denetler, düzenler denmiş ve devletin sağlık hakkını karşılama yükümlülüğü böyle geçirilmiştir. Bu yıllarda kuralızsız, plansız kentleşme sağlık hizmetinin metalaştırılmasına dair mevcut siyasi irade ile birleşince diğer alanlarda ne olmuşsa sağlıkta da

o olmuştur. Kent içi ulaşım için dolmuşu keşfeden halk, sağlık için poliklinikleri keşfetmiştir (Kaya, K.Kaya.S.1995).

1990'lı yıllarda polikliniklerin hastaneleşme süreci yaşanmıştır. Özel hastaneler, YDD'nin sunduğu yeni sağlık tüketim malzemelerinin halka satıldığı, otelcilik yani fazla gelişmiş, "piyasa"da yaygın olarak talep gören sağlık uygulamalarının gerçekleştirildiği kara dayalı sağlık kuruluşlarıdır. Özel hastanelerle ilgili, anılması gereken ilginç bir çalışma ise Cumhuriyet döneminde açılan hastanelerinin %60'ının çeşitli nedenlerle kapanmış olmasıdır. 1995 yılına sayılarıyla mevcut 163 özel hastanenin 126'sı ( yani %77'si) 1980 sonrası açılmıştır. On beş yılın üzerinde ayakta kalan hastane oranı sadece %27'dir (Kaya, K.Kaya, S.1995). Özel dal merkezleri denebilecek, tıp biliminin bir dalında uzmanlaşmış birden çok hekimin çalıştığı kuruluşlar, yine 1990 sonrası yaygınlaşmıştır.

Günümüzde, halkın dönemsel satın alma gücü ile orantılı olarak değişik oranlarda pay alan bu beş model (muayenehane, poliklinik, dal merkezi, tıp merkezi ve özel hastane) varlığını sürdürmektedir.

Poliklinik dolmuş benzetmesini biraz genişleterek her bir modeli başka bir toplu taşıma modeline benzetebiliriz. Bu durumda TTB, dolmuşçular, taksiciler, halk otobüsleri ve şehirlerarası taşımacılık yapanların tümünün meslek örgütüdür. Bu benzetme üzerinden yürürsek, metro en iyi toplu ulaşım şeklidir. Bir meslek örgütünün arkasında durması gereken model metrodur. Ancak halk her gün dolmuşa taksiye binmekte ve ulaşımında önemli sorunlar yaşamaktadır. Hatta bazı şoförler kendi taksisine binmeyi belediye otobüsüne sokmamakta, hatta kent in bazı bölgelerine sadece dolmuş ile ulaşmakta, kamu yöneticileri bu bölgelere otobüs seferi koymamaktadır. Kent içi ulaşım o kadar karışıktır ki bir çok insan ulaşım araçlarına ulaşmadan yolda can vermektedir. Dolmuşçular taksicilere kızmakta, taksiciler o ne biçim ulaşım balık istifi insan taşınır mı? diye dolmuşları hor görmekte, tüm taşımacılar haksız rekabet yapıyor diye belediye otobüslerini suçlamakta, belediye de şu otobüs işi amma yük oldu ah bir özelleştirmek de kurtulsak demektedir. Vodvil bununla da bitmemekte dolmuş sahipleri şoförlerin emeğini ucuz iş gücü yaratmak için sömürmektedir.

Bu uzun benzetmeyi kesip, özel hekimlik için bir tanım sunmak gerekirse: Özel hekimlik; bir sağlık uygulamasının, kamuya ait olmayan bir sağlık kuruluşunda, bir bütün olarak baştan sona tamamlandığı, uygulamayı gerçekleştiren hekim ile hizmetin tüketicisi olan hasta arasında sağlık hizmeti sunumu ile ilgili olarak bu özel kurumdaki ilişki dışında hasta-hekim ilişkisi olmaması gereken hekimlik uygulamasıdır. Hekimlerin, kamu kurumundaki görevi gereği hastası olan kişilerle, kamuda sunulan hizmetin tamamlayıcısı olarak olsun veya olmasın, ücretinin direkt veya indirekt olarak hastanın ödediği sağlık hizmeti sunumuna girmesi özel hekimlik değildir. Bu durum kamu hastanesinin ve/veya kamu sağlık



sigortasının hastasına sunması için hekimin memur edildiği ve inisiyatifine bırakılan kamu sağlık hizmetinin taraflı sunumu ile haksız kazanç elde etmektir. TTB, bu tahlil ve buna uygun hizmet talebi için halkın bilgilendirilmesi görevi üstlenmelidir.

Özel hekimlik, uygulanacak ücretlerden, sunulan hizmetlerin bilimselliğine, etik kurallara uygunluktan, tanıtıma kadar TTB'nin yetki alanındadır. Günümüzde, bir kısım özel hekimlik uygulamaları, kamu sağlık hizmeti sunumundaki mevcut kaosu ranta dönüştürüldüğü bir alan durumuna getirilmiştir.

#### NE YAPILMALI?

Tam bir iyilik hali olan sağlığın temel insan hakkı olarak anayasallaştırılması ısrarla talep edilmelidir.

Sosyal güvenlik kurumları olan SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un uğradığı sistemli saldırı her yolla kamuya anlatılmalı, karşı koyuş için örgütsel güç kullanılmalıdır.

İlaçtan tıbbi sarf malzemesine kadar tüm sağlık malzemesi ticareti için izleme sistemi kurulmalıdır. Döner sermayeler ve onların mal ve hizmet alımında uyguladıkları fiyatlar takip, tespit ve teşhir edilmelidir.

Belirlenmemiş, standart hale getirilmemiş bir mesleğin bilimsel ve etik olduğu iddia edilebilir mi? Bir meslek örgütünün primer görevi mesleğe dair standartları belirlemek değil midir? Yada önceden belirlenmiş, net kurallar konmadan kimin uygulaması iyi hekimlik, kimin uygulamaları malpraktis nasıl karar verilebilir? Bu soruları uzatmak mümkün ancak hepsinin vardığı ortak nokta şudur: TTB vakit geçirmeksizin, kurulmuş bulunan uzmanlık dernekleri koordinasyon kurulu eli ile mesleğimizin tüm uygulamalarının bilimsel ve etik kurallarını kendi dilimizde dökümanteye etmelidir.

Tüm sağlık uygulamaları için Avrupa ve Dünya ile uyumlu standartlar sağlanmalıdır. Bu standartlar ödün verilmeksizin savunulmalıdır. Bir sağlık kuruluşunun taşınması gereken optimum şartlar tanımlanmalı, sağlık kuruluşlarının ve eğitim kuruluşlarının akreditasyonu sağlanmalıdır. Bu görev bilimsel bir meslek ve meslek etiğinden söz edebilmenin olmazsa olmaz şartıdır. Tanı ve tedavi yıllıkları şeklinde isimlendirilebilecek rehber kitaplar yazımı gerçekleştirilmeli, bunun güncelleştirilmesi

sağlanmalıdır. Bu kaynak kitaplar standart kabul edilip tüm hekimlere mesleki etkinliklerini sürdürebilmek için yapılacak sınavlarda başarılı olma zorunluluğu getirilmelidir.

Başta üniversitelerde olmak üzere özel muayene adı altında kamu olanakları ile oluşturulan sağlık kurumlarını fiilen halka kapayan uygulamanın durdurulması için taraf olunmalı ve girişimde bulunulmalıdır.

Sürekli tıp eğitimi uzmanlık dernekleri ile işbirliği yapılarak her tıp disiplini için kurumsallaştırılmalıdır.

Asgari ücret sistemi uygulanabilir, toplumun alım gücünü, sağlık hizmeti sunan kurumların çeşitliliğini ve hekimin insanca yaşama hakkını bir bütün olarak gözetilen tarzda yeniden düzenlenmelidir.

Sağlık hizmeti üretiminin bir bütün içinde olması gereği ve bu gereklilikten hareketle hekimlerin tek merkezde çalışmalarının zorunluluğu için yasal düzenleme istenmelidir.

Özel hekimlik yeniden tanımlanmalı, özel hekimlik uygulamaları da meslek ilkeleri ve meslek etiği yönünden yakından izlenmelidir.

Sosyalleştirme yasasının pilot bölgesi olan Etimesgut ve Gemlik gibi, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen sağlık uygulamalarının doğruluğunu tüm topluma ve sağlık idarecilerine kanıtlayacak pilot bölge çalışması TTB'nin tüm olanakları kullanılarak gerçekleştirilmelidir.

#### KAYNAKLAR

**Aytekin, H.** (2000) : Tıp Fakülteleri ve Döner Sermayeler, Toplum ve Hekim, cilt 15, sayı 2, 2000.

**Ergönül, Ö.** (1997) :, Türkiye'de Sağlığın Geleceği, Sağlıkta Sınıf Tavrı, Sayı 12, 1997.

**Kaya, K. Kaya, S.** (1995) : Türkiye'de Özel Hastanelere Genel Bir Bakış, Toplum ve Hekim sayı 69-70, 1995.

**TTB** (1998) : Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç TTB yayını, 1998

**TTB** (2000) : Türkiye Sağlık İstatistikleri, TTB yayını, 2000.