

İSTANBUL TABİP ODASI

HEKİM FORUMU

TEMMUZ - AĞUSTOS 2010 / SAYI: 186



DOSYA

SAĞLIK HAKKI



Editörden...

Merhaba 186. sayı ile okurlarımızı bir kez daha selamlıyoruz. Bugün ki internet ortamının cazibesi, dergi ve gazetelere baskın gelse de, asıl olarak mektup bölümünde yeni başkanımız Taner Hoca'nın da vurguladığı gibi ekonomik nedenler dergimizin çıkış periyodunu uzattı. İlan desteğine de bu yüzden sıcak baktık.

İnternet demişken odamızın www.istabip.org.tr adresindeki haber akışını hatırlatalım. Okurlarımız dergide yer veremediğimiz haberleri bu adreste bulabilirler.

İstanbul'da çalışan hekimler 2010-2012 döneminde görev yapacak yönetimi seçti. Çiçeği burnunda yönetim, birinci basamakta görev yapan hekimlerin aile hekimliği seçimi! ile karşı karşıya kaldı. Sayfalarımızda da vurguladığı gibi bu bir seçim falan değil, birinci basamakta çalışan hekimlere bir dayatmadır. 13 milyonluk İstanbul'da aile hekimliği merkezleri de muamma. İstanbul genelinde 49 sağlık ocağında aynı zamanda 112 istasyonları da bulunuyor. 112 ekipleri nerede nöbet tutacak belli değil.

Görülüyor ki her açıdan aile hekimliği süreci sağlıkta dönüşüm politikalarının kırılma noktası oldu. Aile hekimliğinden sonra sırada kamu hastane birlikleri yasası var. 657 sayılı devlet memurları yasası da değişiyor. Hekim-

leri bekleyen tek taraflı sözleşmeli çalışma dönemi.

Güvencesiz çalışmanın dayatıldığı bir dönemde TTB 59. Büyük kongresini gerçekleştirdi. Yayın kurulu olarak hem İstanbul Tabip Odası'nın hem de Türk Tabipleri Birliği'nin yeni yönetimine bu zor dönemde başarılar diliyoruz.

Sağlıkta dönüşüm programında öne çıkan söylemlerden biri 'sağlık hakkı' oldu. Yayın kurulu üyemiz Süheyla Ekemen arkadaşımız güzel bir dosya hazırladı. Arkadaşımız bu alanla ilgili çalışmalara devam ediyor.

Dergi araları uzayınca konular birikiyor. Oldukça canlı bir iş koluyuz. Yer veremediğimiz yazılar için yayın kurulu olarak okurlarımızdan şimdiden af diliyoruz.

Buna rağmen kültür sanat sayfalarımızı gezi yazısı haric korumaya çalıştık. Kısa bir süre önce genç yaşta kansere yenik düşen gazeteci yazar Evrim Alataş'ın senaryosunu yazdığı 'Mın Dit' filminin tanıtımına yer verdik. Bu film Canel Bingöl'ün yazdığı gibi 'çatışmadan uzlaşmaya' adlı makaleyi öne çıkarıyor. Sağlık ortamının barışa, adalet ve uzlaşmaya ihtiyacı var.

Umarız ki bundan sonraki sayılarımız zamanında sizlerle buluşur.

Değerli okurlarımız, lütfen dergimize yollamak istediğiniz her türlü yazı, fotoğraf ve haber bilgisi için aşağıdaki adresi kullanınız.

hekimforumu@istabip.org.tr

İSTANBUL FİZİK TEDAVİ
REHABİLİTASYON EĞİTİM ve
HASTANESİ

HASTANEMİ
GERİVER!

Sağlık
ENGEL OLMA
PLATFORMU

30 » SAĞLIK
HAKKI



26 » Söyleşi:
Çocuklarımız İçin
Adalet İstiyorum



51 »

Aile Hekimliği
İstanbul'un
Kapısında



Peki Ya Hukuki Altyapı?

49 » Çatışmadan Uzlaşmaya





24

İçimizden Biri:
Prof. Dr.
Taner Gören



04 » Şimdi görev zamanı



06 » Aile hekimliği tercih değil dayatmadır

08 » Mesleki Sorumluluk Sigortası Dayatması

11 » Kamu Hastane Birlikleri...

14 » Haberler

29 » Kırk Katır mı Kırk Satır mı? Dönemi

57 » Sinema: Min Dit

60 » Fotoğraf

62 » Kitap

63 » Bulmaca

55

Öykü:
Açelyanın
ahbablığı

HEKİM
FORUMU

Yıl: 16 - Sayı: 186 • Temmuz - Ağustos 2010 • İki ayda bir yayınlanır
İstanbul Tabip Odası'nın Bilimsel Kültürel, Aktüel Yayın Organidir

Sahibi: Prof. Dr. M. Taner Gören
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü: Dr. Akif Akalın
Editör: Dr. Veysi Ülgen

Yayın Kurulu:
Dr. Süheyla Ağkoç, Dr. Hüseyin Demirdizen, Dr. Süheyla Ekemen,
Dr. Mehmet Uhri, Dr. Veysi Ülgen, Dr. Turabi Yerli

Sayfa Düzeni: Alaattin Timur

Yazışma Adresi: Türkocağı Cd. No: 17, 34440 Cağaloğlu / İstanbul
Tel: (212) 514 02 92 Faks: (212) 513 37 36
E-posta: hekimforumu@istabip.org.tr web: http://www.istabip.org.tr

Reklam Rezarvasyon ve Satış: Sinaps İletişim (212) 251 91 50
E-posta: reklam@hekimforumu.org
Baskı ve Cilt: Golden Print (212) 629 00 24

* İmzalı yazıların düşünsel sorumluluğu yazarına aittir.
* Bu dergideki ilan ve reklamlardaki sözü edilen ürün ve hizmetlerin etkinliği veya niteliği İstanbul Tabip Odası'nın garantisinde değildir.



İSTANBUL TABİP ODASI SEÇİMLER'DEN GÜÇLENEREK ÇIKTI Şimdi görev zamanı...

Istanbul Tabip Odası'nın seçimli genel kurulunun ardından iki ay geçti. Yönetim Kurulu yenilenen 6 üyesi ile birlikte ağır bir sorumluluğun altına girdiğinin bilinciyle çalışmalarına başladı. İstanbul'lu meslektaşlarımızın % 80'inin güvenoyunu almanın verdiği güçle çalışmalarına hızlı başlayan yönetimin önünde zorlu bir iki yıl var. Siz meslektaşlarımızın katkılarıyla bu süreci de başarıyla atlatacağımıza inanıyoruz.

Önümüzdeki iki yılda bizi bekleyen sorunlara şöyle bir göz atacak olursak işimizin ne kadar güç olduğunu sizlerde göreceksiniz.

Tıp Eğitimi'nin yıllardır biriken sorunu hükümetin üniversitelere gösterdiği havuç sopa politikasıyla gittikçe ağırlaştı. Tıp fakültelerinin kontenjanları her yıl arttırılırken artık çifte tedrisat tartışılmaya başlandı. En eski tıp fakültemiz olan İstanbul Tıp Fakültesi'nin artan kontenjan nedeniyle tüm öğrencilerin sığabileceği anfi yok. Üniversite hastaneleri borç batağında yüzmekten kurtulamıyorlar. Ödenemeyen döner sermayeler, eskimiş ve depreme dayanıksız binalar, umudunu yitirmiş öğretim üyeleri ile üzerine ölü toprağı serilmiş bir halde bir çıkış yolu arıyor.

Önümüzdeki bu dönemde tıp fakültelerinin sorunlarına da-

ha fazla eğilmemiz gerekeceğinin bilinciyle Tıp Öğrencileri Komisyonu çalışmalarını daha etkinleştirip öğrencileri odamıza kazandırmak için yoğun bir caba harcayacağız. Ayrıca öğretim üyelerinden oluşan bir Bilimsel Danışma Kurulu kurarak her alanın sorununa yönelik çözüm önerilerimizi geliştireceğiz. Danışma kurulu üyesi sorumlu olduğu alanla ilgili İstanbul Tabip Odası adına söz söyleme hakkına sahip olacak.

Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin durumu görece iyi gibi görünse de onlarında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte işlevleri değişmeye başladı. Artık tam teşekküllü birer hizmet hastanesine dönüşen Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin birer işletmeden farkları kalmadı. Uzmanlık Eğitimi ise kağıt üzerinde devam ediyor görünse de eğiticilerin şevki kırılmış durumda. İdarecilerin ise böyle bir derdi olduğu şüpheli, performans dışında ne yazık ki eğitim gibi bir gündemleri bulunmuyor. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde iş barışı ve dayanışmayı güçlendirici çalışmalar yaparak uzmanlık eğitimin niteliklerini artırıcı önlemlerin alınması için gerekli uyarılarımızı yapacağız. Uzmanlık Eğitimi Programı doğrultusunda bir eğitim verilmesi için bu kurumları yakından izleyeceğiz. Sayıları 6000 geçen asistanlarla Asistan Hekimler Komisyonu aracılığıyla daha ya-



kın bir ilişki içine girecek, tüm asistanların sorunlarının birinci adresi olacağız.

Birinci basamakta ise seçim yatırımı gibi görünen Aile Hekimliği uygulaması alelacele İstanbul'da Ekim ayı sonunda başlıyor. İlin en üst sağlık otoritesi kervanın yolda düzüleceğini söylüyor. Koca bir metropolde hala pilot yasa ile sürdürülen Aile Hekimliği sistemini yaşama geçirmek kolay olmayacağı benziyor. Bu konu en önemli önceliğimiz olacak ve kurduğumuz "Aile Hekimliği İzleme Kurulu" aracılığıyla tüm süreci yakından izleyip bilimsel veriler doğrultusunda Aile Hekimliği'nin hekimlerin özlük hakları ve Halk Sağlığı açısından etkilerini monitörize edeceğiz. İstanbul Tabip Odası, Aile hekimliğini seçenlere değil Aile Hekimliği uygulamasına karşı olduğunu ısrarla söylemeyi sürdürecektir. Bu sistemin iş güvencemizi ortadan kaldıracığı, mesleki bağımsızlığımızı, ekip dayanışma ruhunu kaybettireceği açıktır. Mesleki değerlerimizi koruyabileceğimiz, emeğimizin hakkını alabileceğimiz, güvenceli bir hekimlik mümkündür. Hekimlerin hak ettikleri bir ücrete kavuşmaları ve halkın başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılmasının ön koşulu hekimlerin güvencesiz çalıştırılması olmamalıdır.

Kamu alanında bunlar yaşanırken gittikçe büyüyen özel sağlık alanında sorunlarda bir o kadar gün be gün çoğalıyor. Bir yandan azalan ücretler, ödenmeyen alacaklar diğer yandan güvencesiz çalışma düzeniyle birlikte bir de işten çıkarılma korkusu eklenince özelde çalışan hekimler örgütlenememe sancılarını en çok yaşayan kesim gibi görünüyor. Özelde çalışan hekimlerin örgütlenmesi için tüm özel hastanelerde Tabip Odası Temsilci seçimlerini ısrarla yapacağız. Özelde çalışanlarının iş sözleşmelerinin odalar tarafından onaylanması için girişimlerimizi artıracacağız. Özelde yaşanan sorunlara doğrudan müdahil olacak, gerektiğinde yargıya başvuracağız.

Anayasa mahkemesi, TTB'nin ısrarlı uyarıları üzerine CHP'nin açtığı Tamgün yasası davasını bu dergi elinize ulaştığında muhtemelen karara bağlamış olacak. İptal edilmemesi durumunda hekimleri ciddi bir cendereye sokacak olan bu torba yasa 31 Temmuz'da yürürlüğe giriyor. Böylece hem kamuda çalışan hekimler düzeltilmeyen özlük hakları ile daha az kazançla çalışmaya başlayacaklar hem de zorunlu mesleki sigorta devreye gireceği için azalan ücretlerinin yanında bir de sigorta primi ödemeye mahkum olacaklar. Tamgün yasası bir torba yasadır. Özüne baktığımızda çalışma saatleri fiilen artırılmakta, daha çok mesai dışı çalışma teşvik edilmekte ve sağlık harcamalarının artması karşılığında sağlık çalışanlarına ek ödemeler vaad edilmektedir. Bu da gereksiz poliklinik, ameliyat ve işlemlerin yapılmasına yol açarak iyi hekimlik değerlerini erozyona uğratmaktadır.

Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarısı ise komisyon aşamaları tamamlanıp meclis genel kurulunda sırasını bekliyor. Bu yasa ile birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yasal ayağı ta-

mamlanmış olacak. Kamu Hastane Birlikleri ile birlikte kamuda hastanelerde de güvencesiz sözleşmeli çalışma dönemi başlayacak. Bu yasa çıktığında artık kamu hastaneleri de özel hastane mantığı ile çalışacak ve Ticaret Odası temsilcisi, özel sektörden transfer edilen yöneticiler aracılığıyla sağlık alınıp satılan bir meta haline dönüştürülüp hastaneler işletme haline getirilecek. Sağlık hakkı kavramının içi boşaltılıp parası olanın tedavi gördüğü parası olmayanın ise temel sağlık hizmetleri dışında hizmetleri alması gerektiğinde geri çevrildiği bir döneme girilecek. Burada da hekimler ile hastalar karşı karşıya getirilecek, sağlık hakkından eşit yararlanma söz konusu olmayacak. Paran kadar sağlık dönemi sonuna kadar açılarak hayatımıza girmiş olacak.

Tüm bunların yanında özel ihalelerle sağlık kampüsleri yapılmaya başlanıyor. Bu kampüslerde tıpkı bir fabrika gibi sağlık üretimi yapılacak. Bu kampüsleri her gün AVM'ler gibi binlerce kişi ziyaret ederek sağlık hizmeti satın alacak, onbinlerce tetkik yapılacak, binlerce poliklinik yapıp yüzlerce ameliyat yapılacak. 2. Dünya savaşı sonrasında Fordist üretim sistemi sağlığa uygulanarak ucuz işgücü ile niteliksiz sağlık hizmeti verilecek. Kısa dönemde popülist politikalarla halkın gözü boyanacak, uzun erimde ise bir yandan sağlık harcamaları artarken diğer yandan kompleks hastalar ve hastalıkların tedavileri yapılamayabilecek. Tüm bu süreçlerde kaybedenler emekleri ucuzlayan ve değersizleştirilen hekim ve sağlık çalışanları ile sağlık hakkına erişimde çok daha fazla parası cebinden çıkacak olan geniş halk kesimleri olacak. Kazananın ise bu sektöre milyonlarca dolar "yatırım" yapan ve kar dışında önceliği olmayan uluslar arası sermaye olacağını bilmek için kahin olmak gerekmiyor.

AKP'nin 8 yıllık iktidarının bilançosunu yukarıda özetlemeye çalıştık. Neresinden bakarsanız bakın popülizm dışında bir başarı görünmüyor. Sağlık harcamalarının giderek artan ivmesini ve 30 milyar geçtikten sonra kamu harcamalarının nereye gittiğini sorgulamak ayrı bir yazının konusu olsa gerek.

Yukarıda sıraladığımız sorunların ötesinde giderek tırmanan çatışma ortamında barış umutları tükenmeye yüz tutuyor. Oysa barışa en çok ihtiyacımız olduğu bir dönemden geçiyoruz. 26 yılda 40.000 ölü verdi bu topraklar. Her yıl 1.500 ölümden bahsediyoruz. Ülkemizde bugünlerde yeni bir aklı tutulması yaşanıyor. Savaşın ve ölümün dili tüm topluma ege-men olmaya başladı. Bu ölümlere dur demenin tam zamanıdır. Artık barış için daha aktif bir caba içine girerek barışın dilini hakim kılmalıyız.

İşte böyle bir sağlık ortamında yedi kişilik bir yönetim kurulu ile devasa sorunların üstesinden gelmek bir yana sorunları gittikçe artıran bir sağlık otoritesine karşı mücadeleyi sürdüreceğiz. Önümüzdeki dönemin mücadele ile geçeceğinin bilinciyle sizlerden aldığımız güçle toplum için, hekimler için görevimizi en iyi şekilde yaparak bayrağı bizden sonra geleceklere devredeceğiz.

Aile hekimliği tercih değil dayatmadır

Sağlık Bakanlığı, İstanbul'da Aile Hekimliği uygulamasını Kasım ayında başlatacağını ilan etmiş; İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimleri yapılmıştır. 15-17 Temmuz tarihlerinde seçme ve yerleştirmelerin yapılacağı söylenmektedir. Sağlık Müdürlüğü, başvurular için son gün olan 30 Haziran tarihinde, internet sitesinde uzman ve pratisyen hekim başvurularını ve hizmet puanlarını açıklamıştır. İstanbul için gerekli olduğu söylenen sayı 3600 iken, Aile hekimi olmak üzere başvuran hekim sayısı 1875'tir. Yerleştirmelerin yapılacağı pozisyonlar, aile sağlığı merkezi açılması için belirlenen bölgeler, mekanlar, alt-yapı durumları vb. hakkında bir bilgi verilmemektedir.

Aile Hekimliği Uygulaması 2004 yılında Düzce'de başlatılmış;

aşama aşama yayıldığı 46 ilde Pilot Yasa ile yönetilmiştir. 25 Mayıs 2010'da "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" çıkarılmıştır. Kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarını sınıflandırma çabası içindeki Bakanlık, Aile Sağlığı Merkezleri'ni sınıflandırmaktan, cari harcamaları sınırlandırmaktan söz etmektedir. Bu Yönetmelik daha tam anlaşılammışken 25 Haziran 2010'da "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" çıkarılmıştır. Uygulama yönetmeliğinde herhangi bir süre sınırı olmaksızın, aile hekimliğine geçen kamu personelinin aylıksız veya ücretsiz izinli sayılacağı, ve aile hekimi olarak sözleşme imzalayanların kadroları ile ilişkilerinin devam edeceği belirtilmiştir. Bu meslektaşlarımız açısından "istediğimiz an geri dönebiliriz" düşüncesine yol açmaktaydı. Oysa son çıkan yönetmeliğe eklenen bir madde ile "Aile Hekimi veya Aile Sağlığı Elemanı olarak sözleşme imzalayan personelin kadroları, sözleşme imzaladıkları Aile Hekimliği Biriminin bulunduğu Aile Sağlığı Merkezine aktarılır" denmektedir. Bu çalışanların geri dönüş şansı olmaksızın kadrolarıyla birlikte aile sağlığı merkezine geçmesi demektir.

Aile Hekimliği, yıllık sözleşme karşılığı, coğrafi bölge, kişisel ve tıbbi özellikleri dikkate alınmaksızın yaklaşık 3500 kişiye birinci basamak sağlık hizmetinin sunulacağı, ücretlerin prim üzerinden ödeneceği, kullanılan mekan, veri giriş elemanı, hizmetli, araç ve her türlü giderin hekim tarafından karşılanacağı, sadece sağlık elemanı (hemşire/ sağlık memuru) çalışılan hizmet şeklidir. Sağlık ocaklarını tamamen ortadan kaldırıp, mevcut bina, ekipman giderleri ve en önemlisi personel giderlerinin Sağlık Bakanlığı/ Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sırtından atma anlayışını taşımaktadır. Birinci basamak hizmetleri, kendisi de güvencesiz sözleşmeli çalışacak olan aile hekimine işletmeciler bir anlayışı dayatılarak devredilmektedir. İstanbul'daki sağlık ocağı sayısının 560 civarında olduğu, aile hekimliği uygulaması ile Aile Sağlığı Merkezi sayısının 900 civarında olacağı söylenmektedir. Sağlık ocağı binalarının çoğu kamuya ait değildir. Sözü edilen sayıda işyerinin kira giderinin aile hekimleri tarafından karşılanacağı açıktır. Hizmet içi eğitimler kapsamında uygulamalı eğitimlerin bu merkezlerde yapılacağı iddiası ile her merkezde üç aile hekimine karşılık bir aile hekimliği uzmanının istihdam edilmesi hedeflenmektedir. Yıllardır bu alanın sahibi pratisyen

AİLE
HEKİMLİĞİ
ALDATMACASINA
HAYIR



hekimlerce verilen birinci basamak hizmetlerinin, tüm uzman hekimlere açılması birinci basamak hekimliği/ pratisyen hekimlik açısından başlı başına geriye götürülen bir adımdır. Aile hekimliği sistemi haksız rekabet ortamı ve ücret eşitsizliği yaratacak; kâr amaçlı teknolojik yatırımlar bu eşitsizlikleri iyice artıracaktır. Askerlik, doğum gibi durumlarda aile hekimleri güvencesiz çalışmanın en ağır bedeli ile karşı karşıya kalacaklar; sözleşme feshi, işsizlik, yeniden aile hekimliği biriminde yer bulma çabası içine düşeceklerdir. Yıllık izin kullanma durumunda yerine bir aile hekimi görevlendirme yükümlülüğü hekimin omzuna yıkılmaktadır. Hepsinden öte tüm bu uygulamalar yapılırken hekimlerin fikri alınmamıştır.

Yıllardır olanaksızlıklarla başbaşa bırakılan sağlık ocaklarında, düşük maaşla hizmet sunan pratisyen hekimlere yıllık sözleşmelerle, 7 gün 24 saat güvencesiz çalışma dayatılmaktadır. Verilen uyum eğitimlerinde Aile Hekimliği uygulamasının cıvalı kısımları anlatılmakta, sisteme ilişkin tek bir soru bile sorulmasına izin verilmemektedir. Sağlık ocaklarını çökerten, pratisyen hekimliğe ve pratisyen hekimlere gerekli değeri vermeyen yöneticiler, şimdi onlara “statü” ve “iyi koşullar” vaad etmektedir. Diğer tarafta ise hangi kriterlere göre seçtiklerini açıklamadıkları Eğitici kadrolarına yerleştirmelerde kullanılmak üzere yüksek hizmet puanları verilmektedir. Gelecekleri belirsizleştirilen hekimler, Tam Gün, kamu hastane birlikleri, iş yeri hekimliği yönetmelikleri ile yaratılan sıkışmışlık ortamında başka “çare” olmadığına inandırılmakta; hasta bakabilmek, reçete yazabilmek için aile hekimi olmaya zorlanmaktadır.

İstanbul 13 milyon nüfusu ve karmaşık yapısıyla ülkemizde hiçbir ilimiz ile kıyaslanamayacak bir metropoldür. Gerek nüfus özellikleri, gerekse yıllardır yeterli sayıda ve donanımda sağlık ocağı yapılanmasının gerçekleştirilmemiş olması, “Aile Hekimliğine dönüşümde” bambaşka sorunları ortaya çıkarmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütün yükü diğer illerde görülmedik bir biçimde hekimlerin ve sağlık çalışanlarının omzu-

na yıkılmak istenmektedir. Bu sistemin iş güvencesini ortadan kaldıracığı, mesleki bağımsızlığı, ekip dayanışma ruhunu kaybettireceği açıktır. Rekabet ve yarışmaya dayalı, tüketimi kıskırtan hizmet sunma modellerinin başlangıçta güvencesiz çalıştırmayı benimsetmek için sunduğu görece “yüksek gelir” uygulamasından ilimizde pek söz edilememektedir. Gerek kira bedellerinin yüksek olması, gerekse diğer cari harcamalar ve sınıflandırma sistemi giderleri oldukça artıracaktır. Hekimlerden, gelecekle ilgili çok net bir biçimde değiştirecek olan seçme ve yerleştirme işlemleri sırasında, bir sayfa halinde hazırlanmış, hiçbir özlük hakkını ve maaş tutarını içermeyen sözleşmeleri saniyeler içinde imzalamaları istenmektedir. Bütün bunlar 2003 yılından beri uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programının 1. Basamak sağlık hizmetlerine yansıyan politikalarının sonucudur.

Aile Hekimliği Uygulamasında, hekimler bir tercihle değil dayatma ile karşı karşıya bırakılmaktadır. Kamuoyuna açık, net bilgiler verilmemekte; “kervanın yolda dizileceği” söylenmektedir. Birinci Basamak sağlık hizmetlerini kökten değiştiren bu uygulamaların bir plan ve programı yoktur. Uygulamaya geçilen her il pilot kabul edilmiş, pilot adlandırmasının hiçbir bilimsel dayanağı kalmamış, her yerde farklı uygulamalar yaşanmıştır. Bugün gelinen nokta tam bir kaos ortamıdır. Böylesi kökten değişimlerin günlük çözümlerle, “ben yaptım oldu” mantığıyla ilerlemesi, hatta yolda dizilecek bir kervana benzetilmesi çok büyük bir talihsizliktir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında yapılan değişiklikler yanında toplum sağlığı açısından da geri dönüşümsüz hak kayıpları yaşanacak; parçalanmış ve ticarileştirilmiş birinci basamağın sağlık alanındaki bedeli İstanbul’da ağır olacaktır.

Türkiye sağlık ortamı yeterince bilgi ve deneyime sahiptir. Halkın sağlığa erişiminin önünde engellerin olmadığı bir sistemde mesleki değerlerin korunduğu, emeğinin hakkının alındığı, güvenceli bir hekimlik mümkündür.

HEKİMLERE ZORUNLU MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI 30 TEMMUZ'DA BAŞLIYOR. SİGORTA YAPTIRMAYANA 5.000 TL PARA CEZASI GELİYOR!

Mesleki Sorumluluk Sigortası dayatması

Kısaca 'Tam Gün' olarak bilinen 5947 sayılı torba yasa ile hekimlere, sadece yeni çalışma biçimleri ve ücretlendirme yöntemleri değil, zorunlu mesleki sorumluluk sigortası da yükleniyor.

Resmi Gazete'de 30.01.2010 tarihinde yayınlanarak kesinleşen 5947 sayılı Kanunun 8.maddesi ile 1219 sayılı Kanuna eklenen ek madde 12'de "hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kişilere verebilecekleri ve kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı mesleki mali sorumluluk sigorta yaptırmak zorunlu hale getirilmiştir. Kamu sağlık kurum/ kuruluşlarında çalışan tabipler ve diğerleri, sigorta primlerinin yarısının kendileri tarafından diğer yarısının kurum bütçesinden ya da döner sermayeden karşılanması, yine özel sağlık kurumlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısının kendileri, diğer yarısının istihdam edenlerce ödenmesi, mesleklerini serbest icra edenler için primin tamamının karşılanması, bu sigortanın kamu ve özel sağlık kuruluşu tarafından yaptırılması, serbest meslek icra edenlerin ise kendileri tarafından yaptırılma-

si" hükmüne bağlanmış, zorunlu sigortayı yaptırmayanlara 5.000 TL idari para cezası öngörülmüştür. Uygulamanın usul/ esaslarının Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı'nca belirleneceği ifade edilmiştir.

Hazine Müsteşarlığı, Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası (MSS) genel şartları ile tarife ve talimat taslağını, görüş almak üzere Türk Tabipleri Birliği'ne iletmıştır.

Türk Tabipleri Birliği, zorunlu MSS'nin mesleki uygulama





hatalarını azaltmayacağını, sağlık hizmetinin niteliğini arttırmayacağını ileri sürmektedir. Nitekim bu uygulamanın yapıldığı ülkelerde, açılan davaların sayısının arttığı, giderek yükselen primler nedeniyle hekimlerin gelirlerinin azaldığı, hekimlerin riskli hizmetleri sunmaktan kaçındıkları, riski azaltmak için çok sayıda tetkike başvurmaları sonucunda hizmet maliyetinin arttığı görülmüştür.

Oysa tıbbi uygulama hatalarının nedenlerinin araştırılması ve elde edilecek bilgilerin hataların önüne geçmek için kullanılması, zarar gören hastaların zararlarının çok hızlı biçimde "kusur/ komplikasyon" ayrımı yapılmadan ulusal ölçekte karşılanması ve böylece hekim ve hastanın karşı karşıya getirilmemesi için "kusura dayanmayan kamusal tazmin sisteminin" kurulması gerekmektedir.

Türk Tabipleri Birliği'nin girişimleri ile CHP, Mesleki Mali Sorumluluk Sigortasının zorunlu olmasının ve kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere primlerin yarısının ödettilmesinin Anayasa'ya aykırı olduğu iddiasını ileri sürerek iptal istemi ile Anayasa Mahkemesi'ne başvurmuştur.

Hukuki sorumluluk sigortalarının zorunlu olması, öncelikle bir kamu yararının olması ve üçüncü kişilerin korunması açısından bu yöntemin gerekliliği halinde düşünülebilir. Oysa bilindiği üzere tıbbi hataların çoğunluğu, hekimin kişisel ihmalden değil, sağlık sistemindeki problemlerden kaynaklanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na karşı açılan tazminat davaları esas olarak organizasyon kusuru ve hekim dışı sağlık personelinin kusuru nedeniyle açılmaktadır. Oysa burada hastanın zararının karşılanması iddiası ileri sürülerek zorunlu hale getirilen sigorta priminin yarısı, hekime ödetilmektedir. 130 bin hekim ve dış hekiminin zorunlu sigorta için özel sigorta şirketlerine ödeyeceği prim miktarı ile sigorta edilen risk arasında açık bir orantısızlık söz konusudur. Hatalı tıbbi uygulamalar bir halk sağlığı sorunudur. Bu alanda hataların ortadan kaldırılması ve parasal kaynakların özel sigorta şirketlerine kaynak oluşturmak yerine bu önceliği sağlamak üzere harcanması gerekmektedir.

Türk Tabipleri Birliği, bu hüküm yasalasmadan önce yukarıda belirtilen gerekçelerle hekimler adına gerekli uyarıları yapmasına karşın yasanın çıkışı engellenememiştir. Anayasa Mahkemesi'nin bu konu ile ilgili kararı henüz kesinleşmemiş olmakla birlikte, bu maddenin uygulanması için Hazine Müsteşarlığı'nca hazırlanmakta olan genel şartlar, tarife ve talimat'a hekimler yararına gerekli katkıda bulunmaktadır.

Bu yazıda Mesleki Sorumluluk Sigortası 'Genel Şartlar, Tarife ve Talimat' taslağına ilişkin değerlendirme ve görüşler paylaşılmakta ve konu hekimlerin tartışma ve katkısına sunulmaktadır:

1. Hekimin ayrıldığı kuruma sigorta sözleşmesini fesih yetkisi verilemez.

Taslağa göre kamu ve özel sağlık kuruluşu, çalışanı olan he-

kimlere ferdi olarak sigorta yaptırmaktadır. Sigorta sözleşmesini yapma yetkisi hekime değil kuruma verilmektedir. İş değişikliği durumunda hekimin ayrıldığı kurum, kendisi tarafından yaptırılmış olan sigorta sözleşmesini feshedebilmektedir. Feshedilmemesi durumunda ise hekimin yeni işe başladığı kurumun sigorta süresinin sonuna kadar sigorta yaptırmaya sorumluluğu ortadan kalkmaktadır.

Hekimin ayrıldığı kuruma sözleşmeyi fesih yetkisi verilemez. Çünkü primin yarısını zaten hekim ödemektedir. Sigorta edilen risk, hekimin belli bir kurumdaki mesleki uygulaması değil, hekim tarafından yapılan mesleki uygulamalarından hatalı olanlarının doğuracağı zarar tehlikesidir. Yine birden fazla sağlık kuruluşunda çalışan hekimler için kurumun ödemesi gereken prim payını bu kurumlardan hangisinin ödeyeceği de belirlenmemiştir.

Kamu ve özel sağlık kurumlarında çalışan hekimler sigortayı kendileri adına yaptırabilmeli ve bu sözleşme kurum tarafından feshedilmemelidir. Türk Tabipleri Birliği, Tabip Odaları ve Uzmanlık Dernekleri aracılığıyla da grup sigortası yaptırılabilir. TTB-Uzmanlık dernekleri alanın özellikleri ve hekimlerin taleplerini dikkate alan, uygun koşullara sahip sözleşmeler hazırlamalıdır.

2. Sigorta şirketleri hekimleri sigortalamaktan kaçınmamalıdır. Bu durum talimat ile zorunlu hale getirilmelidir.

Sigorta şirketleri hekimlerin taleplerini içeren sigorta poliçesini düzenlemekle yükümlü olmalı ve bu poliçeleri geri çevirmemelidir.

Hekim hakkında şikayet yoluna başvurulmuş ve dava açılmış olması, sigorta primlerini arttırmak için haklı bir gerekçe olmamalıdır. Çünkü hekim için yapılan her şikayet mutlaka kusur ile sonlanmamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir sonucu ve Sağlık Bakanlığının kıskırtması ile son zamanlarda hasta şikayetleri çok artmıştır. Kusurlu olmadığı halde şikayet/davayla karşı karşıya kalma hali, hekimlere ek olarak "yükseltilmiş prim oranı" olarak dönmemelidir.

3. Risk grupları ve buna bağlı olarak teminat tutarları ile prim miktarları uzmanlık alanlarına göre belirlenmemelidir.

Taslak, risk gruplarına göre olay başı-toplam azami teminat tutarlarının belirlenmesini öngörmektedir. Risk grupları "ana ve yan uzmanlık dalları" olarak belirlenmekte ve sigorta primleri de buna göre sigorta şirketleri tarafından serbestçe saptanabilmektedir. Zaten taslakta Tıpta Uzmanlık Yönetmeliğinde belirtildiği kadar uzmanlık alanı da belirlenmemiştir.

Risk gruplarının ve buna bağlı olarak teminat tutarlarının uzmanlık alanlarına göre belirlenmesi alanın gerekleri ile uyumlu değildir. Çünkü tıbbi uygulama hataları büyük çoğunlukla uzmanlık alanının özelliklerine de bağlı olarak, kişisel ihmalden değil, sağlık sistemindeki problemlerden kaynaklanmaktadır.

Riski arttıran ya da azaltan nedenler arasında uzmanlık ala-

nından bağımsız olarak, çalışma süreleri, bakılan hasta sayısı/ yapılan işlem miktarı, ekip üyelerinin ve donanımının yeterliliği gelmektedir. Bunları göz ardı ederek sadece uzmanlık alanına göre risk gruplarını, teminat tutarlarını ve ödenecek prim miktarını belirlemek doğru bir yaklaşım değildir.

4. Teminat ve prim miktarları risk gruplarına ayrılmadan belirlenmelidir.

Güncel tazminat miktarını karşılayacak oranda olay başı ve toplam teminat tutarı belirlenmelidir (yıllara göre risk hesapları yaparak, örneğin son 5 yılda ödenen tazminat tutarı vb.). Prim miktarı da örneğin 2010 yılı için kurum payı dahil olmak üzere 100 TL ve altı saptanmalıdır. Yıllık artış oranı yıllık tüketici enflasyon oranını aşmamalıdır.

Risk gruplarını sigortacılık mantığı açısından mutlaka belirlemek gerekiyorsa, bu hekimlerin uzmanlık alanlarına göre değil çalıştıkları sağlık kuruluşlarının özelliklerine göre olmalıdır. Hekimler sabit prim miktarını ödemeli, kuruluşun özelliğine göre oluşan risk gruplarına göre artan prim miktarını da ise çalıştıkları kurum karşılamalıdır.



5. Uzlaşma kurulları oluşturulmalıdır.

Sigortanın amacı olarak zarar gören hastaların zararlarının hızlı ve tam olarak tazmin edilmesi gösterilmektedir. Bu amacı gerçekleştirmek için dava/ mahkeme yolu dışında anlaşma için uzlaşma kurulları oluşturulmalı ve iyi yapılandırılmalıdır.

Tabip Odaları bu uzlaşma kurullarında yer almalıdır. Bu kurul, sigortalı hekimin talep etmesi durumunda zararın nedeni ve miktarını saptamak için çalışma yürütmelidir.

6. 'Mesleki faaliyet' tanımı yeterli değildir.

Poliçede belirtildiği üzere 'mesleki faaliyeti ifa ederken' ile yeterli bir kapsam sunulmamaktadır. Bunun yerine hekimlerin 'hukuken yapmaya yetkili olduğu' mesleki faaliyeti ifa ederken olmalıdır. Çünkü 1219 sayılı yasa ve tıpta uzmanlık yönetmeliğine göre hekimler yetki belgesi/ diploma edinmekte ve faaliyetlerinin kapsamı buna göre belirlenmektedir.

7. Teminat dışında kalan haller

Çağrılmadığı halde acil müdahalede bulunmak mesleki faaliyet kapsamına alınmalı, adli ve idari para cezaları da teminat

kapsamında olmalıdır.

8. Zararın karşılanması için kısıtlı bir ihbar edilme süresi getirilmesi kabul edilemez.

Taslakta sigorta süresi içinde yapılan mesleki uygulamadan dolayı gerçekleşen zararın karşılanmasında en geç sözleşme süresinin bitiminden itibaren 2 yıl içinde ihbar edilmesi koşulu getirilmektedir. Böyle bir süre kısıtlaması doğru değildir. Tek koşul zarara yol açan uygulamanın sözleşme süresi içinde yapılması olmalıdır. Eğer mutlaka ihbar süresi konulacaksa bunun için zaman aşımı süresi yeterlidir ve bu da en az 5 yıl olmalıdır.

9. Hastaya ait belgeler ancak hastanın onayı ile alınabilmektedir.

Sigorta şirketi sigortalıdan (hekimden) hastaya ait belge ve kayıtları ancak hastanın yazılı onayı halinde alabilmektedir.

10. Ekip üyeleri de kapsam içinde olmalıdır.

Hekimlerin hukuken fiillerinden sorumlu oldukları diğer kişilerden kaynaklanan sorumlulukları sigorta kapsamında olmalıdır.

Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak hekimlere dayatılmıştır. Bu programın olumsuz sonuç doğuran bir çok uygulaması gibi bunu da kabul etmek mümkün değildir. Her zaman olduğu gibi bu süreçte de hekimlerin gerekli katkıyı vermesi mücadelenin başarıya ulaşması için şarttır.

11. Merkezi bir yapı ile tıbbi kötü uygulamalar ile ilişkin bilgiler paylaşılmalıdır.

Oluşturulacak merkezi bir kurul tıbbi kötü uygulamadan doğan uyumsuzluklara ilişkin davalara ait bilgi ve belgeyi (kişisel bilgilerden arındırdıktan sonra), kusur oranlarını ve hata nedenleri konusundaki bilgileri derleyip paylaşmalıdır. Ayrıca teminat ve prim miktarları belirlenirken, bu bilgilerden tüm tarafların yararlanması sağlanmalıdır.

Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak hekimlere dayatılmıştır. Bu programın olumsuz sonuç doğuran bir çok uygulaması gibi bunu da kabul etmek mümkün değildir. Türk Tabipleri Birliği bir yandan bu yasal düzenlemenin Anayasa Mahkemesi'nce iptali için gerekli girişimleri sürdürürken, bunun yaratacağı olumsuzlukları en aza indirmek için genel şartlar, tarife ve talimat taslağına ilişkin görüşleri hekimlerle birlikte oluşturmaktadır. Her zaman olduğu gibi bu süreçte de hekimlerin gerekli katkıyı vermesi mücadelenin başarıya ulaşması için şarttır.



KAMU HASTANE BİRLİKLERİ; KAMU HASTANELERİNE ÖZELLEŞTİRME ÇALIŞANLARA GÜVENCESİZ ÇALIŞMA!

AKP Hükümeti, "Tam Gün" yasasından sonra uzun süredir alt komisyonda bekleyen Kamu Hastane Birlikleri Kanunu tasarısını yeniden gündeme getirdi. Yaklaşık iki yıldır TBMM'ye sunulmuş olan bu tasarı alt komisyonda bir takım değişikliklerle kabul edildi.

Birinci basamağı özelleştiren Aile Hekimliği uygulamasından sonra bu tasarı ile 2. ve 3.basamak sağlık hizmeti üreten devlet ve eğitim hastanelerini özelleştirmenin yolu açılıyor ve bu kurumlar finansmanını kendisi sağlayan; bu şekilde genel bütçeye yük olmayan(!) yapılara dönüştürülüyor. "Özerkleştirme", "merkezden bağını koparma", "yerinden yönetim" olarak sözü edilen aslında sağlık hizmeti alacak vatandaşın doğrudan katkısı (prim, katkı payı ve bir süre sonra özel hastanelerde olduğu gibi fark/ ilave ücret) ile ayakta durması hedeflenen kurumlar oluşturulmaya çalışılıyor. Bu katkıyı yapamayacak olanın kapısından içeri giremeyeceği bu hastanelerde, hekimlerin ve diğer çalışanların birer maliyet kalemi olarak değerlendirildiğini gözden uzak tutmamak gerekiyor.

Uzun bir süredir Sağlık Dönüşüm Programının laboratuvarı haline getirilen Sağlık Bakanlığı'na bağlı bu hastanelerde, bir

dizi uygulama ile özelleştirmeye giden yolun taşları döşenmiştir. Döner sermaye gelirleri ile ayakta durmaya çabalayan kurumlara genel bütçe desteği en düşük seviyeye indirilmiştir. Taşeronlaştırma, 4-B ve 4-C uygulaması ile hekim dışı sağlık çalışanlarının ücretleri düşürülmüş ve güvencesiz çalışma esas yöntem haline almıştır. Performansa dayalı ek ödeme ile hekim gelirleri belirsiz ve güvencesiz hale getirilmiş; Tam Gün ile hekimlere esnek çalışma ve düşük ücret dayatılmıştır.

Bu kanun tasarısı ile Sağlıkta Dönüşüm'ün son hamlesi gerçekleştirilmekte, kamu sağlık kuruluşları, adında kamu sözcüğü kalmakla birlikte aslında finansmanını kendisi karşılamak için sağlık hizmeti üreten ve bu nedenle diğer sağlık kuruluşları ile rekabet eden birer piyasa aktörü haline getirilmekte; yönetiminden işleyişine bir bütün olarak sağlık işletmesine dönüşmektedirler.

400 Devlet ve Eğitim Hastanesi yasanın kapsamında! Kamu Hastane Birliği oluşturulan bir il'deki tüm hastaneler birliği katılmak zorunda.

Bu yasa ile 2. ve 3.basamak sağlık kurumları Bakanlık teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz, Ba-



kanlığın ilgili kuruluşu statüsünde Birliğe dönüştürülmektedir. Aynı ilde birden fazla birlik kurulabilmekte, bir ilde bu kanun hükümlerinin uygulanmasına geçilmesi halinde Birlik dışında hastane bırakılmamaktadır. Bu durumda özel statülü bu kurumlarda çalışmak istemeyen 657'li devlet memuru statüsündeki personele, il dışına gitmekten başka bir seçenek kalmamaktadır. Bu hastanelerin tıpkı özel hastanelerde olduğu gibi sadece Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan gelecek gelirle ayakta durmaları pek olası değildir. Bu durumda aynen özel sağlık kurumlarında olduğu gibi bu kurumlar için de vatandaşın doğrudan katkısının talep edilmesi pek şaşırtıcı olmayacaktır. Şu anda 5510 sayılı SSGSS kanuna göre bu mümkün olmamakla birlikte, bu yasada yapılacak ek bir madde değişikliği bunu sağlamak için yeterli görülmektedir. Zaten yasanın genel gerekçesinde "hastanelerin madde ve insan gücü anlamında her türlü kaynağı sınırsızca merkezden talep etme yerine kendi kaynaklarından karşılamaları" hedef olarak gösterilmiştir. Genel bütçeden kamu hastanelerine katkı yapılmasına son verilecek, "kaynağını kendin bul" anlayışı dayatılacaktır.

Devlet ve Eğitim Hastaneleri sınıflandırılmaktadır.

Hastaneler hizmet alt yapısı, organizasyon, kalite, verimlilik, hasta ve çalışan memnuniyeti ölçütlerine göre aldıkları puanlarla A,B,C,D,E olmak üzere beş sınıfa ayrılmaktadır. Bu değerlendirmeler en az 6 ay, en fazla 1 yıllık sürelerle kamu veya özel kuruluşlar tarafından yapılacaktır. Sınıflara ayrılan hastaneler, kapasite ve kaynakların birleştirilmesi ve aralarında görev paylaşımı yapılması ile daha rasyonel çalışmalarına imkan verecek şekilde gruplar oluşturabileceklerdir. Bir ildeki hastanelerin tümü ortalama C ve üzeri iseler birlik haline getirilecek, bir ilde birden fazla birlik kurulabilecektir. Birlik, C'nin altına inerse ve belli bir süre yeniden parametreleri düzelmez ise yönetim kurulunun görevine son verilmekte; bu hastanelerin yeniden Sağlık Bakanlığına dönüşü söz konusu edilmemektedir.

Bir işletmenin değerlendirme ölçütleri olan kriterlerden en önemlisi olan verimlilik; yani hastanenin işlem yapabilme kapasitesi, 2004 yılından bu yana uygulanan "performansa göre ek ödeme sistemi" ile saptanmaya çalışılmaktadır. Kurumsal performans puanları ile de hastaneler hali hazırda sınıflandırılmış bulunmaktadırlar.

Hastaneler artık hekim olmayan Genel sekreter ve Hastane yöneticileri tarafından yönetilecek

Yönetim Kurulu, Birliğin en üst karar organı olup yedi kişiden oluşmaktadır. Bakanlık iki, İl Genel Meclisi iki, Vali bir, Ticaret Odası bir kişiyi belirlemekte, İl sağlık müdürü ya da yardımcısı diğer bir üyeliğe getirilmektedir. Yönetim kurulunda sadece iki hekim üyeye yer verilmektedir. Diğer üyeler ise kamuda ya da özel sektörde en az 5 yıl deneyimi olan finans ve bankacılık alanında çalışmış, yatırım ve işletmede deneyimli, işletmecisi, mali müşavir ve hukukçulardan arasından belirlenmektedir. Hastane Yöneticisi hekim değil, işletme, iktisat, maliye, hu-

kuk alanlarından olacak, Başhekim işletmecisi kökenli hastane yöneticisine bağlı olarak çalışacaktır. Yönetim kurulunda iktidarın doğrudan belirlediği üç, Vali'nin atadığı bir üye ile birlikte toplam dört üye merkezi iktidarın etkisine açık bir şekilde saptanabilmektedir. Yerele devredilmiş olarak görülen yetki aslında daha küçük parçalar halinde merkezi iktidarca kullanılmakta, iktidar partisine yeni "alanlar" açılmaktadır. Bu yapılanma içinde Yönetim Kurulunda hastane çalışanlarının ya da tabip odalarının temsilcilerinin yer alması akla bile getirilmemiş ancak ticaret odası temsilcisi unutulmamıştır.

Yönetim Kurulunda üyelik üç yıllık olup, süre uzatılabilmektedir. Ayda iki kez toplanma zorunluğu olan kurul, başkanın önerisi yada salt çoğunluk ile gündemini belirleyebilmektedir. Oy hakkı olmaksızın meslek kuruluşlarının, sendika ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri davet edilebilmektedir. Yönetim Kurulu üyelerine huzur hakkı ve harcırah ödenmektedir. Kamu iktisadi teşeküllerinin üyelerine verilen miktar ödenmekte; A grubu olanlarda bu miktar artırılmakta, C ve aşağısına inenlerde ise azaltılmaktadır.

Yönetim Kurulunun görev, yetki ve sorumlulukları

1. Hastane ve ünitelerini kurmak, kapatmak ve birleştirmek ve niteliğini değiştirmek
2. Yeni yatırım ihtiyaçlarını belirlemek
3. Personel planlaması yapmak

Birlik bünyesinde personel hareketleri konusunda ilke kararları almak; Norm kadro ilke ve standartları çerçevesinde kadroların ihdas, iptal ve değiştirilmesine karar vermek

Birlik bütçesini oluşturmak ve denkleştirmekle yükümlü olan ve temel başarı ölçütü bu olan yönetim kurulu öncelikle bu hedefi gözetmek durumundadır.

Personel gideri bir masraf kalemidir. Hastanede "verimli" olmayan, yani geliri giderinden yüksek olamayan bir bölümün varlığı rasyonel değildir. Burada belirleyici olan tıbbi gereklilikten ziyade Birliğin mali durumudur. Puanı azalacak yani sınıfı değişecek olan Birliğin yönetim kurulu üyelerinin önce geliri düşecek sonra varlıklarına son verilecektir.

Binlerce kamu görevlisi sürgüne ya da sözleşmeli çalışmaya zorlanacaktır. Hastanede çalışacak azami personel sayısı yönetim kurulunun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatının norm kadro standartlarına göre saptanacaktır. Planlamada "gereksizliği" ortaya çıkan personel sözleşmeli ise işine son verilecek, Devlet memuruysa ve bu kadro ile çalışmayı istiyor ise o ildeki tüm hastaneler Birlik kapsamında olacağından başka bir ile gönderilecektir. Birliklerde çalışan personelin her türlü ödemesi birlik bütçesinden karşılanacaktır. Halen 400 hastanede 657'li devlet memuru olarak çalışan başhekim ve yardımcısı, müdür ve yardımcısı, büro elemanları, başhemşire ve yardımcısı görevden alınacak, sayısı 5000'e ulaşan kamu görevlisi bir anda pozisyonunu kaybedecektir.



4. Birlik adına kayıtlı taşınmazlar üzerindeki yapı ve tesisleri ile birlikte satmak, kiraya vermek, devretmek ,takas etmek, sınırlı aynı hak tesis etmek, hazineye ait birliğe bağlı taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisleri tahsis amacına uygun işletmek, tıbbi hizmet alanları dışındakileri işletmek ve kiraya vermek, taşınmaz satın almak, kullanılabilir nakitleri bankada değerlendirmek .

5. Sağlık hizmeti/ avukatlık ve danışmanlık hizmeti satın almak. Bu madde ile hastane binalarını satmadan da hastanenin bizzat ürettiği sağlık hizmetinin taşeronlaştırma yoluyla özelleştirileceği ve sağlıkta taşeronlaştırmanın yaygınlaştırılacağı anlaşılmaktadır.

Taşeronlaştırma ile sağlık hizmetinin bütünlüğünün bozulması, eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitiminin zarar görmesi bir yana, kar etmek için ucuza mal etme adına, hizmetin geleceği noktayı ve çalışanların yaşayacağı hak kayıplarını tahmin etmek güç olmasa gerektir. Tasarının temelinde sağlık hizmetlerinin kamu personeli ile gördürülmesinden vazgeçilmesi, hizmetlerin parçalanması ve hizmet satın alma yöntemi ile sağlık personelinin taşeronların ucuz iş gücü haline getirilmesi esas alınmaktadır. Dayatılmak istenen bir işletmede esnek çalışma kurallarına uygun iş ve ücret güvencesi olmaksızın "tam gün kölelik düzeni"dir.

Yönetim Kurulunun görevleri arasında Eğitim hastanelerinin işlevine denk düşen bir görev sayılmamaktadır. Birliklere dönüştürülecek olan 2. ve 3.basamak sağlık kurumlarından 3.basamak olanları eğitim hastaneleridir. Oysa tasarıda eğitim hastanelerindeki eğiticiler (şef, şef yardımcısı ve başasistan) ile ilgili bir düzenleme yer almamaktadır. İşletmeye dönüşecek olan eğitim hastanelerinde eğitim hizmeti gelir getirmediğinden ak-

sayacak, eğitime yönelik kaynak da azalacaktır. Öte yandan eğitim hastanelerinin yerel idareler tarafından oluşturulan ve işletmecilik bakışı ile hareket eden yönetim kurullarının idaresinde bilsimsel düzeyini yitireceği açıktır. Bu durumdan toplum sağlığı zarar görecektir.

Birlik sermayesi; devredilen döner sermaye, birlik karları, bağış ve yardımlar ve "gerektiğinde" Bakanlık bütçesine bu amaçla konulan ödeneklerden yapılacak yardımdan oluşmaktadır. Devletin yapacağı katkı yardım olarak tanımlanmaktadır. Yardım, sadece bölgeler arası gelişmişlik farklılıklarının giderilmesi, yatırım ve hizmet ihtiyacı amacıyla, Bakanlık bütçesinden ya da döner sermaye merkez hesabından yapılacaktır. Yeterli geliri olmayan birliklerin ihtiyaçlarının giderilmesi için Birlik gelirlerinin %5-10'u Bakanlık döner sermaye merkezi hesabına aktarılacaktır.

"Birlikler süreklilik arz eden mal ve hizmet alımları ile maliyeti yüksek cihazların hizmet alımı yoluyla temini veya kiralanması için birlik kaynaklarından gelecek yıllara yaygın yüklenmelere girişebilir" denmektedir. Birliklerden elverişli olanlar, olmayanlara karşılıksız ya da borç olarak kaynak aktarabilmektedir. Bu bazı hastane/ birliklerin uzun süreli borç batağına sürüklenmesi anlamına gelmektedir.

Birlik, gelirini esas olarak sağlık hizmetinin satışından elde etmektedir. Tesislerin ve yapıların işletilmesinden, kiraya verilmesinden, satılmasından elde edilecek gelir de buna eklenmektedir. Birliğin giderlerini yönetim kurullarına ödenecek huzur hakkı bedelleri, personelin aylık ücret ve diğer ödemeleri, sağlık hizmet alımı ve destek hizmet alımına ilişkin gider, mesleki sorumluluk sigortasının %50'lik bölümü oluşturmaktadır. Birlik malları Devlet malı hükmünde olup haczedilememektedir

KAMU HASTANELERİ NEREYE?

Aile Hekimliği ile birlikte değerlendirildiğinde Kamu Hastane Birlikleri Kanunu ile Sağlık Bakanlığı bir kamu görevi olan sağlık hizmeti üretiminden tümüyle çekilmekte; sadece denetleme ve düzenleme işlevini üstlenmektedir. Bakanlık bütçesinden bu kurumlara pay ayrılmayacaktır. Esas hedef devletin hastanelerini piyasanın kurallarına göre işleyen, kar etme hedefi olan şirketlere dönüştürmektir. Bu durumda prim ödeyemeyen, katkı payı vermeyen, ilave ücreti karşılayamayacak olan yoksulların bu kurumlardan hizmet alması zor görülmektedir. Birliğin mali dengesini korumak için hekimler ve diğer çalışan maliyetini azaltmayı hedefleyeceği aşikardır.

Diğer uygulamalar ve bu yasa ile AKP iktidarı, işbirlikçisi olduğu ulus ötesi şirketlerin çıkarı için İMF ve Dünya Bankasının talebi ile yük olarak görülen sağlıktan elini çekmeye ve vatanı piyasanın vahşi kurallarıyla baş başa (ve çaresiz) bırakmaya hazırlanmaktadır. Hükümet bu tasarıyla, verimli çalıştığını düşündüğü kamu hastanelerini önce özerkleştirip işletme-

haline getirmeyi, ardından da sağlık tekellerine satmayı yani özelleştirmeyi hedefler görmektedir.

Sağlığı metalaştıran ve kamu hizmeti niteliğinden uzaklaştıran bu program ile devlet hastaneleri kamu hizmeti veren kurumlar olmaktan çıkartılmaktadır. Bu kurumları kar hedefli şirketlere dönüştüren bu tasarımı kabul etmek mümkün değildir. Halen ülkemizde sağlık hizmetinin büyük kısmının üretilmediği bu kurumlarda çalışan yöneticilerin ve başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının vahşi kapitalizmin acımasız koşullarında çalıştırılması istenmektedir.

Sağlık sektöründeki meslek örgütleri, sendikalar başta olmak üzere tüm emek örgütleri, emekten yana siyasi partiler, halkımızın birikimleriyle oluşan bu kurumların sermayeye peşkeş çekilmesine, sağlığın ticari ürün haline getirilip sadece parası olanın alabileceği bir hizmete dönüştürülmesine ve çalışanlara kölelik düzeninin dayatılmasına kayıtsız kalmak mümkün görünmemektedir.



İSTANBUL TABİP ODASI DEMOKRATİK KATILIM GRUBU İLE YOLA DEVAM EDECEK

İstanbul Tabip Odası'nın 8-9 Mayıs tarihlerinde gerçekleşen Seçimli Genel Kurul'un sonucunda hekimler Demokratik Katılım Grubu ile yola deva etme kararı aldı.

Her iki yılda bir yapılan ve bir şenlik havasında geçen seçimlere bu dönemde 3 liste girdi. Demokratik Katılım Grubu dışında Hekim Hakları Platformu, Milliyetçi Hekimler Grubu da seçimlere katıldı. Seçime katılan ve geçerli 5027 oyun 3856 tanesi Demokratik Katılım Grubu'nun oldu. Hekim Hakları Plat-

formu 927 oy alırken 260 oy ise Milliyetçi Hekimler Grubu'nun oldu.

2010-2012 Dönemi İstanbul Tabip Odası yeni Yönetim Kurulu görev dağılımı ise şöyle oldu: Prof. Dr. Taner Gören / Başkan, Dr. Ali Çerkezoğlu / Genel Sekreter, Dr. Hasan Oğan / Sayman, Dr. Lale Tirtıl / Üye, Dr. Süheyla Aǧkoç / Üye, Dr. Ali Özyurt / Üye, Dr. Fethi Bozçalı / Üye.



TTB SEÇİMİNİ ETKİN DEMOKRATİK TTB GRUBU KAZANDI

Türk Tabipleri Birliği'nin 59. Büyük Kongresi 25-27 Haziran 2010 tarihlerinde gerçekleştirildi. 25 Haziran Cuma günü başlayan kongre, 27 Haziran günü gerçekleştirilen seçimle sona erdi. TTB 59. Büyük Kongresi seçimini mevcut yönetimdeki Etkin Demokratik TTB Grubu'nun listesi kazandı. 502 delegenin 457'sinin oy kullandığı seçimde 456 oy geçerli sayıldı.

Göreve seçilen yeni Merkez Konseyi, 2 Temmuz 2010 tarihinde bir araya gelerek, 2010-2012 dönemi için görev dağılı-

mını yaptı. Buna göre TTB Merkez Konseyi'nin yeni görev dağılımı şöyle:

Dr. Eriş Bilaloğlu / Başkan, Dr. Özdemir Aktan / İkinci Başkan, Dr. Feride Aksu Tanık / Genel Sekreter, Dr. Özlem Azap / Muhasip, Dr. Arzu Erbilici / Veznedar, Dr. Zülfikar Cebe / Üye, Dr. Hüseyin Demirdizen / Üye, Dr. Gülriz Ersöz / Üye, Dr. Osman Öztürk / Üye, Dr. Halis Yerlikaya / Üye, Dr. Mehmet Zencir / Üye



TIP FAKÜLTELERİ YENİ DÖNEM MEZUNLARINI VERDİ

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi bu dönemki mezunlarını verdi.

Hekimlik mesleğine İstanbul'dan yaklaşık 1000 hekim meslek hayatına başlamış oldu. Büyük coşkuyla ve yoğun katılımıyla gerçekleştirilen törenlerde İstanbul Tabip Odası da hazır bulundu. Tüm törenlere İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören de katıldı. Ayrıca tören sonunda İstanbul Tabip Odası Yayınlarından Hekim Forumu ve Klinik Gelişim Dergilerinin yanı sıra İstanbul Tabip Odası'nın tanıtıldığı broşür, yeni hekimlere meslek hayatlarının başında kılavuzluk edecek Tıp Etiği Kitapçığı ve son düzenlemelere göre yeniden basılan Mecburi Hizmet Kitapçığı dağıtıldı.



BEYKOZ VE PAŞABAHÇE DEVLET HASTANELERİNİN BİRLEŞTİRİLMESİ KARARINA MAHKEME DUR DEDİ

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı'na ilişkin atılan adımlardan bir tanesi olan Beykoz Devlet Hastanesi'nin, Paşabahçe Devlet Hastanesi ile birleştirilmesine karşı olarak odamız hukuk bürosunca yürütmenin durdurulması ve iptali talebiyle dava açılmıştı. Dava geçtiğimiz günlerde sonuçlandı ve Ankara 5. İdare Mahkemesi yürütmenin durdurulması kararını verdi.





» Dr. Ali Özyurt: “Dumansız Hava Sahası Türkiye’de ki önemli milletlerden biridir. O nedenle, halk sağlığı ve insan hakları açısından değerlendirdiğimizde kurum olarak bundan önce olduğu gibi bundan sonra da Dumansız Hava Sahasını savunmaya devam edeceğiz ve tüm mücadele platformlarında yer alacağız”

Sigara yasağının yumuşatılması insan haklarına aykırı

Kahvehanelerde sigara yasağının iptali için Anayasa Mahkemesi’ne başvuran Danıştay’a karşı; İstanbul Tabip Odası’nın da içinde bulunduğu sağlık meslek örgütleri ve dernekleri 23.06.2010 tarihinde İstanbul Tabip Odası’nda gerçekleştirdikleri bir basın toplantısıyla tepkilerini dile getirdiler.

Toplantıya, Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) Hukuk Danışmanı ve Türk Toraks Derneği Avukatı Turgut Kazan, SSUK Başkanı Prof. Dr. Elif Dağlı, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Ali Özyurt, İstanbul Eczacılar Odası Başkanı Semih Güngör, Türk Toraks Derneği Başkanı Prof. Dr. Feyza Erkan, Pratisyen Hekimlik Derneği Genel Başkanı Rıdvan Yılmaz, Türk Kardiyoloji Derneği adına Prof. Dr. Hakan Karpuz, Türk Diş Hekimleri Birliği adına Cem Özkartal, Sokak Çocukları Rehabilitasyon Derneği adına Tanzer Gezer ve Türk Hemşireler Derneği adına Uzm.

Hemşire Betül Sönmez katıldı. Yapılan açıklamada, dumansız hava sahası yasası çıkan bütün ülkelerde sigara endüstrisinin bu tarz davalarla yasağı delmeye çalıştığını belirterek, “Bu tarz haberlerin öne çıkması, yasayla ilgili henüz bir karar verilmesine rağmen toplumda sigarada bir yumuşama olacakmış gibi bir beklenti yaratıyor, ancak zaten Anayasa Mahkemesi’ne göre “sağlık hakkı bütün hakların üstündedir” dolayısıyla bu kararın Anayasa Mahkemesince kabulü olamaz” denildi. Açıklamada ayrıca söz alan İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyelerinden Dr. Ali Özyurt şunları ifade etti: “Dumansız Hava Sahası Türkiye’de ki önemli milletlerden biridir. O nedenle, halk sağlığı ve insan hakları açısından değerlendirdiğimizde kurum olarak bundan önce olduğu gibi bundan sonra da Dumansız Hava Sahasını savunmaya devam edeceğiz ve tüm mücadele platformlarında yer alacağız” dedi.





GÜVENSİZ VE GÜVENCESİZ ÇALIŞMAYA KARŞI GENEL EYLEM

Hekim emeğini ucuzlatıp değersizleştirme çabaları, sağlık piyasasına ucuz iş gücü yetiştirme hedefiyle Tıp fakültelerinde altyapı olanakları dikkate alınmadan öğrenci kontenjanlarının artırılmasına yönelik uygulamalar sürerken sendikalar tarafından, başta 4-C olmak üzere güvencesiz, kualsuz, esnek tüm istihdam uygulamalarından vazgeçilmesi, iş güvencesinin sağlanması, çalışma hayatını düzenleyen yasaların ILO normlarına uyarlanması, kamu çalışanlarına grevli toplu iş sözleşmeli sendika hakkı ve benzeri acil ve öncelikli taleplerle 26 Mayıs'ta genel eylem kararı ile alanlara çıktılar.

İstanbul Tabip Odası da bu eylemlere katılarak başta

- Her türlü güvencesiz çalışma biçimlerine,
- Birinci basamakta dayatılan sözleşmeli çalışmaya,
- Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı'na,
- Özel sağlık alanında yaşanan kualsuzluklara,
- Sağlık ticarileştirilmesine karşı,

mesleki bağımsızlık, güvenli ortamlarda güvenceli çalışma talepleri ile önce 26 Mayıs tarihinde SES ve Dev Sağlık -İş ile birlikte Okmeydanı Eğitim ve Araştırma hastanesinde basın açıklaması yapıldı. Ardından KESK'e bağlı sendikalarla birlikte Beyazıt Meydanında yapılan mitingde katılındı.



KOŞUYOLU HASTANESİ'NDE KAZANAN TAŞERON İŞÇİ OLDU



Kartal Koşuyolu Kalp Hastanesi'nde işten çıkarılan Dev-Sağlık İş üyesi işçilerin direnişi kazanımla sonuçlandı. İşten çıkarılan işçiler geri alındı

26 Mayıs'ta DİSK, KESK, Türk-İş ve Kamu-Sen'in çağrısıyla 4/C'ye ve taşeron sistemine karşı Türkiye'nin dört bir yanından onbinlerce işçinin katıldığı bir grev yapılmıştı. Çağrıya uyan Kartal Koşuyolu Hastanesi taşeron işçileri öğle saatlerinde hastane önünde bir basın açıklaması yaptıkları için 27

Mayıs'ta işten çıkarılmıştı.

28 Mayıs günü işten çıkarmaları protesto eden işçiler, 8 Haziran'dan bu yana hastane önünde direniştiydi.

Sağlık çalışanlarının köle olmadığı vurgulayan Dev-Sağlık İş üyesi işçilerin direnişi 35. günde sonuç verdi. Bugün (30 Haziran) Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası yöneticilerinin hastane yönetimi ve başhekimlikle yaptığı görüşmeler sonucu, işten atılan dört işçi, işe geri alındı.



ZONGULDAK KARADON FACİASI



17 Mayıs 2010 tarihinde Türkiye Taşkömürü Kurumu Karadon Müessese Müdürlüğü içinde bulunan "Karadon Yeni Kuyu"da 540 kotunda meydana gelen ve aralarında 2 maden mühendisinin de bulunduğu 30 maden emekçisinin hayatını kaybetmesine neden olan grizu patlaması yaşandı.

Yaşanan facianın sonrasında İstanbul Tabip Odası'nın yaptığı yazılı açıklamada: "Başbakan'ın ve Çalışma Bakanı'nın Zonguldak ilimizin böyle olaylara "alışkın olduklarını" ifade etmeleri, olay sonrasında Karadon bölgesinde sanki "doğal bir afet" yaşanmış gibi tutum takınmaları ibret vericidir." denildi. Açıklamada ayrıca, yaşanan bu felaketin kader olmadığı, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği tedbirlerinin işveren lehine alınması, kamunun kademeli olarak madenlerden elini çekerek yerini taşeron firmalara terk etmesi bu faciaların oluşmasına sebep olduğunu ifade etti.



15-16 HAZİRAN DİRENİŞİNİN İZİNDE YÜRÜYÜRÜZ

1970 yılında mevcut hükümetçe yapılan bir yasa değişikliği ile toplu sözleşme ve grev haklarını kısıtlayan hükümlerle birlikte sendika üyeliğine ve sendikadan istifada, noter şartı getirilmişti. Amaç, öncelikle DİSK'in varlığına son vermek ve genel olarak örgütlenme özgürlüğünü ortadan kaldırmaktı.

Ancak yapılan bu müdahaleye karşı emekçiler örgütlerine ve haklarına sahip çıkmış ve 15 Haziran günü iki gün sürecek bir eyleme başlamışlardı. Eyleme, 68 fabrikadan 150 bin civarı emekçi katılmıştı. Eyleme yapılan müdahale sonucu 3 işçi hayatını kaybetmiş, 200'den fazla kişi yaralanmıştı.

Ancak yapılan mücadele zaferle sonuçlanmış yapılan yasa değişikliği Anayasa Mahkemesince iptal edilmişti. Ancak yasa 1980 darbesiyle tekrar yürürlüğe kondu.

Türkiye işçi sınıfı tarihinin altın sayfalarından biri olan 15-16 Haziran 1970 işçi direnişi; sendika, parti ve kitle örgütlerinin oluşturduğu Herkese Sağlık Güvenli Gelecek Platformu bileşenlerince 15 Haziran günü Kadıköy Altıyol'da anıldı.

Topluluk açıklamalarını Yoğurtçu Parkı'nda, yapılan müdahalede sonucu üç işçinin hayatını kaybettiği noktada yaptı. Açıklama, Genel-İş Sendikası Anadolu Yakası 1 Nolu Şube Başkanı Şahan İlseven tarafından okundu. İlseven, "Bugün, bundan tam 40 yıl önce gerçekleştirilen ve zaferle sonuçlanan 15-16 Hazi-

ran Genel Direnişi'nin yıl dönümünü, 78 gün boyunca Kızılay Meydanı'nda köleliğe boyun eğmeyeceğini gösteren TEKEL işçisinin, İSKİ'nin, itfaiyenin direnişi işçilerinin ve taşeron sağlık işçilerinin yükselttiği mücadele ruhuyla kutluyoruz. Bu sene 15-16 Haziran Büyük İşçi Direnişi'ni bu bilinçle ve mücadele coşkusıyla anıyor, yaşatıyoruz." dedi



TÜRKİYE'DE İŞKENCE BİTMEDİ

İşkenceye Karşı Mücadele ve İşkence Görenlerle Dayanışma Günü sebebiyle Türkiye İnsan Hakları Vakfı (THİV), Toplum ve Hukuk Araştırmaları Vakfı ve İnsan Hakları Derneği 26 Haziran 2010 tarihinde İstanbul Tabip Odası'nda "İşkencenin Belgelenmesi" konulu bir sempozyum düzenlediler. Sempozyumun sonunda yapılan basın açıklamasında özellikle kayıt dışı işkencenin kesintisiz sürdüğünü ifade ettiler.

Türkiye İçin İnsan Hakları Vakfı Başkanı Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı açıklamada şunları ifade etti: "İşkence görenlerin örselenmelerini onarmadan da onları yaşama yeniden katabilmek ve topluma dahil edebilmek imkansız. O nedenle işkence görenlere hem tıbbi hem de hukuki vermek gerekir biz de bunu elimizden geldiğince yapıyoruz"

Açıklamada hukuki değerlendirmeyi ise Toplum ve Hu-

kuk Araştırmaları Vakfı Genel Sekreteri Yaşar Aydın Yaptı. Aydın açıklamasında: "İşkencelerin etkili bir şekilde soruşturulması açısından ciddi bir mevzuat eksikliğinin olduğunu düşünmüyorum. Ama bu mevzuatları uygulayıcılar açısından baktığımızda sonuç ve önem bakımından ciddi bir sorun olduğunu görüyoruz" dedi. Aydın, bu konuda tüm kademelerin kararlı bir tutum sergilemesi gerektiğine dikkat çekti.

Son olarak İnsan Hakları Derneği İstanbul Şube Sekreteri Ümit Efe söz alarak İşkencenin bitmediğini ve kayıt dışı işkencenin daha yoğun olarak sürdüğünü ifade etti. Efe, "Artık sistematik işkence yerine dayak at-

ma, kaçırarak meçhul yerlerde yasadışı ve kayıt dışı bir şekilde sistematik işkence yapma, polis arabaları gibi yerlerde ağır şiddet uygulanarak insanların darp edilmesi yoğunluklu olarak uygulanıyor" dedi.





DİŞHEKİMİ SEVİNÇ ÖZGÜNER İNSAN HAKLARI ÖDÜLÜ VERİLDİ

İstanbul Tabip Odasının geleneksel olarak her yıl verdiği Sevinç Özgüner Barış demokrasi ve İnsan Hakları Ödülü'ne bu yıl "Çocuklar için Adalet Çağrıcıları" aktivisti Arif Akkaya layık görüldü.

Diş hekimi Dr. Sevinç Özgüner (Tanık) bundan 30 yıl önce 23 Mayıs 1980'de faşist saldırganlarca evinde eşi Vecdi Özgüner ile birlikte kurşunlanmış, eşi ağır yaralı olarak kurtulurken kendisi can vermişti. İstanbul Tabip Odası, TTB Merkez Konseyi eski üyesi Sevinç Özgüner'i dün odada, kendi adı verilen konferans salonunda andı. Anma toplantısında İTO YK Başkanı Prof. Dr. Taner Gören, TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Gençay Gürsoy, İstanbul Dişhekimleri Odası YK Üyesi Dr. Fatma Balpetek ile aralarında Sevim Belli ve Sevinç Özgüner'le birlikte Merkez Konseyi'nde görev yapan Dr. Şükrü Güner'in de bulunduğu dostları, yakınları ve sevenleri, ona dair anılarını, duygu ve düşüncelerini ortaya koydular. Konuşmalardan sonra bu yıl ödüle layık görülen ve kendilerinden "Taş Atan Çocuklar" olarak söz edilen TMK mağduru çocuklarla ilgili kısa bir film gösterimi gerçekleştirildi.



Ödülü Arif Akkaya'ya Sevinç Özgüner'in kızı verdi. Kendi çocuğu da TMK mağdurlarından olan Akkaya cezaevindeki, sayıları beş bine varan çocuğun beden ve ruh sağlıklarını olumsuz etkileyen çok ciddi sorunlarla karşı karşıya kaldıklarını belirtti. Tahliye edildikleri halde ceza riskiyle karşı karşıya olan ya da ağır cezalara çarptırılan çocukların cezaevinden çıktıktan sonra büyük olasılıkla "dağa çıkmak" dışında bir seçenekleri kalmayacağına dikkat çekti.

Anma etkinliğinin son bölümünde Toplumsal Bellek Komisyonu'nun bir temsilcisi de TBMM'den faili meçhul cinayet dosyalarının yeniden araştırılması için mecliste bir "araştırma komisyonu" kurulmasına dair talepte bulduklarını, AKP'li üyelerin oylarıyla önerilerinin reddedildiğini belirterek, aldıkları bu olumsuz yanıt üzerine hazırladıkları basın açıklamasını okudu.





Uluslararası İsrail'e Karşı Boykot Sempozyumu

5-6 Haziran 2010 Tarihinde Filistin ve Türkiye'nin ilerici muhalefet güçleri İstanbul'a düzenlenen Filistin'le dayanışmada yeni bir strateji: Boykot sempozyumunda buluştu. Emperyalizme karşı halkların ortak mücadelesinin nasıl güçlendirilebileceği tartışıldı.

Sempozyumun açılış konuşmalarını Filistin Boykot Ulusal Komitesi'nden Muhammed Jaradat, BDP İstanbul milletvekili Sebahat Tuncel ve İstanbul Tabip Odası Başkanı Taner Gören yaptı.

Filistin Boykot Ulusal Komitesi'nden Muhammed Jaradat tarafından yapılan açılış konuşmasında İsrail'e karşı uluslararası boykot çalışması anlatıldı. Dünyada beş, Türkiye'de birinci yılını geride bırakan boykotun:

- Arap topraklarındaki işgalin kaldırılması
- Filistin halkına karşı ırkçı uygulama ve yasaların kaldırılması
- Filistinli mültecilerin haklarının tanınması talebiyle yapıldığını belirtti.

Halkların kendilerini kurban olarak görmemesi gerektiğini belirten Jaradat yapılacak en iyi şeyin işgale ve ayrımcılığa karşı uluslararası boykot, yatırımların geri çekilmesi ve yaptırım mücadelesi verilmesi gerektiğini ifade etti.

Jaradat'ın ardından konuşan Sebahat Tuncel, Filistin, Kürt ve Kıbrıs sorunları eşitlikçi ve özgürlükçü temellerde çözülmeyeceğini belirtti. Kürt halkının Filistin halkıyla bir gönül birliği olduğunu, Türkiye'nin İsrail'e

ilişkinin iki halka da saldırı olarak döndüğüne değindi.

İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Taner Gören ise hekimlerin sadece savaşların yarattığı yaraları sarmakla görevli olmadığını, onu yaratan koşullara karşı da mücadele etmekle mesul olduğunu belirtti.



İSRAİL İNSANLIK SUÇU İŞLEMeye DEVAM EDİYOR

İsrail Ordusu, "Rotamız Filistin Yü-kümüz İnsani Yardım" kampanyası kapsamında Gazze'ye insani yardım götüren 6 gemilik filoya 31 Mayıs 2010 tarihinde İsrail ordusu tarafından bir saldırı gerçekleştirildi. Yapılan saldırı sonucunda 9 kişi hayatını kaybederken çok sayıda gönüllü ağır

biçimde yaralandı. Yapılan bu müdahaleye tüm kesimlerden tepki gelirken Türk Tabipleri Birliği yazılı bir açıklama yaparak, İsrail'in bu tutumunu kınadı. Açıklamada, "İsrail'in bu saldırgan tutumunu "haklı göstermek" için yapacağı hiçbir "izahat" şiddeti, insan öldürmeyi anlaşılır kılmaz. Bu durum

yalnızca İsrail'in Filistin halkı üzerinde on yıllardır süren işgal ve abluka siyasetinin geldiği insanlık dışı boyutunu görünür hale getirir. Gazze'ye gıda ve ilacın erişimine dahi tahammül etmeyip, açık denizde yardım gemisine saldırarak insanları öldürmek bir insanlık ayıbıdır" denildi.

Derbent buluşması

Demokratik ve katılımcı yaklaşımın gereği olarak; seçimlerden hemen sonra yapıla gelen toplantıların bir yenisi Derbent'te 12-13 Haziran 2010 tarihinde gerçekleştirildi. İstanbul Tabip Odası Başkanı Dr. M.Taner Gören'in açılış konuşması ile başlayan buluşmaya tüm yönetim kurulu üyeleri, onur, denetleme kurulu ve TTB delegeleri ile komisyon ve kurulların üyelerinden oluşan 50 kişi katıldı. Yeni dönem çalışma programının, oda çalışmalarına aktif katılan, değişik alanlardan hekimlerle birlikte oluşturulması hedeflendi.

İlk gün oturumları, sağlık ortamının ve İTO'nun güncel durumu üzerine bilgi ortaklığı sağlamak üzere kurgulandı. İşleyiş ile ilgili bilgi paylaşımı, geri bildirimler ve katkılar doğrultusunda yapılan öneriler değerlendirildi. Katılımcılar, Odanın hekimlerle birlikteliğinin etkinleştirilmesinin ortak amaç olduğunu ifade ettiler. Önümüzdeki dönem çalışmalarına yansiyacak, fark yaratacak öneriler oluşturuldu, sunuldu. Sağlık ortamında güncel durum başlığında; geçtiğimiz yıllarda birbiri ardına oluşturulan yasa ve yönetmelikler ile şekillenen "sağlıkta dönüşü programı (SDP)" ele alındı. SDP'nin hekimliğin değişik uygulama alanları, "hekimler ve sağlık çalışanları" üzerindeki etkileri gözden geçirildi. Özellikle önümüzdeki döneme ait öngörü ve yaklaşımlar ortaklaştırıldı.

İkinci gün oturumları; çalışma alanlarının ayrıntılı incelenmesi ve çalışma programının hazırlanması üzerine kurgulandı.

Üniversiteler ve Tıp Eğitimi alanında yapılan sunumda; Bologna süreci ile üniversite tanımının giderek değiştiği, üniversitelerin eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunma görevleri olduğu, eğitim alanında; eğitim standartlarında belirsizlik, kaynak kısıtlılığı, eğitimin ücretli duruma getirilmesi, istençte azalma (eğiticiler ve eğitilenler açısından) sorunlarıyla çevrelendiği, araştırma alanında yaşanan sorunlar, olanaklarının kısıtlılığı ve var olanların dengesiz kullanımı, araştırmaların çoğunlukla akademik yükseltme amacı ile yapılması, genç araştırmacıların yaşamındaki belirsizlik ve gelecek endişesi, ekonomik sıkıntıların giderilememesi, sağlık hizmeti sunumunda yaşanan sıkıntılar; basamaklandırılmış sağlık hizmetinin ortadan kaldırılması, aşırı hasta yükü, paket uygulaması, SUT uygulamaları, parasal olanakların kısıtlanmış olması, döner sermaye yasalarındaki belirsizlikler ve sağlıkta dönüşüm programının etkileri olduğu belirtildi. Daha fazla işlem, daha fazla kazanç anlayışının hakim olduğu "performans" uygulamalarının eğitim, araştırma, nitelikli sağlık hizmeti sunumu gibi iyi he-



kimlik değerlerinden ödün vermeye neden olduğu vurgulandı. Üniversitelerin finansal baskılar nedeniyle; daha çok sağlık hizmetine yönelme, klinik iş yüküne boğulma, eğitime ayrılan zamanın azalması, daha çok "ödeme yapan" hastalara hizmet etme yarışı içine sokulduğu, tıp ve uzmanlık eğitimi, araştırma ve nitelikli sağlık hizmeti sunumu açısından ağır ve telafisi mümkün olmayan sonuçların doğmasının beklendiği anlatıldı. Tıp öğrencilerinin, aktif katılımcılar olmak yerine, pasif gözlemciler haline geldiğini, eğitimcilerinin, yaparak öğrenme yöntemlerinden, dersler ve ders kitapları yoluyla didaktik öğretim yöntemlerine geçtikleri, bunun problem çözücü ve eleştirel yaklaşan hekimlerin yetiştirilemesini sağlayamayacağı vurgulandı.

Kamu Hastaneleri alanında yapılan sunumda; sağlıkta dönüşüm programının uzantısı olarak Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Kanun Tasarısı, Kamu Hastaneleri Birliği Yasa Tasarısı ile Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırıldığı, sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık piyasasının koordinasyonu ve denetlenmesi görevleri ile şekillendiği, sağlık hizmeti sunma vasfının "özerk" sağlık işletmelerine devredildiği, dolayısıyla; aslında tüm sağlık ortamının özelleştiği belirtildi. Eğitim hastanelerinde hizmet sunumunun eğitim ve bilimsel üretime göre öncelendiği, buna karşın; performansa dayalı döner sermaye uygulamasının; iş barışı bozulması, niteliksiz muayene, branş dışı hasta muayenesi (etik sorunlar), zor olguların tedavisiz kalmasına neden olacağı belirtildi.

Özel Hekimlik alanında yapılan sunumda "Hekim Emeği" çalıştayında görüşüldüğü gibi, hekimlik işlemleri listesi ve güçlük kodlarının belirlenmesi gerektiği, hekim işgücünün siyasi erklerce kısıtlanamayacağı, işgücü ve hekim dağılımı üzerinde tek



yetkilinin TTB olması gerektiği, özel hastanelerde ya da özel sağlık kuruluşlarında çalışacak hekimlerin sözleşmelerinin bağlı buldukları il tabip odasının düzenlenmesinin uygun olacağı, nakit akışında hekim ve hastane gelirlerinin ayrı tutulması ile hekimin gelirinin gecikmeksizin kendisine aktarılması gerektiği belirtildi. Çalıştaydan çıkan kararlardan biri olan hekimlerin sendikal örgütlenmesi yönünde çalışmalar yapılması gerektiği vurgulandı. Hekimliğin bağımsız olarak yapılması yönünde çalışmalara ağırlık verilmesi, bağımsızlığın mesleki olduğu kadar finansal olarak da sağlanabilmesi gerektiği ifade edildi. Hekimlerin yönetimlerinin yine hekimler, meslek örgütleri aracılığıyla yapması gerektiği belirtildi.

Birinci basamak ile ilgili sunumda; SDP'nın temel ilkelerinin; güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet üzerine kurulu olduğu, primlere dayanan SGK'nun tüm sağlık işletmelerinde olduğu gibi birinci basamakta da katkı payı adı altında ek ödeme aldığı anlatıldı. 2005 yılından beri sürdürülen Aile Hekimliği uygulamasının 2010 tarihinde İstanbul'u da kapsayacağı, Sağlık Müdürlüğü'nün İstanbul'da güvencesiz sözleşmeyle çalışmaya, riskleri göze almaya hazır 3600 hekim ve 3600 sağlık personeli aradığı belirtildi. Bir devlet görevi olan sağlık hizmetinin; eşit, sürekli, entegre, nüfusa dayalı, basamaklı, öncelikli, nitelikli toplum katılımı, denetlenen, ekip çalışması ile yapılacakken gelinen noktada sağlık hizmetinin kapsam, sunanlar ve yararlananların parçalanmasına neden olduğu vurgulandı. Özelleştirmenin ekip hizmetinin terk edilmesine, hekimlerin yalnız çalışmaya zorlanmasına neden olduğu, aile hekiminin ebe, hemşire, sağlık memurunun patronu olduğu, tüm altyapı sorunları, kira, telefon, elektrik, sigorta, vergi ödemeleri ile başa çıkması gerektiği, mesleği devlet memuru

olarak sürdürme yerine sözleşmeli/ güvencesiz çalışma, özlük haklarının büyük oranda kaybı, tam gün ve esnek çalışma planlandığı vurgulandı. Aile hekiminin yoğun ve neredeyse aralıksız çalışması beklenirken, gezici ve yerinde sağlık hizmetleri ile yükünün daha da ağırlaşması, işyeri hekimliği için, aile hekimliği eğitimi almaya zorlayıp, mesleğe yönelik sınırlama getirilmesi, hastalık, doğum ve askerlik gibi uzun süreli zorunlu işten ayrılmaların dönüşünde işsiz kalma, kongre, sempozyum, seminer gibi sürekli mesleki gelişim olanaklarının kısıtlanması ve gereksiz teknolojik yatırıma neden olunacağı belirtildi.

Asistan hekimler de sürece ilişkin sorunları ve çözüm önerilerini anlatan sunum ve katkılarda bulundu.

Son oturumda, Oda Genel Sekreteri Dr. Ali Çerkezoğlu yaptığı değerlendirmede toplantı sonuçlarını çok önemsediklerini bildirerek buradan çıkacak raporun önümüzdeki dönem çalışma programının çatısını oluşturacağını bildirdi. Dr. Çerkezoğlu, önümüzdeki dönemde Odanın tüm hekimlerin özlük haklarındaki kayıplarını önlemek için etkin bir mücadele örgütleyeceğini belirtti. İTO'nun yönetiminin 80 yılı aşan tarihi birikiminden ve üyelerinden aldığı büyük destekle mücadelesini sürdüreceğini söyleyerek oturumu kapatmak için sözü Oda başkanı Dr. M. Taner Gören'e verdi.

Dr. Gören yoğun gündeme rağmen göz doldurucu sunular ve bunları tamamlayan tartışmalarla Türkiye Sağlık Ortamının röntgenini çekildiğini, Odanın 30.000 hekimden aldığı güçle İstanbul Tabip Odası'nın hekimlerin aleyhine olan her uygulama ve değişikliğin sonuna kadar karşısında olacağını ve hekimler için DOĞRU ADRES'in İstanbul Tabip Odası olduğunu bildirerek meslek örgütüne sahip çıkmanın tam zamanı olduğunu söyledi.



Prof. Dr. TANER GÖREN



Bu sayıda içimizden birinin konuğu odamızın çiçeği burnunda başkanı Taner Gören. Başkanlar merak edilir diye düşünüp kendisiyle konuşmak istedik. Amacımızın genel olarak fikirlerini aktarmak olmadığını ilettik. Bunu nasılsa çeşitli vesilelerle gerek genel kamuoyuna gerekse hekimlere iletmek için bol bol zamanı ve olanağı olacak. Daha özel yanlarını tanımak istedik ve sorduk...

Bu sürece nasıl bir motivasyonla dahil oldunuz?

1975 Cerrahpaşa'dan mezun olunca ihtisas yapma düşüncesi vardı. Çünkü tıptaki altı senenin sonunda yetersiz durumda hissediyordum. Bu donanımla iyi doktorluk yapmakla ilgili kafamda soru işaretleri vardı. Uzmanlıkla ilgili sürece hazırlanırken askerlik tecil sorunlarım vardı. Tecil belgesi için uğraştım ama alamadım ve 1975 Haziranı'nda askere gittim. İlk doktorluk uygulamalarımı askerken yaptım. 1977 başında istihdam politikaları açısından bakacak olursak bir doktor olarak nerede nasıl çalışacağımı bilmiyordum. Bir arkadaşım önerdiği için iş ve işçi bulma kurumuna başvurduğum. Bir kaç hafta içerisinde cevap geldi ve Esnaf Hastanesi'nde gece nöbeti buldum. Boğaz tokluğuna diyebileceğim bir para ile başladım.

Bir yandan da ihtisasa hazırlanırken tabip odasına devam etmemi başlatan süreç kendiliğinden oluşmuş oldu. SSK Eyüp Hastanesi'nde meslek hastalıkları kliniğinde iş buldum. Orada adını anmak isterim, Haldun Sırer hocanın yanında hekimliğin sosyal boyutunu gösteren bir alanda işe başladım.

Böylece sadece doktorluk yapmak değil, sosyal sorunlarla da ilgilenmek gerekliliğini kavradım. Ayrıca İstanbul Tabip Odası aktivistliği şansını da buldum. Hastane çok aktif bir yerdi ve yine ismini anmak istiyorum Şakir Derkurt hoca ile sohbetler etme fırsatı buldum. Sağlıkla ilgili olduğunu düşündüğüm sorunlar rahatsız ediyordu ve bunları tartışıyorduk. Bunun sonucunda biraz da Şakir Derkurt'un yönlendirmesiyle oda çalışmaları

larına aktif olarak katılmaya başladım.

O zaman mı üye oldunuz?

O dönem zaten üyeydik, üye olmak mecburi idi. Oda çalışmalarına devam etmeye başladım. 1978 yılında ilk işçi sağlığı kurultayını gerçekleştirdik. O kurultayın düzenleme kurulunda bulundum.

Mesleki gelişiminiz daha sonra farklılaştı ama değil mi?

Evet. 1979'da iç hastalıkları eğitimine başladım. Odanın temsilcisi oldum. 1983-86 yıllarında mecburi hizmet için ayrıldım ve o dönem Giresun Ordu tek bir tabip odası bölgesi iken ayrılma sürecine girildi ve ben Giresun Tabip Odası yönetim kurulunda görev aldım. Yine aynı dönemlerde Nusret Fişek ile tanıştım. Kendisi benim için tam bir örnektir, onu yakından tanımak benim için şanslı.

Mecburi hizmetten sonra neler yaptınız?

1986-88 yıllarında Samsun'da öğretim üyeliği yaptım yardımcı doçent olarak. 1988 yılında ise İstanbul Tıp Fakültesi'nde kardiyoloji yüksek ihtisasına başladım. Bu sırada iç hastalıkları doçenti oldum. 1998'de ise profesör kadrosuna atandım.

Kardiyoloji tercihinizde ne etkili oldu?

Cerrahi seçim yapmadım. Karadenizliyim. Karadenizli olarak biraz heyecanlı bir kişiliğim var. Ellerimin titremesine engel olamam diye düşündüm. Ya çocuk ya iç hastalıkları olacaktı. Çoğuktan bir kere sınava girdim.

Karadenizlilik başka neyinizi etkiliyor?



Geçenlerde ekşi sözlükte benimle ilgili ne var ne yok diye baktım. Çok fazla bir şey yok yalnız bir paragraf ve çok iyi karadeniz fıkrası anlatır diye bir tespit var.

Anlatır mısınız peki?

Hem anlatmayı hem dinlemeyi çok severim. Aslında Karadeniz fıkralarında ince bir nüans var. Fıkralara dikkat ederseniz anlatılan kişiler çok saf ve ince bir zekaya sahip. Karadenizli insanı komik duruma düşürmesine rağmen o ince zekaya da tanıklık oluyoruz.

Peki komik duruma düşmüş olmak sizi nasıl etkiliyor?

Burada o komik duruma düşme beni incitmiyor. İnsan yeri geldiğinde kendisi ile alay edebilmeli.

Bu arada karadeniz geniş bir bölge, siz tam nerelisiniz?

Rizenin Pazar ilçesi. İlçenin eski adı Atina'dır. Hala eskiler ilçeye giderken Atina'ya iniyorum derler. Orası Rum Pontus imparatorluğunda önemli bir yer. Önemli bir koloni olarak bulunmuş. Yönetimlerde söz sahibi olmuş. Belgeye dayalı fazla bilgi yok. Orada benim çocukluğumda gözümü açtığımda duyduğum dil lazca idi. Anadilim lazca ve bu dili konuşuyorum. Bu arada Kafkas halklarından Migrel ya da Megrelce konuşan bir grup daha var. Kafkas halklarından Gürcü topluluğunun bir parçası olduğu düşünülen bir gruptur ama aslında ayrı bir topluluktur. Kafkasyada da var. Bizim lazca ile aynıdır. Pazarla Çayeli arasında bir tünel var. O tüneli geçmez lazca bıçak gibi kesilir.

Ne var orada?

Karadeniz ağzı var. Bazıları yanlış olarak ona lazca diyorlar. "G" harfi yerine "c" kullanmak gibi. Pazarla çayeli arasında fark vardır. "C"de biraz "z" gibi konuşulur. Ama bu lehçedir.

Yaşayan lazca ayrıdır. Dilimizde gürcü kelimeleri var, rumca kelimeler var. Mesela bizim Pazar'da "gel" yerine "ela" denir. Ardeşen var. Lazcası farklıdır. Orada "gel" yerine "mofti" derler. Mofti lazca, ela rumca.

Çalgılar nasıldır, neler kullanılır?

Karadenizin kıyı kesimlerinde kemençe var. Dağ kesimlerinde ise tulum var. Hemşin filan oralarda tulum çalarlar.

Siz bir şey çalıyor musunuz?

Benim koşullarım uygun değildi ve bir şey çalmayı öğrenemedim.

Peki horonla aranız nasıl?

Çalgı da yok, horon da.

Tanıdığım tüm karadenizliler kemençe çalınca dayanamayıp oynuyorlar hani hamsi balığı gibi.

Ben oynayamıyorum. Tabii usulüne uygun oynamıyorum. Yoksa oynarım ama usulüne uygun oynamak lazım. Hatta bir ara kurs alayım, bir şey öğreneyim diye horona başlamayı düşündüm. Hayatta yapma-

yı mutlaka isterdim diye aklıma gelen şeylerden bir tanesi horon yapmak ya da daha geniş biçimde dans etmek bir de ne olursa olsun bir çalgıyı iyi çalabilmektir.

Bununla ilgili bir plan yapıyor musunuz?

Çalgı ile yok ama horonla ilgili olarak var. Arkadaşların üye olduğu dernekler var bir ara gitmeyi düşünüyorum.

Oda konusuna gelelim. Neler yapmayı düşünüyorsunuz?

En önemli gördüğüm şey üyelerle ilişkiler.

Seçim döneminde bol bol üyelerle iletişiminiz olmuştur. Nasıl geçti seçim dönemi sizin için?

Benim daha çok oda aktivistleri ile temasım vardı. Muayenehane açmak zorunda kalınca 2002 itibariyle odayla temasım azaldı. İki dönem onur kurulu sonra merkez delegasyon üyesi olarak görev yaptım. Yeni seçim döneminde arkadaşların beni, oda yönetimine önerebilecekleri de aklıma gelmişti. Fakat zor bir görev olduğu için bunu çok da istemiyordum. Bu zorluğu benden daha iyi yönetebilecek arkadaşlar da olduğunu biliyordum. Dolayısıyla yönetime gireyim, başkan olayım diye bir davranış içerisine girmedim. Hatta seçimler yaklaşınca bir başka arkadaş bulunmuştur diye sevindiğimi itiraf etmeliyim. Çünkü mesleki olarak profesör ünvanım olsa da kendimi oda aktivitesi açısından aslında bir çirak olarak görüyorum.

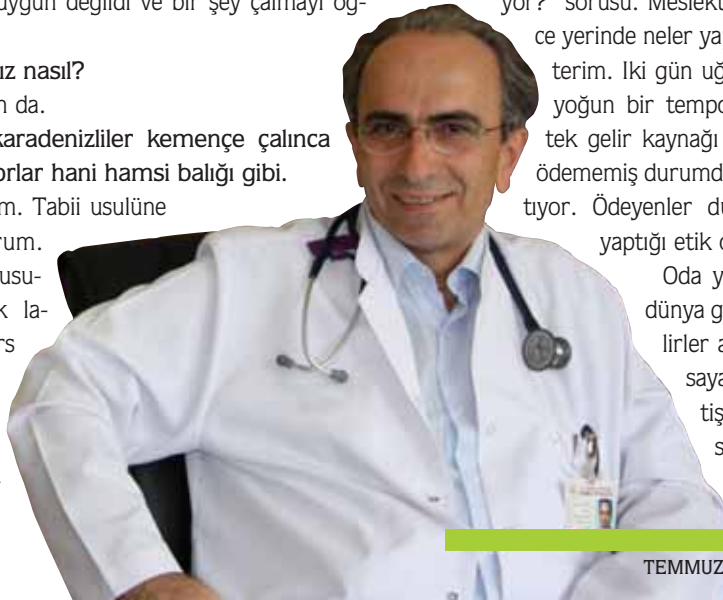
Odada yapmayı düşündüklerinize dönecek olursak?

İletişimi artırıcı işler dışında daha çok bilimsel aktivitelerde yer almak ve bu tip aktivitelerin artmasını istiyorum. Mesela mezuniyet sonrası kurslar olabilir. Bilimsel dergi olabilir. Ayrıca öğrencilerle diyalog da çok önemli. Öğrenciler geniş açıdan dünyaya bakabilmeli. Olaylara çok geniş açıdan bakmayı öğrenmeden hekimlik yapamazsınız. Ayrıca altı yıl gibi bir eğitim döneminin basit bir teşhis tedavi ile sonuçlanmasını beklemek yazık olur. Aynı zamanda bir aydın olarak yetişmeli tıp öğrencisi ve bu yüzden tabip odası mutlaka içinde bulunulması gereken bir okul. Hem iyi bir aydın olabilmek hem de iyi hekimliği anlayabilmek için bir okul. Dolayısıyla daha öğrencilik yıllarından itibaren oda ile iletişim kurulmalı.

Son olarak eklemek istedikleriniz nelerdir?

Benim en çok karşılaştığım soru "oda benim için ne yapıyor?" sorusu. Meslektaşlarımla bu soruyu sormadan önce yerinde neler yapıldığını bir süre gözlemlemesini isterim. İki gün uğrasınlar buraya. İnanılmaz boyutta yoğun bir temposu var. Bunları yürütebilmek için tek gelir kaynağı aidatlar. Üyelerin yarısı aidatlarını ödemiş durumda. Bu durum odanın işleyişini aksatıyor. Ödeyenler düşünüldüğünde ise ödemeyenlerin yaptığı etik olmayan bir durum.

Oda yöneticilerinin dünya görüşü benim dünya görüşüme uymuyor diye düşünülebilirler ancak oda hepimiz için gerekli. Akşayan yönler varsa bunlar bir sürü iletişim aracılığı ile paylaşılabilir. Ben son olarak üyelerimizden bizi alabileceğine eleştirmelerini isterim.





ARİF AKKAYA:

Çocuklarımız için adalet istiyorum

Yalnızca güvenlik güçlerinin hazırladığı tutanaklara dayanılarak yapılarak hazırlanan iddianemelerle 4 bin çocuk TMK kapsamında yargılanıyor ve bir çoğunun cezası yargıtayda onamayı bekliyor

Hekim Forumu: Öncelikle şunu sormak istiyoruz, şu anda TMK kapsamında kaç çocuk cezaevinde bulunuyor ve tutuklanma gerekçeleri nedir?

Arif Akkaya: Şu an Adalet Bakanlığı'nın verilerine göre, 245 TMK kapsamında çocuk cezaevlerinde tutuluyor. Bu çocukların tutuklanma gerekçeleri sadece kolluk kuvvetlerinin tutanakları doğrultusunda gösterilmiş. Tutuklanma nedenlerine birkaç örnek verecek olursak: Cizre'de olan olaylar sonrası polisin deyimiyle keklik avı başlatılır. Sokaktan geçen herkesin üzerinde bir baskı oluşturulur. Burada polise direnen çocuklardan biri acımasızca dövülür, kolu kırılır, aynı zamanda üzerine benzin dökülür. Parmak izi oluşsun diye zorla eline şişeler tutuşturulur. Ve şu anda bu çocuk 15 yıl ceza olarak Diyarbakır D tipi cezaevinde yatıyor. Aynı şekilde yakaladıkları her çocuğun önce sırtlarına bakılır. Terliyse ve elinde toz varsa -taş izi anlamına geliyormuş- cebinde bilye varsa tutuklanma gerekçeleri yerine gelmiştir ve suçludur. Dolayısıyla mahkeme tarafından en az 7 yıl ceza verilir. Bu ceza örgüt üyesi olmamakla birlikte örgüt adına suç işlemek, gösteri yürüyüş kanununa muhalefet etmek, polise direnmek gibi gerekçelerle cezası kesinleşir.

Kamu malına zarar vermekten, propaganda yapmak eklenir elinde taş varsa veya Molotof suçlaması varsa 45 yıla tekabül eden iddianemeler hazırlanır bu şahısın çocuk oluşu bu cezanın en alt sınırı olan 13 veya 15 yıl ile ceza verilir kısaca bu çocukların % 90 nı sadece kolluk kuvvetlerin tutanaklarına göre tutuklanırlar şuanda 4000 çocuk TMK kapsamında yargılanmakta bir çoğunun cezası yargıtayda onamayı bekliyor.

2006 yılında Terörle Mücadele Kanununda nasıl bir değişiklik yapıldı ve sonuç bunlar oldu?

16 Martta Bingöl kırsalında yapılan bir operasyon da 14 militanın öldürülmesi ve bu militanlardan dördünün 28 Martta Diyarbakır'a getirildiğinde cesetlerin işkenceden ve yanıklar nedeniyle tanınma-



yacak halde olması olayların artmasına sebep olmuştu. Dört gün süren olayların sonucunda 7'si çocuk olmak üzere 11 kişi ölmüş, bir o kadar da yaralanmalar olmuştu. Ayrıca yüzlerce insan -çocuklar dâhil- gözaltına alınıp, tutuklandılar. Bu esnada bunu hazmedemeyen AKP Hükümet'i ve Başbakan harekete geçti. "Çocukta olsa kadında olsa güvenlik kuvvetlerimiz gerekeni yapacaktır" demesi sonrası 1986' da çıkarılmış olan TMK'da bazı değişikliklerin yapılmasının kapısını açtı. Bu değişiklikte cezalarda 12-15 yaş arası ve 15-18 yaş arası çocukları da kapsayacak şekilde düzenlemeye gittiler. 2007 başlarında ki 15 Şubat gösterilerinde Yahya Menekşe adlı bir çocuğun panzer tarafından ezilmesinin ardından düzenlenen cenaze töreninde okul ve mahalle arkadaşlarının polisle çatışması sonrasında 86 çocuk gözaltına alınmış ve tutuklanmıştı. Bu çocuklar 2 yıl cezaevinde yattılar. Halen mahkemeleri devam ediyor. 3 yıl içinde 4 bin çocuğa ulaşıldı ve bu çocukların tek suçları öldürülen arkadaşlarını gömmektir. Bu isteğe bile polis izin verince olaylar başlamış, artık çocuklar için intikam, devlet için ise çocuk avının başladığı bir sürece girilmişti.

Biz Türkiye'de yaşayan insanlar, anneler babalar olarak suçluyuz. Dünyaya getirdiğimiz çocuklarımıza demokratik, özgür bir toplum yaratamadık. Bugün Sevinç Özgüner'in anısına sahip çıkardık çocuklarımız özgür, demokratik bir ortamda yaşiyor olacaklardı. Bugün çocuklar öldürülmemiş olacaklardı, cezaevlerinde olmak yerine okullarında eğitim göreceklerdi.

Türkiye'nin uluslar arası çocuk koruma kapsamında imzaladığı birçok sözleşme var. TMK'da yapılan değişikliklerle tezatlık oluşturuyor mu?

Türkiye uluslararası sözleşmelere imza atmış bunu da Anayasa'nın 90. Maddesiyle garanti altına almıştır. (Madde 90: Milletlerarası Antlaşmaları Uygun Bulma)

Görüldüğü gibi Anayasa'da bile tartışılmayan bu madde ihlal edilmekte ve dünyanın en geri ülkelerinde bile 18 yaş altı çocuklar bu şekilde yaşlarından kat be kat ağır cezalar ile cezalandırılmamaktadır. Ayrıca ülkemizde bile çifte standart uygulaması vardır. Çocuk adam öldürüyor, 2,5 yıl yatıp çıkıyor, bu çocuklar ise tüm cezasını çekmek zorunda kalıyorlar. TMK'dan yargılandıkları içinde cezaları 2/3 oranında artırıyor. Bunun en bariz örneği de günlerce kamuoyunu meşgul eden Cem Gariboğlu olayı. Genç bir kızı doğrayıp, bir gitar kutusuna koyup, çöpe atıyor, yakaladığında ise yanında sosyal destek uzmanı, psikolog ve avukatından oluşan bir heyet öncülüğünde ifadesi alınıyor. Bizim Kürt çocukları veya TMK mağduru çocuklar ise çeşitli işkencelerden geçtikten avukatı veya ailesiyle görüştür-

lüyor. Türkiye'deki adalet sistemindeki çarpıklıklar vardır.

Bu sözleşmelerin bir yaptırımı yok mu? Varsa ne tür yaptırımlar bunlar? Yani bir ülke uluslar arası sözleşmelere imza atacak fakat kendi iç hukukunu tam tezat düzenleyecek. Burada bir tuhafılık yok mu sizce?

Kesinlikle vardır. Yukarıda söylediğim gibi kimileri için adalet yüzde yüz uygulanırken kimileri için yok denilecek duruma gelmektedir.

Bu yaptırımlar uluslararası mahkemelerdir. Örneğin, şimdiye kadar on binlerce dava AHİM'e gitti. Türkiye üzerinde çeşitli yaptırımlar uygulamışsa da bu cezalar para cezalarından öteye gidememiştir. Aslında bu AHİM'den gelen cezaları, yanlış karar veren hâkim, savcı ve Yargıtay'dan tahsil edilmiş olsaydı inan ki bir daha böylesi yanlış kararlar verilmez adalet her kes için uygulanmaya başlanırdı diye düşünüyorum. Belki de yanlış düşünüyorum. Bir şekliyle yanlış karar veren mahkemeler için en üst mahkeme Yargıtay Dairesi'dir. O da söz konusu davalar TMK ve Kürtler ise dosyaların içeriğine bile bakmazlar.

AKP hükümeti bir demokratik açılım kavramından söz



ediyor epey zamandır. Fakat cezaevinde bulunan çocuklar için ise Başbakan Yardımcısı ve Hükümet Sözcüsü Cemil Çiçek "Aslında bunlar çocuk değildir" gibi bir açıklama yaptı. Bu iki durumu bize değerlendirebilir misiniz?

Açılımdan söz edilince bu kez kimlere yönelik operasyon yapılacak kaygıları oluşuyor. Açılım başladığı gün 1500 Kürt siyasetçisi, Belediye Başkanları, insan hakları savunucuları, KCK operasyonu adı altında cezaevlerine konuldular. Açılımdan bahsedildi 2 binin üzerinde çocuk cezaevlerine konuldu, haklarında davalar açıldı. Açılımdan konuşuldu. Aralarında belediye başkanlarının da olduğu siyasetçiler tutuklandı. Açılımdan konuşulunca Kürtlere yönelik 1992'leri aratmayacak baskılar oluştu. Aslında açılım deyince mutlaka bir yol haritasının çıkarılması gerekirdi. Bu kitaplaştırmak tüm kesimlere dağıtılmalı, halka ise yıllarca aşılana şoven duygularından arındırılması içinde ikna edilmeliydi. Ama burada gördüğümüz şey tam tersi. STK'lara gidildi, şovenizm ve milliyetçilik anlatıldı. Birçok yerde linç girişimleri oldu. Romen açılımı denildi, Romenler linç edildi. Alevi Açılımı dediler, Alevi'lere yönelik linç girişimleri oldu. Demok-

ratik Açılım denilince de linç girişimleri bir çok alanda gerçekleşti. Üniversitelerde okuyan Kürt gençlerine yönelik linç girişimleri ve okullardan atılmalar yaşandı. Zaten AKP iktidarının bir diğer özeliği ise her kesimle kavga edip kavga ettiği kesimin muhaliflerinden oy almaktır. Bir Başbakan var ki -Amerika hariç- kavga etmediği halk kesimi ve devletler kalmadı diye düşünüyorum

Cezaevinde bulunan çocukları yakından takip eden isimlerden birisiniz. Mümkün olduğunca her yerde yaşananları anlatmaya çalışıyorsunuz biliyoruz. Lütfen bir defa da bize çocuklar cezaevlerinde neler yaşıyorlar ve psikolojileri ne durumda?

İnan bu çocukları anlatmak o kadar zor ki... Cezaevi koşulları zaten çocuklar göre değil. Adı üstünde çocuk diyoruz... Bu çocuklar 15 - 18 yaş arası ergen dönemi dediğimiz yaşlardır. Bu çocuklar bu süreci daha özgür bir ortamda geçirmeleri gerekirken, cezaevinin duvarları arasında geçiriyorlar. Bu çocuklar üzerinde çalışmaya ilk önce Cizre'den başladık. Yukarıda bahsettim Yahya Menekşe olayını ve ardından yakalanan çocukları izledik. Bir de Adana var, basında çoklukla bahsi geçen ilerden biri. Buradaki aileler gerçekten dar gelirli. Hemen hepsinin köyü boşaltılmış, devlet zulmünden kaçıp, şehir varoşlarında yaşıyorlar. Bir çocuğun hikâyesi beni çok derinden yaralamıştı. İnternet kafede, polis sırtına bakıyor, sırtı terli. Bu nedenle çocuğu gözaltına alınıyor. Dayak yani işkence faslı başlıyor. Dayak, küfür, hakaret gibi muamelelerden geçen çocuk şube müdürlüğüne oradan doktora gidiyor. Öyle her doktora da değil, özellikle rapor vermeyen, bu çocuklara terörist diyen doktorlara götürüyorlar. Orada da doktordan da bir güzel azar işitiyor, sen misin devletin polisine karşı gelen, taş atan... Oradan savcılığa, savcıdan mahkemeye, oradan polisler eşliğinde cezaevine askele teslim ediliyor. Askerler, çocuğu terörist diye çırıl çıplak soyarak alay ediyorlar. Tüm bunların yanı sıra alay ve aşağılama da var. Ayrıca suyla ıslatılıp hotumla dövüldükten sonra, gardiyanlara teslim ediliyor. Aynı şekilde bu kez de gardiyanlar tek tek arama bahanesiyle soyuyorlar çocuğu. Birkaç gece de hücrede tutulduktan sonra adli mahkûm diye tabir edilen hırsız, kap kaç suçlarında tutulan koğuşa götürülüp alın size terörist getirdik deyip içeri atıyorlar. Bu sefer de adli mahkûmların şiddeti ve işkencesi başlar. Bu durumun ne kadar sürdüğü belli değil. Ödenek bulunup da Pozantılı Cezaevine gönderilen kadar bu böyle devam eder. Cezaevinde yemek sorunları, yıkanma sorunları, giyinme sorunları, eğitim sorunlarının dışında beslenme sorunları da var. Yemeklerden insan tırnağı, paslı çiviler, insan dişi, böcekler gibi maddelerin çıkıyor. Birçok çocuk yemeği yedikten sonra gidip kusuyor. TMK mağduru çocukların cezaevinden çıkışları bile bir başka sorun. Dışarıyla uyumsuzluk, polisten korkma, her an gelip götürülme korkuları, kronik ülser, sürekli uyuyamama, uykusunda uyanıp bir daha uyuyamama gibi birçok psikolojik rahatsızlıklar yaşıyorlar. Okula başladıklarında

okula uyum sağlayamama gibi sorunları var bu çocukların.

TMK mağduru çocuklarla ilgili yasal düzenleme Meclis Adalet Komisyonu'ndan geçti. Peki, bundan sonra neler olacak? Geçen düzenleme yeterli bir düzenleme midir?

Yasa alt komisyondan geçti, meclise sunuldu. Almış olduğumuz duyuma göre 16 Temmuz'da mecliste oylanacak. Bu kanun öyle çocukları kurtaracak tarzda bir kanun değil. Sadece çocukların Özel Yetkili Ağır Ceza Mahkemeleri yerine Çocuk Mahkemeleri'nde yargılanacaklar. Bu iyi bir gelişme tabii ki ama çocukları TMK kapsamından çıkarmıyor. Bir de 2911 Gösteri Yürüyüş Kanun'unda ceza indirimi getiriyorlar. Aslında mahkemelerin ve kolluk kuvvetlerinin bakış açısının değişmesi lazım. Bunları terörize etmeden empati kurmaları gerekiyor. Çünkü bu çocuklar asit kuyularında babalarını, ağabeylerini, dedelerini, amcalarını kaybettiler. Bu bölgede yıllarca on binlerce faili meçhul bir şekilde yakınlarını kaybettiler. Otuz yıllık savaşın en büyük acısını kadınlar ve çocuklar yaşıyorlar. Devlet, bu çocukların elinden tutulması gerekirken daha çok terörize ediyor ve kendinden uzaklaştırıyor. Örgütlerin dağıtılmasına 16-17 yaşında çocuklar ekliyor. Bu çocuklar öyle bir kin ve öfkeyle doluyor ki tüm acıma hislerini kaybediyor. Dağa gittiğinde kendini özgür hissediyor. Çünkü intikam duygusuyla doludur. O körpeçik yürekleri çok kısa bir zamanda bir ölüm makinesine dönüşebiliyor. Başka alternatif kalmamıştır o çocuğa... Okulda yakalanıyor, üniversitede öldürülüyor, bunu çocuk çok iyi görebiliyor... Bize anlatıyor kim ve ne için okuyacağım ve o okuma şansını kim verecek bana diyorlar. Muğla'da öldürülen, Samsun'da, Tokat'ta linç edilen çocukları bize örnek gösteriyorlar.

Sizin çocuğunuz da bir TMK mağduru. Bize bir baba olarak yaşadıklarınızı anlatmanız mümkün müdür?

Tüm bu anlattıklarımı özet olarak şunları söyleyebilirim: Sen gözünden bile sakındığın çocuğunu, elleri titriyor, gözlerinin içine bakamıyor, eğitiminden alı konulmuş ve 7 yıl ceza almış, cezası onanırsa korkusuyla ya dağa çıkacak ölmeye ya da cezaevine gidecek çürümeye bu iki seçenektan başkada çaren kalmamışsa...!

Biz Türkiye'de yaşayan insanlar olarak, anneler babalar olarak suçluyuz. Çünkü dünyaya getirdiğimiz çocuklarımıza demokratik, özgür bir toplum yaratamadık. Sevgili hocamız Sevinç Özgüner'in anısına sahip çıksaydık bugün çocuklarımız özgür, demokratik bir ortamda yaşıyor olacaktı. Bugün çocuklar öldürülmemiş olacaktı, cezaevlerinde olmak yerine okullarda eğitim görüyor olacaktı.

Bir baba olarak görevimi yerine getirmediğim için suçluyum! Geleceğimiz olan tüm çocuklardan özür diliyorum, sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Not: Tüm Çocuklar İçin Adalet Çağrıcılarına emeği en büyük olan sevgili Mehmet Atak Beyefendiye şükranlarımı iletiyorum.



“Kırk katır mı kırk satır mı?” dönemi...

Sağlıkta dönüşüm adı verilen neoliberal saldırının artık sonlarına geliniyor. Son 5-6 yıldır kimi zaman incelikli ve kurnaz politikalarla, kimi zaman ise kaba bir ben yaptım oldu mantığıyla dayatılan uygulamaların son etabına girmiş bulunuyoruz. Şimdiye değin pilot uygulama adı altında sürdürülen fiili durum aralarında İstanbul'un da bulunduğu son etap illerde aile hekimliğine geçilmesi konusundaki aceleci tavır süreci yönetenleri bile şaşkınlığa uğratmış görünüyor.

Ülke nüfusunun yüzde yirmisini barındıran İstanbul'da böylele alel acele, neredeyse yangından mal kaçırır gibi aile hekimliği uygulamasına geçileceğinin ilan edilmesi hem sürecin uygulayıcılarında, hem de mesleki gelecekleri kendilerinin hiç katılmadığı bir kararla belirlenen hekimlerin kaygılarını artırmış görünüyor.

Bunun ilginç göstergelerinden birisi aile hekimliği uygulamasına, dolayısıyla aile hekimliği 1. Aşama uyum eğitimi adı altında verilen eğitime katılmayan hekimlerden bu eğitime katılmak istemediklerini bildiren bir dilekçe istenmesi oldu. Normal koşullarda bir eğitime (ya da herhangi bir etkinlik) katılmak isteyenlerin bu isteklerini bir dilekçeyle belirtmeleri beklenirken burada tam tersi uygulanmaya kondu. Belli ki süreci yönetenler bu eğitimlere katılmama tavrını kendileri açısından bir sorun (tehdit) olarak görüyorlar. Bu tavırda kararlı olanların bunu yazılı olarak da ifade etmelerini isteyerek belli ki kendi sorumlulukları olmadığını garanti altına almaya çalışıyorlar.

Öte yandan bu gerilim sadece yöneticilerde değil şimdi kırk katır mı yoksa kırk satır mı türünden bir tercih yapma zorunluluğuyla yüzyüze gelen tüm hekimler gelecekleri konusunda endişeye kapılmış durumdalar. Aile hekimliğini seçmeyenlerin nasıl oradan oraya sürdürüldüğünü, aile hekimliği sisteminin angaryalarını üstelik üç kuruşa yapmak zorunda kalan TSM hekimlerinin öyküleri kulaktan kulağa yayılıyor. Aile hekimliğini seçmek dışında bir seçenekleri olmadığını düşünen hekimler bir yandan alacakları ücretlerin görece yüksekliği ile kendi kendilerini ikna/teselli etmeye çalışırken diğer yandan bu sistemin sürdürülebilirliği konusunda son derece kaygılılar. Üstelik bu kaygıyı taşıyanlar sadece muhalif hekimler değil, tam tersine kendilerini fikren bu iktidara yakın hisseden hekimler dahi bu işin altında bir bit yeniği bulunduğu duygusundan kurtulamı-

yorlar. Geçmiş tecrübelerinden de çok iyi biliyorlar ki örneğin memur maaşlarında üç kuruşluk artış yaparken bile elleri titreyen iktidarın aile hekimliği ücretleri konusunda böyle bonkör davranmasının sonradan açığa çıkacak çok acı bir faturası olacağından endişelenmekten kendilerini alamıyorlar. Nihayetinde bu konudaki endişelerini de ancak, isterlerse geriye dönebileceklerini düşünerek yatıştırmaya çalışıyorlar. (Ancak dikkatlerinden kaçan küçük bir ayrıntıyı anımsatmakta yarar var; bu zamana kadar yapılan uygulamaların aksine aile hekimliğine geçen hekimler kadrolarıyla birlikte atanacaklar. Ve bu işten pişman olup geriye dönmek istediklerinde geriye dönebilecekleri bir pozisyon kalmayacak.)

Aile hekimliğini seçmek dışında bir seçenekleri olmadığını düşünen hekimler bir yandan alacakları ücretlerin görece yüksekliği ile kendi kendilerini ikna/teselli etmeye çalışırken diğer yandan bu sistemin sürdürülebilirliği konusunda son derece kaygılılar. Üstelik bu kaygıyı taşıyanlar sadece muhalif hekimler değil, tam tersine kendilerini fikren bu iktidara yakın hisseden hekimler dahi bu işin altında bir bit yeniği bulunduğu duygusundan kurtulamıyorlar.

Neredeyse arkadan ittirilerek içine sokulmaya çalışıldıkları bu yeni sistem hakkında çok derin kaygıları olsa da belirsizliğe doğru sürüklenmeye direnemiyor oluşları ise maalesef meselelerin en acı tarafını oluşturuyor.

Kimbilir belki de bu süreç dibe vurduğunda hekimler kendilerine dayatılan birbirinden beter durumlardan birisini tercih etmeye rıza göstermek yerine kendi istedikleri gibi daha onurlu, insana yaraşır, bilimsel, ahlaki ve sosyal yönleriyle çok daha tatmin edici bir hekimlik ortamı talep eder hale geleceklerdir.



SAĞLIK BA İSTANBUL Fİ REHABİLİTASYON EĞ HASTA

SAĞLIK HAKKI

Hak; adalet, doğruluk, herkesin meşru sa-
lahiyeti, insanın diğer insanları sınırlama-
dan var olan özgürlüğü. Doğuştan. Yaşa-
mın başlangıcından beri olan gelen, olma-
sı gereken. Yemek, barınmak, korunmak,
ısınmak, sağlıklı koşullarda büyüme,
eğitim almak, iş sahibi olmak, düşün-
mek, konuşmak, sevmek, sevilmek kısacığı
yaşamak ve var olmakla ilgili her şey
hak kavramında. İddialı ama olması gere-
ken, savunulması gereken durum. Sağlığı
tartışmaya ne gerek elbette yaşamsal bir
hak. Dosya konumuz SAĞLIK HAKKI.

İSTANBUL
70. YIL FİZİK TERAPİ
VE
REHABİLİTASYON MERKEZİ

AKANLIĞI
ZİK TEDAVİ
İTİM ve
ANESİ

HASTANEMİ
GERİVER!

SAĞLIĞIMA
ENGEL OLMA
PLATFORMU

Tartışılmasına bile gerek görmediğimiz bu konu nasıl oluyorda dosya konumuz oluyor? Nedeni basit, yaşadığımız ülkenin sağlık politikaları, IMF, kapitalizm, gündelik hayatımızda sağlığı hak olmaktan çıkarmış. Satın aldığımız, ne kadar paramız varsa o kadarını satın aldığımız bir metaya dönüştürmüş. Çok paranız varsa 'A' hastanesi, az paranız varsa 'D' hastanesi ama mutlaka paranız varsa var konumunda olan sağlık hakkımız aslında tamamen paradan metadan uzak bir kavram. Talep edilen sağlık hizmetinden bile bağımsız. Çünkü sağlık oturduğunuz ev, nefes aldığınız şehir, çocuğumuzun içtiği süt, iş yerimizin güvenliği. Ki bunların hepsi doğuştan hak, insani ve yaşamsal. Neyi ne kadar biliyoruz, diretiyoruz, arkasında duruyoruz, yoksa derin derin uyuyor muyuz? İşte Dosyamız bunun için. Ne için ne olmakta, gasp edilen hakların farkındalığına. Uyananlara, uyumayanlara, uyumayacaklara



SAĞLIĞIN TİCARİLEŞTİRİLMESİ SÜRECİ VE SONUÇLARI

Hekimler sürecinde Virchow adını zaman zaman kullanır, çoğu hekim de tozlu ders notlarından hatırlar. “Virchow triadı ve Virchow nodülü” bunlardan en bilineni. Bir patolog olan Dr. Virchow’un pek bilinmeyen bir yanı daha vardır: “Sosyal Tıp” disiplinin gelişimine olan katkıları. Dr. Virchow, 1848’de hükümet görevlisi olarak tifüs salgınına incelemek için madenlerde görevlendirilmesi sonrasında çok önemli bir rapor yazar. Bu raporda salgının temelindeki sosyal ve ekonomik faktörlere dikkat çeken hekim özetle şu sonuçlara ulaşarak raporunu tamamlar:

- Toplumun sağlığında sosyal etmenlerin önemli bir yeri vardır.
- Sağlığı korumak ve hastalıklarla savaşmak için sadece tıbbi önlemler almakla yetinmemeli, sosyal önlemler de alınmalıdır.

I Sağlıkla ilgili sosyal ve ekonomik koşullar bilimsel yönden incelenmelidir.

I Tüm bireylerin sağlığını korumak ve güvenceye almak bir kamu görevidir.

I Hükümet politikasında halkın sağlığına yönelik değişiklikler yapılmalıdır.

Hazırlanan bu rapor, hükümete toplumsal sorumluluklar yüklediğinden olacak, kabul edilmez ve Dr. Virchow işsiz kalır.

Bu durum aslında sağlık kavramına biyolojik temelli bakışın yansıdığı bir manzaraya örnek oluşturuyor. Üstelik bu manzara bugün daha da artarak sürüyor. Sağlık “beden”e indirgenmiş durumda. Sağlıklı olmak demek bedeninize iyi bakmak, diyet yapmak, fiziksel aktivite, anti ageing, anti oksidanlar, bitkisel ürünleri tüketmekle eşdeğer neredeyse. Beden bir makine görünümünde, hekimler



de o makinenin parçaları uğraşan aşırı uzmanlaşmış “tamirciler”. Hastaneler “fabrika” halini almışlar. Tıpkı bant tipi üretim yapar gibi sağlık hizmeti üretiyorlar. Hekimlerin süreç üzerinde inisiyatifleri azalmış iyice. Tanı ve tedavi seçeneklerini ya sosyal güvenlik kurumlarının “tebliğ”leri belirliyor, ya tanı tedavi protokolleri ya da hekimin çalıştığı yerdeki şirket politikaları, yöneticileri, patronları.

Gerçekten de sağlık bu denli bireysel bir süreç mi? Bireysel ve mekanik anlayışla, diyette “ayar” verdiğiniz bir makinedir bedeniniz? Tıbbi bakım fizikselliğe mi indirgenmiştir? Yoksa sağlık toplumsal/sosyal bir süreç midir? Barınma, beslenme, iş, gelir, sosyal iletişim, çevre gibi unsurların bileşimi ve etkileşimi midir? Üretim süreçleriyle ilişkili midir? Emekle ve sistemle ilişkili midir? Bu sorulara yanıt vermek pek çok açıdan olası ve bu sorulara vereceğiniz yanıtlara göre de sağlıklı olmanın temelinde yatanları sıralamak, buradan hareketle sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikleri belirlemek de olası. Sağlığın en temel özel-

liklerinden başlıcalarının “vazgeçilmezlik, ertelenemezlik, ikame edilemezlik” olduğunu düşünürsek bu nedenlerle sağlık hizmetlerinin bulunulabilir, ulaşılabilir, elde edebilir ve yeterli düzeyde olmasının bir zorunluluk olduğunu da kabul etmemiz gerekir. Buradan hareketle sağlığın kamusal özellikte olduğunu da düşünebilirsiniz, iyi bir piyasa malı olduğunu da. Gerçek bir kamu hizmeti olduğunu da, bir tüketim malı olduğunu da. Nereden nasıl baktığınıza bağlı olmaktan öte ekonomi politik ve sosyo-politik yönelimlerinize de belirlenir bu tercihiniz. Çünkü sağlık ve sağlık hizmeti siyasal bir konudur.

Burayı biraz açmaya çalışalım; Sağlık hizmeti maddi mal üretiminde bir ara sektör olarak değerlendirilir ve hizmet üretimi gerçekleştirir. Bu hizmet üretimi maddi mal üretimi için gerekli olan emek gücünün, işgücünün yeterli ve nitelikli olarak sağlanmasında önem taşır. Emek gücünün ertesi gün iş yapmasına ve nitelik ve nicelik açısından gerekliliğine duyulan ihtiyaç sağlık hizmetlerinin yapılan-



masını belirleyen temel unsurların başında gelir. Böylece emek gücünün yeniden üretimi için gerekli olan barınma, beslenme, ulaşım, iletişim, kültürel ve moral değerler vb. ihtiyaçlar arasında yerini alır sağlık hizmeti. Bu nedenle de emek gücünün toplumsal ve tarihsel konumu sağlık hizmetlerinin de belirleyicisidir. Üretim gelişmişlik düzeyi, emekgücünün sınıfsal konumu ve sınıfsal gücü, ekonomideki emek gücü gereksinimi ve istihdam bu konumun belirleyicileri arasındadır. Özetle kapitalist üretim yapısı, sağlık hizmetlerinin düzey ve niteliğini, ihtiyaç duyduğu emek gücünün özellikleri ölçüsünde belirleme eğilimindedir.

Özellikle ikinci dünya savaşı sonrası kapitalimin bir genişleme dönemine girmesi, artan emek gücü gereksinimi, kapitalizme alternatif sosyalist rejimlerin çoğalması ve sağlık alanındaki kazanımları, işçi sınıfının mücadeleleri ile elde ettiği haklar vb bir çok faktörün etkisiyle sağlık, eğitim gibi hizmetlerin kamusal hizmet çerçevesinde görülmesi, sınıflar arasındaki bir toplumsal sözleşme niteliğindeki "Sosyal Devlet" in bir gereği olarak kabul edildi. Bu durum yetmişli yıllara kadar sürdü. Yetmişli yıllarda başlayan "daralma" periyodu sistemi özellikle yetmişlerin ortalarındaki petrol kriziyle iyice bunalıttı. Azalan kar oranlarının yarattığı bunalımdan çıkış için yeni bir yol gerektiriyordu. O yol da "neoliberalizm" idi. Neoliberalizm getirdiği değişiklikleri üç sözcükle özetleyebiliriz: "Kuralızsızlaştırma, serbestleştirme, esnekleştirme". Kapitalizmin bu yeni yapılanmasına göre devletin ekonomik ve sosyal alandaki müdahaleciliği azaltılmalı, mali piyasalar ve emek piyasaları kuralızsızlaştırılmalı, ticaret ve yatırımların önündeki tüm engeller kaldırılmalı ve bu amaçla emeğin, sermayenin, malların, hizmetlerin tam serbestisi sağlanmalıydı. Düşen kar oranlarını arttırmak için sermaye kendine yeni coğrafyalar, yeni üretim alanları ve yeni sektörler bulmalıydı. Bu amaçla emek üretkenliği artırılmalı, emek ucuzlatılmalı, devlet yeniden yapılanmalıydı.

Uluslar arası kuruluşlar (Dünya Bankası ve IMF) ve uluslararası anlaşmalar

(başta Hizmet Ticareti Genel Anlaşması-GATS), neoliberal düzenlemelerin çatısını kurdu. Bu çatı altındaki politika değişiminden sağlık hizmetleri de sağlık çalışanları da paylarına düşeni aldı. 'Devletin küçültülmesi' stratejileriyle kamunun sağlık ve eğitim gibi alanlarda hizmet sunmasının piyasada "haksız rekabet nedeni" olduğu ve bu alanların serbest piyasaya işleyişine uygun ve rekabete açık hale getirilmesinin şart olduğu, bu nedenle kamu kurumlarının bu yapıya uyumlu hale çevrilmesi gerektiği, özel sektörün sağlık alanındaki pay ve yerinin artırılması, kamuda istihdamın daraltılması, kamu hizmet sektöründe çalışanların "iş güvence olanaklarını tamamen ortadan kaldırılarak açığa çıkacak işgücünün serbest piyasa ortamında, iş piyasalarında iş arar konuma getirilmesiyle" yedek işgücü yaratılması gibi başlıklar sağlık politikalarının temel hedefi oldu.

Böylece, kamu elinde bulunan kuruluşların yapılarının değişimi, kamuya yönelik hizmetlerin sunumunda ve bunun için gerekli ön koşulların, altyapının hazırlanmasında özel sektörün teşvik edilmesi, desteklenmesi ve hizmet sunumunda kamu-özel sektör işbirliğinden yararlanılması yaygınlaştırıldı. Sağlığa harcanan paranın kaynağını vergilerden çok sigorta primlerine dayandırma ve devletin kendisinin hizmet üretmesinden çok piyasalaştırılmış bir sağlık ortamında hizmetin piyasadan satın alınmasına dayandırılan sağlık reformu düzenlemeleri ülkeden ülkeye neredeyse değişmeksizin dayatıldı.

Özetle kapitalizmin ihtiyaçlarıyla gelişen neoliberal politikalar sağlık alanını piyasalaştıran düzenlemeler bütünü getiriyor ve getirmeye devam ediyor. Bu düzenlemelerle kamuya ait sağlık kuruluşları her açıdan piyasadaki benzerlerine benzetiliyor, özel sağlık sektörü her yolla destekleniyor, kamu-özel işbirliği modelleri ile özel sektörün kamu içine yuvalanması sağlanıyor.

İstatistikler özel hastanelerin sistem içersindeki yeri ve payının hızla arttığına işaret ediyor. 1995 yılında özel hastane-

lerde 149 bin hasta yatırılmış iken bu sayının 2006'da 1 milyona 2008'de ise 2.3 milyona çıktığını görüyoruz. Sağlık sistemimizde ana geri ödeme kurumu olarak kilit role sahip Sosyal Güvenlik Kurumu'nun tedavi harcamalarında 2002 yılında özel hastaneler %14 oranında bir yer kaplarken bu oranın 2008 yılında %31'e çıktığı izleniyor. Sağlık alanına yatırımlarda da kamunun yerini özel almış durumda. Sağlık alanında sabit sermaye yatırımlarının 1987'de %67'si kamu %38'i özel sektör kaynaklı iken 2008 yılında bu oranın kamuda %23 özel için %77 olduğu belirtiliyor.

Bu gelişmelerin ülkemize yansımaları yeni değil, 1980'li yılların sonuna doğru başladı. Bir yandan özel sağlık sektörü teşvik edilerek kamçılanırken diğer yandan kamu sağlık kurumları çeşitli sıkıntılarla yüz yüze bırakıldı. Giderek kamu sağlık kurumlarına tek bir adres gösterilir oldu: "Döner sermaye gelirleri". Başta hastaneler olmak üzere kamu sağlık kurumları kendi ihtiyaçlarını, malzeme, ekipman hatta bazı hizmet ve personel ihtiyaçlarını da döner sermayeden elde ettikleri gelirle karşılamaya başladılar. Ayrıca sağlık personeline ek gelir sağlama yolu olarak da kullanılıyordu döner sermaye. Hastanelerin döner sermaye gelirleri Sağlık Bakanlığı bütçesini aşar hale geldi. Hastane döner sermaye gelirleri Sağlık Bakanlığı bütçesinin 1993'te yaklaşık %20'sini oluşturuyorken 2001'de %79'unu, 2004'de %101'ini oluşturdu. Artan bu döner sermaye gelirleriyle hastaneler yemek güvenlik temizlik hizmetleri yanında sağlık hizmetlerini de ihale etmeye başladılar. Öyleki, 2004 yılında bir Devlet Hastanesi hekim ihalesi açtı. Hastaneler bir yandan da harcamalarını belirli bir düzeyde tutabilmek için giderlerini azaltmaya ya da kontrol etmeye uğraşıyorlardı. Neydi bu giderler? Tıbbi malzeme, ekipman, personel, bina giderleri vs vs.

Bu durumun yol açtığı manzaraya Bulgaristan deneyimi oldukça çarpıcı bir örnek oluşturuyor. Bulgaristan 1999 yılında IMF'nin yapısal uyum programı gere-

ği başlattığı sağlık reformu sürecinde kamu hastanelerini şirketleştirerek yerel yönetimlere devrini gerçekleştirdi. Bugünlerde ise yaşanan finansman sıkıntıları nedeniyle Bulgaristan'da hastaneler kapanıyor. Uzman doktor, ekipman ve para yetersizliğini gerekçesiyle 21 devlet hastanesini kapandığı, 130 devlet hastanesinin daha kapatılıp küçük sağlık merkezlerine dönüştürülmesi planlandığı bildiriliyor. Ayrıca tüm hastanelerin bütçelerinin %60 oranında azaltıldığı, hastanelerin normal işlevlerini yerine getiremediği, maaş ödeyemediği, ilaç alamadığı, tedavi yapamadığı belirtiliyor.

Basında yer alan bazı haberlere bakıldığında ülkemizdeki gidişatın da işaretlerini görmek mümkün:

- Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastaların yakınlarından da serum, ameliyat eldiveni, ameliyat ipliği gibi çok basit malzemeleri dahi dışarıdan temin etmeleri talep ediliyor. Bu uygulamanın ise hastane yönetiminin, daha ucuz olduğu için kötü malzemenin gelmesi sebebiyle hekimlerin risk almamak adına, hastalarından daha kaliteli ürünü kullanmak için talep ettikleri belirtiliyor.

- 450 hastane haciz kısıcında ! sosyal güvenlik kuruluşlarından alacaklarını tahsil edemeyen 450 hastanenin, zorunlu harcamalarını bile yapamadığı, bu nedenle haciz kısıcında olduğu.....

- Devlet Hastanesi, alım yaptığı esnafa ödeme yapmadığı için 6 işyeri tarafından icraya verildi. İcra sonucu aralarında doktorların da bulunduğu 60 sağlık personelinin döner sermayelerine haciz geldi

- İl Sağlık Müdürlüğü ihaleyle 3 adet 112 acil istasyonunu içindeki doktor, yardımcı personel ve ambulans şoförüyle sattı. İhale hakkında Tabip Odası iptal davası açacağını duyurdu. Öte yandan ihale talebinin doğrudan Sağlık Bakanlığı'ndan geldiği ve tüm Türkiye'de yakında uygulanacağı belirtildi. İl Sağlık Müdürlüğü bu kez ihaleyle doktor, yardımcı personel ve ambulans şoförünü satışa çıkardı. 3 adet 112 istasyonunu içindeki personel ile satışa çıkaran Sağlık Müdürlüğü, ihaleyi 27 bin TL ödeyen çöp

poşeti imalatçısı bir firmaya verdi. Tabip Odası ise iptal istemiyle mahkemeye başvurmaya hazırlanıyor.

İşte Sağlıkta Dönüşüm Programı böyle bir ortam yaratarak gerçekleştirilmeye çalışılıyor.

Sonuç olarak sağlık alanının ticarileştirilmesinin bazı sonuçlarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

Sağlığın ticarileşmesi;

- Sağlık hizmeti ve sağlık insan gücüne etkileri
- Gelire odaklanmış sağlık kurumları ve çalışanlar yaratır

IMF'nin yapısal uyum programı gereği başlattığı sağlık reformu sürecinde kamu hastanelerini şirketleştirerek yerel yönetimlere devrini gerçekleştirdi. Bugünlerde ise yaşanan finansman sıkıntıları nedeniyle Bulgaristan'da hastaneler kapanıyor. Uzman doktor, ekipman ve para yetersizliğini gerekçesiyle 21 devlet hastanesini kapandığı, 130 devlet hastanesinin daha kapatılıp küçük sağlık merkezlerine dönüştürülmesi planlandığı bildiriliyor.

- Sağlık insan gücü dağılımının dengesiz hale getirir. Personelin gelir açısından rahatlayacakları bölgelerde yoğunlaşmasına neden olur.

- Hizmet kalitesini olumsuz etkiler.

- Aşırı maliyet, savurganlık yaratır.

- Sağlık hizmetlerinde kar anlayışı getirir. Özel sağlık sektörünün "kar maksimizasyonu" anlayışını kamu sağlık kurumlarına da yerleştirir. Bu anlayış, "az istihdam, çok iş, maliyet sınırlama" ile özetlenebilir.

- Gereken değil kazandıran hizmetleri ön plana çıkarır. Sağlık hizmetlerinde böyle bir bakış kabul edilemez.

- Sağlık çalışanlarına etkileri

- İş güvencesi kaybı yaratır.
- İş yükünü arttırır.
- Sömürüyü arttırır.
- Gelir eşitsizliğini derinleştirir.
- Çalışma koşullarının ağırlaşmasına neden olur.

- İş güvenliğinden yoksun çalışma ortamlarına neden olur.

- Malzeme kalitesi nedeniyle iş risklerinde artış meydana gelir.
- Yabancılaşmayı derinleştirir.
- Çalışanlara yönelik şiddeti körükler.
- Toplum sağlığına etkiler
- Toplumun öncelikli sağlık sorunlarının görmezden gelinmesine yol açar.

- Gelir az gideri çok hastalık ve hizmet anlayışı geri dönüşümsüz sonuçlara yol açar, kabul edilemez !

- Koruyucu hekimlik uygulamaları ve hizmetleri olumsuz etkilenir, başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere olumsuz sağlık sorunları çoğalır!

- Sosyal güvencesizler, işsizler, parasızlar, yoksullar hizmetlere ulaşamaz ulaşsa da yararlanamaz ! Tedavi edilmeyen hastalıklar, sağlık sorunları çoğalır. İnsanlar acil durumlar dışında sağlık hizmeti ihtiyaçlarını ertelemek zorunda kalırlar.

- Cepten harcamalar artar. Eşitsizlikler çoğalır.

Ne dersiniz, Dr. Virchow bu günleri görseydi neler düşünürdü?

Kaynaklar

Navvaro V., Dünya çapındaki sınıf mücadelesi: Bir sınıf pratiği olarak neoliberalizm. İçinde: Neoliberalizm ve kriz. Kalkedon yayınları, Kasım 2008, İstanbul: 219-239.

Soyer A., Hekimlerin Sınıfsal Kökeni Sorun Yayınları, 2005 İstanbul .

Belek İ., Sağlıkta politik ekonomisi, sosyal devletin çöküşü. Yazılama yayınevi, Mart 2009.

Pala K. Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Şubat 2007, Bursa.

www.saglikkaktuel.com

www.medimgazin.com.tr, 06.02.2006 tarihli haber.

<http://www.sagliklihaber.net/haber/614/>

www.sendika.org, 15.05.2009 tarihli haber

SB İstatistik yılılığı, 2008

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları Y

TÜİK sağlık istatistikleri.

Tüzün H. 2010 Sağlıkta Dönüşüm ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri. TES-İŞ Dergi Nisan 2010.

Abacıoğlu N. Farmakovijilansın ekonomi-politiği,

http://www.farmakovijilansdernegi.org/files/doc/farmakovijilans_ekonomi_politiği.pdf °



Halk sağlığı bakışıyla sağlık hakkı*

Sağlık hakkı son dönemlerde sağlık alanında en sık kullandığımız, işitiğimiz söylemlerden. Sağlık hakkı ile ilgili gasp edilenler sıklıkla tartışma gündemimizde.

Sağlık hakkı kavramı ile ilgili mutlaka altını çizmemiz gereken iki nokta kolektif bir hak olduğu ve sağlık hizmetleri ile sınırlı olmadığıdır. İkinci vurgudan başlarsak, şöyle devam edebiliriz. Sağlık hakkını sadece 'sağlık hizmeti' yaklaşımıyla daraltmadan tartışmak. Sağlık hakkını iki temel bileşenli olarak ele almalı. Bunlar "sağlıklı var olma (yaşama) hakkı" ve "sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı".

İlk bileşen genellikle unutulandır. Sağlıklı var olma (yaşama) için neler gerekli diye bir düşünelim. İlk aklımıza gelenler barınma, beslenme, sosyal güvence olacaktır. Bu bakışı biraz daha açarsak karşımıza iş çıkacaktır. Sadece iş yetmez, ayrıca çalışma koşullarının insancıl olması da karşımıza çıkacaktır. Böyle devam ettiğimizde eğitim, kentsel/kırsal alt yapı, sağlıklı çevre, sağlıklı yaşam ortamını sıralayabiliriz. Sosyal iyilik halini genişlettiğimizde demokratik ortam, şiddetten arınmış ortam-barış ortamı da sağlıklı var olma için olmazsa olmaz koşullar arasında yer alır.

İkinci bileşen "sağlık hizmetlerinden yararlanma"dır. Eşit, ücretsiz, nitelikli, ulaşılabilir bir sağlık hizmeti.

Sağlıklı var olma (yaşama) hakkına ulaşmada engeller

Sağlıklı var olmada engeller daha yaygın ve daha belirleyicidir. Sağlıksızlık do-



ğuran birçok uygulamanın sonucu tıbbi hizmetlerle giderilmeye çalışılmaktadır. Bu engellerde ilk akla gelenleri şöyle sıralayabiliriz: İşsizlik, iş güvencesizliği; gelir güvencesizliği; yoksulluk; kötü beslenme koşulları; kötü çevre koşulları; sosyal güvencesizlik; insancıl olmayan çalışma ortamı; çatışma ortamı, şiddet.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki engeller

Sağlık hizmetlerine erişim/ulaşılabilirlik, sağlık hizmetlerinin niceliği ve niteliği hakkında bizlere önemli bilgiler sunmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik/erişim literatürde dört boyutta ele alınmaktadır: Coğrafi, ekonomik, teknik-lojistik ve kültürel.

Coğrafi ulaşılabilirlik sağlık hizmetlerinin en yakında verilmesi anlamına gel-

mektedir. Evde, okulda, işyerinde verilen sağlık hizmetlerinin yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlere ve hastanecilik hizmetlerine erişimde coğrafi engellerin olmaması anlamı taşımaktadır. Teknik-lojistik ulaşılabilirlik sağlık çalışanları sayısı ve niteliği, sağlık kurumları sayısı, sağlık kurumlarının donanım, araç ve gereç olanakları açısından yeterliliği anlamında kullanılmaktadır. Ekonomik ulaşılabilirlik sağlık hizmetine erişim konusunda ekonomik nedenlerle başvurunun engellenme olasılığının olmaması şeklinde tartışılmaktadır. Kültürel ulaşılabilirlik ise sunulan sağlık hizmetinde yararlanmada kültürel engellerin olmaması olarak ele alınmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı açısından, sağlık hizmetlerine ula-

şılabilirlikle ilgili dört boyutun tümü ile ilgili çok sayıda engel mevcuttur.

Bu engellerin başında ekonomik engeller gelmekte. Sağlık hizmeti alınan bir hizmet haline geldiği için satın alma gücü olmayanlar bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Satın alma gücü olmayanlar sağlık güvencesi olmayanlar, prim borcu olanlar, hizmetin bedelini ödeyemeyenler diye uzar gider. Yeni SSGSS ile asgari ücretin 1/3'ünden fazla geliri olanlar GSS primi ödemek zorunda. Bu zorundalık önemli. Bu gelire sahip olup primini ödemeyenler ilk sağlık kurumu başvurusu sırasında tespit edilmekte, çeşitli yollarla birikmiş borçları tahsil edilmeye çalışılmaktadır. Artık GSS'den kaçış yok. Bu gelire sahip değilseniz, ispat yükümlülüğünüz var. Yoksulluğunuzu SGK'na ispatlamak ve yeşil kart kapsamına geçmek zorundasınız. Bu kriterleri yerine getirmek hizmete erişim için yetmiyor. SUT diye bilinen her yıl yayınlanan ve sıklıkla da değişikliklere uğrayan sağlık uygulama tebliği kapsamındaki hizmetlere erişebilirsiniz. Bunun dışında kalan hizmetler için cepten ödeme geçerli. SUT adı konulmamış teminat paketi uygulamasıdır diyebiliriz. Yine günlük tani üst limiti ve reçetede ilaç sayısı sınırlamaları ekonomik engeller arasındadır. Sınır aşımı cepten ödemelerle cezalandırılmaktadır ya da tanı tedavinin ertelenmesini zorunlu kılmaktadır. Süreç burada bitmemekte, eczaneye geldiğinde muayene katkısı, ilaç katkısı istenmektedir. Eczanede bir sorunda hekimin yazdığı-SGK'nun ödediği tartışması ile karşımıza çıkmakta, cepten ödemelerle sonuçlanmaktadır. SGK birinci basamak dahil muayene katkısı alınması için çabalamaktadır. Meslek örgütleri, demokratik kitle örgütleri ve sendikaların çabaları ile muayene katkıları ancak birinci basamakta kaldırılabilirdi. Özel ve kamu hastanelerinin tümünde katkı var. Buraya kadar olan katkılar, cepten ödemeler doğrudan SGK'na. Özeldede ayrıca ilave ücret denilen ek ödemeden de bahsetmek gerek. Sınıflandırılan özel hastanelere,

sınıfına göre SGK fatura tutarının %30-70 arasında cepten ödemeler söz konusu. İlave ücretler doğrudan özel sağlık sektörü patronlarına... Mecliste görüşülen kamu hastane birlikleri ile devlet hastaneleri de sınıflandırılacak, böylelikle işletmeleşen devlet hastanelerinde de ilave ücretin önünün açılacağı beklenmelidir. Yine OECD raporunda dile gelen ve SGK/sağlık otoritelerince sık konuşulan bir konu da yataklı tedavi ücretleri için katılım payı alınması. Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık alanını yeniden yapılandırması, sağlık hizmetine erişimin satın alma gücüne göre şekillendiği, sağlık hizmeti açısından toplumun katmanlara

Sağlıklı var olmada engeller daha yaygın ve daha belirleyicidir. Sağlıksızlık doğuran birçok uygulamanın sonucu tıbbi hizmetlerle giderilmeye çalışılmaktadır. Bu engellerde ilk akla gelenleri şöyle sıralayabiliriz: İşsizlik, iş güvencesizliği; gelir güvencesizliği; yoksulluk; kötü beslenme koşulları; kötü çevre koşulları; sosyal güvencesizlik; insancıl olmayan çalışma ortamı; çatışma ortamı, şiddet.

bölündüğü bir tablo ortaya çıkarmaktadır, bu tablo gün geçtikçe daha da şekillenmektedir.

Ekonomik engeller arasında SGK ile sağlık kurumları arasında ödeme sorunlarının ortaya çıkarttığı verilmeyen/karşılanmayan hizmetleri de saymak gerekir. Ödeme kapsamında olmayan hizmetlerin verilmesi hastane yönetimleri tarafından sınırlandırılmaktadır. Özellikle üniversite hastanelerinde daha çok karşımıza çıkan bu sorun, hekimlerin mesleki bağımsızlığını ortadan kalkmasına yol açmaktadır. Hekimler, sağlık çalışanları bilimsel bilgi değil SGK, kamu/özel sağlık patronları

nın emirlerini uygular hale gelmektedir. Hastaların pek farkında olmadığı bu süreç sağlık emekçilerinin kafasını sıklıkla meşgul etmektedir.

Coğrafi ulaşılabilirlikte engeller olarak kriter nüfus uygun olmasına karşın açılmayan sağlık ocakları, şehrin merkezine yığılan hastaneler örnek verilebilir. İleri teknoloji gereken hizmetlerin büyük şehirlerde, batıda toplanması da coğrafi engeller olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile hekimliği uygulaması ile ebe-hemşirelerin ev ziyaretlerinde (ana ve çocuk sağlığı ile ilgili izlemler) belirgin azalma da coğrafi engeller arasında yer almaktadır. Bu izlemler sağlık kurumlarına sıkışmış durumdadır. Başvurdukça, kısıtlı sürede, dar mekanlarda, iletişime olanak tanımayan bir ortamda bu izlemler gerçekleşmektedir. Ev ortamına ve ailenin yaşam olanaklarına yabancılaşmış bir izlem söz konusu. Bu durumdan en çok gecekondular ve kırsal bölge yaşayanları etkilenmektedir, yani sağlık gereksinimleri en fazla olanlar... Yabancılaşmış bu hizmet, sağlık çalışanlarının sosyal gerçeklikle bağının kopmasına neden olacak bir potansiyeli içinde taşımaktadır.

Teknik lojistik engeller sağlık emekçileri ve sağlık kurumlarının olanakları ile ilgilidir. Yetersiz sağlık emekçileri (nicelik ve nitelik açısından); yetersiz tıbbi araç-gereç; yetersiz ilaç ve tedavi gereçleri; yetersiz ulaşım araçlarına sahip sağlık hizmetleri sağlık erişiminde ciddi engellere yol açmaktadır. Hekim, hemşire başta olmak üzere sağlık çalışanlarının ülke sathında dengesiz dağılımı nedeniyle ülkenin en dezavantajlı bölgelerine hizmet ulaşamamaktadır. Her ne kadar bakanın öne çıkarttığı "hekim sayısı yetersizliği" olsa da gerçekte çok daha güncel olan bakım hizmetleri için kilit personel hemşire azlığıdır. İş sağlık emekçisini sağlamakla olmuyor, sağlık kurumunun olanaklarının da hizmet vermeye uygun olması gerekiyor. Sık sık basına konu olan mecburi hizmete atanmasına karşın ameliyat yapma olanağı olmayan cerrahlar bunun için en iyi örnektir. Bu başlıkta



önemli bir sorunda birinci basamaktaki ekip bileşenlerinin genişletilememesi sorunudur. Sağlık ocakları tartışmalarında, birimin sosyal hizmet çalışanı, psikolog, diş hekimi, fizyoterapist vb. sağlık emekçileri ile güçlendirilmesi dile getirildiği aşamada aile hekimliği uygulaması ile sağlık ekibi daha da daraltılmış, hekim ve kimliği kaybettirilmiş aile sağlığı elemanı ile hizmet sunulmaya başlanmıştır. Yine bu başlıkta alt yapısı hazırlanmadan mantar gibi türeyen tıp fakülteleri, sağlık alanındaki diğer okullardan yetişen sağlık emek gücünün nitelik sorunu da tartışılmalıdır. Bu durum ucuz emek gücü arayışı, tıp endüstrisine bağımlılığı yüksek sağlık çalışanı anlamına gelmekte, sağlık alanında piyasalaşma süreçlerinin gereksinimlerine hizmet etmektedir.

Kültürel engeller sağlık kamuoyunda daha az tartışılmaktadır. Bu konuda derin bir sessizlik vardır. Akademide daha çok yurt dışında çalışan işçilerimiz için ele alınan konu, daha çok din ve dil üzerinden tartışılmaktadır. Dil, sağlık hizmetlerinden nitelikli bir yararlanım için kilit rol oynamaktadır. Sağlık emekçileri sağlık hizmeti sunumu sırasında bu sorunu en yoğun yaşayan ekiptir. Sağlık çalışanları zorunlu hizmet sürecinde dil sorunu ile ilgili günü kurtaran çözüm çabaları ile hizmet sunma olanakları yaratmasına karşın sorunun göz ardı edilmesine de aracılık etmiştir. Birçok kürt, laz, arap vb. etnik grupların yoğun olarak yaşadığı bölgelerde hizmet verirken yaşadığımız sorunlara kalıcı bir çözüm bulunamamıştır. Sağlık hizmetine erişim konusunda anadil sorunu sağlık örgütlerinin gündemine yeni taşınmış, konu ile ilgili kalıcı çözümler üretmeye yönelik olumlu çabalara girilmiştir. TTB ve SES'in birlikte düzenlediği "Anadil ve Sağlık" sempozyumu, Diyarbakır Tabip Odası'nın bastığı "Kürtçe Anamnez" kitapçığı bu girişimlere örnek olarak verilebilir. Kültürel engeller arasında sağlık emekçilerinin statüye göre davranmaları, zorunlu olduğu için gidilen bölgeler (gönülsüz sunulan hizmet), tıbbin teknik hale gelmesi (insani boyutunun ikinci pla-

na gelmesi), mesleğe yabancılaşmış sağlık emekçilerine de yer verilebilir.

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili önemli bir başlık eğitim sırasında aktarılan fakat gerçek yaşamda sunulmayan, karşılanmayan sağlık hizmetleridir. Verilmeyen sağlık hizmetleri arasında tüm çalışanları kapsayan işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri (sağlık çalışanları dahil büyük bir nüfus bu hizmetten yararlanamamakta), okul sağlığı-ergen sağlığı hizmetleri, erken tanı hizmetleri, yaşlı sağlığı, kronik hasta kontrol programları, esenlendirme hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, evde bakım hizmetleri ilk akla gelenlerdir.

Piyasalaşmış sağlık hizmetinin getirdiği sorunlarda önemli sağlık hizmetine erişim engelleri arasında sayılabilir. Hizmetin gerektiği için mi, kar amaçlı mı verildiği soruları, faturaların şişirilmesi vb. endişeler yurttaşları rahatsız eden konular arasındadır. Kısırtılmış talep (yönlendirilmiş talep) kavramı ile tartışılan konu yararlanılan hizmetin gerekliliğini tartışır kılmaktadır.

Piyasalaşmış sağlık hizmetinin getirdiği sorunlarda önemli sağlık hizmetine erişim engelleri arasında sayılabilir. Hizmetin gerektiği için mi, kar amaçlı mı verildiği soruları, faturaların şişirilmesi vb. endişeler yurttaşları rahatsız eden konular arasındadır. Kısırtılmış talep (yönlendirilmiş talep) kavramı ile tartışılan konu yararlanılan hizmetin gerekliliğini tartışır kılmaktadır. Artan sezaryanlar, yeni tanılar (sosyal fobi vb.), tanı aşamasında değişen kriterler vb. örnek olarak verilebilir. Hizmetin çok parçalı olması, sevk zincirinin olmaması hastanın bütünlüğü konusunda sorunlara yol açmaktadır. Aynı

hasta üzerinden çok sayıda hekimin birbirinden bağımsız uyguladığı tedavi, düzenli bir izlemin olmaması sağlık hizmetlerinden yararlanma engeli olarak gündeme alınmalıdır. Basamakların birbirine karışması, referans özelliğine uygun hizmet sunmayan üniversite ve eğitim hastaneleri de ayrı bir yararlanım engeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Koruyucu hizmetlerde de sağlık hizmetinden yararlanma konusunda ciddi sorunlar vardır. Koruyucu hizmetlerde yurttaşlara aktarılan sorumluluğun büyüklüğü en önde gelen sorunlardandır. Aşı yaptırsın mı yaptırmayın mı?; gıdalardaki katkı maddeleri sağlığa sakıncalı mı?; hangi cep telefonunu kullanırsa sağlığa zararı daha az olur?; benzeri gıda ne demek?; erken tanı için hangi incelemeleri yaptırsın? vb. sorulara yanıt doğrudan yurttaşlara bırakılmış durumda. Bütünüyle sağlık çalışanlarının üreteceği yanıtlar yurttaşlara bırakılmış durumda. Asimetrik bilgiden dolayı, bu sayılan alanlarda talep kısırtılabilir. Sağlık alanında metalaşmayı, piyasalaşmayı güçlendiren son uygulamaların sonucu bozulan sağlık ortamı önemli bir sorundur. Sağlık çalışanları arasında artan rekabet (performans vb.), iş güvencesizliği-geçicileşme (4b, taşeron çalışma gibi.), sağlık çalışanları ile yurttaşlar arasında şiddete varan güven sorunu vb. birçok olumsuz durum yaşanmaktadır. Bozulan bu sağlık ortamının bizzat kendisi nitelikli bir sağlık hizmetinden yararlanmada engel teşkil etmektedir.

Sonuç olarak emekçiler için sağlık hakkını iki temel bileşende ele almak ön açıdır; hem kapitalist sömürüyü ortaya koymak hem de mücadeleyi örnek için. Yaşamın her alanına nüfuz etmiş kapitalist ilişkilerin yarattığı eşitsizlikler sağlıklı var olma için ciddi tehdit oluşturmaktadır. Aynı sömürü ilişkilerinin yaşama geçtiği sağlık hizmetleri de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı için ciddi bir tehdittir. Emekçilerle buluşan "politikleşmiş sağlık hakkı" mücadelesi sağlık emekçileri için vazgeçilmez görev olarak durmaktadır.

TÜM TOPLUMLAR TARAFINDAN KABUL EDİLEN VE BAŞTA KENDİ ÜLKEMİZ OLMAK ÜZERE BİR ÇOK ÜLKENİN ALTINA İMZA ATMIŞ OLDUĞU ULUSLARARASI DÜZENLEMELERDE

Sağlık Hakkı

1948 'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesi,

"1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir."

2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar" diyerek en temel hak olan "yaşam hakkı" çerçevesinde SAĞLIK HAKKI'na yer verilmiştir.

Yine, 1966 tarihinde kabul edilen Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 12. maddesi,

1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır.

2. Bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler, aşağıdakiler için de alınması gerekli tedbirleri içerir:

a) Varolan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması;

b) Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme;

c) Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü;

d) Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için

gerekli şartların yaratılması." Diyerek sağlık hakkı ile ilgili İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde yer alan sağlık hakkını daha özele indirgemiş, başlı başına bir hak olarak düzenlenmiş, ayrıca imzalayan devletler açısından ulusal iç hukuk

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nin 35. Maddesi, "Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması sağlanmalıdır." şeklinde düzenleme ile, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal hak olacak şekilde düzenlenmiştir.

kuralı haline gelmiştir. BM'nin sözleşmelerin 11.08.2000 tarihli ve E/C.12/2000/4 sayılı 14 nolu yorum beyanı sağlık hakkı üzerindedir ve kapsamlı değerlendirmeler içermektedir.

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nin 35. Maddesi,

"Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koru-

yucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması sağlanmalıdır." şeklinde düzenleme ile, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal hak olacak şekilde düzenlenmiştir.

1961 yılında imzalanan, 1965'te yürürlüğe giren, 1980 yılında ek protokol hazırlanan, 1996 yılında genişletilmiş şart olarak yeniden hazırlanan Avrupa Sosyal Şartı'nda ise, 11. maddede ve "Sağlığın Korunması Hakkı" başlığı altında:

"Akit Taraflar sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra,

1-Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak;

2-Sağlığı geliştirmek ve sağlık konusunda kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak;

3-Salgın hastalıklarla yerleşik mevzi ve başka hastalıklar olabildiğince önlemek; üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler." şeklinde bir düzenleme getirilmiştir.

** Ulusal düzenlemelerdeki sağlık hakkı,

1982 yılında düzenlenmiş olan Anayasa, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde olduğu gibi sağlık hakkını öncelikle 17. maddesinde söz edilen "Yaşama hakkı" içinde düzenlenmiştir. Şöyleki, yaşama



haklı özellik, koşul ve olanakları içerdiği için "sağlıklı yaşama hakkı"nı ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, ekonomik ve sosyal bir haktır. Devlet imzalamış ve kabul etmiş olduğu Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin de bir gereği olarak, iç hukuk oluşturma ödevleri yerine getirmeli, herkesin hizmetten yararlanması için gerekli tedbirleri alarak hizmetlerinden yararlanmasını sağlamalıdır. Bu haklar iç hukukumuzda ise,

Anayasa'nın 56. Maddesi, Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması başlığı altında

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." düzenlenmiştir.

Ayrıca Anayasa'nın 61.maddesinde yapılmış olan düzenleme ile, sağlık hakkı sahiplerinin bu haklarını kullanması için gerekli teşkilat ve tesislerin kurma ve kurdurma görevi teminat altına alınmıştır.

ESKHS Türkiye tarafından bazı maddelerine çekince konularak 2002 yılında kabul edilmiş ve Anayasa'nın 90. maddesinde 2004 yılında yapılan "Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa mahkemesine başvurulamaz. Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası ant-

laşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası antlaşma hükümleri esas alınır" şeklindeki değişikliklerle bir "iç hukuk kuralı yani yasa" hükmüne kavuşmuştur.

Türkiye Avrupa Sosyal Şartı Sözleşmesini 1961 yılında imzalamış rağmen 1989 yılında pek çok maddeye çekince koyarak mecliste onaylamış ve resmi gazetede yayımlanmıştır. 1996 yılında genişletilmiş şart olarak yeniden hazırlanan sözleşme 2007 tarihinde Türkiye tarafından yine bir kısım maddelerine çekince konulmak sureti ile kabul edilerek onaylanmış, Anayasa'nın 90. Maddesine göre iç hukuk kuralı haline gelmiştir.

Yukarıda kısaca bahsetmeye çalıştığım gibi, Türkiye sağlık hakkı ile ilgili olarak bir çok uluslararası sözleşme ve ek protokolün altına imza atmış, imza atmış olduğu sözleşme maddelerini iç hukuk kuralı haline getirerek vatandaşlarına sağlık hakkı ile ilgili uluslararası tüm hakları kanunen yazı üzerinde vermiştir. Kanunen verilmiş olan hakların gündelik hayatta ne kadar yürürlükte olduğu, halkın bu haklardan ne kadar yararlanabildiği konusuna gelince;

Türkiye hakkında, imzalamış olduğu Avrupa Sosyal Şartlarına aykırılıktan dolayı aleyhine düzenlenmiş birçok rapor bulunmaktadır. 2009 yılında hazırlanan son rapora göre Türkiye'nin sağlıkla ilgili ihlallerin başında yer alan ve sözleşmeye aykırılıkla ilgili hazırlanan rapor doğrultusunda başlıca ihlaller ve ihlallerden ortaya çıkmış olan sonuçlardan bir kısmı şunlardır.

Md. 11/1 – Sağlığın korunması hakkı – hastalık sebeplerinin ortadan kaldırılması,

çocuk ölümü oranları açıkça ülkede çok yüksektir; sağlık harcamaları için ayrılan bütçenin açıkça yetersiz olması ile sağlık tesislerinin ve personelinin yetersizliği, halkın sağlık imkanlarından yararlanmasının ülke çapında teminat altında olmadığı bir göstergesi olarak kabul

edilmiştir.

Md. 11/2 – Sağlığın korunması hakkı – Danışma ve eğitim birimleri

Sağlık konularında kamuoyunun bilgilendirilmesi ve bilinçlerinin yükseltilmesi ile okullarda

sağlık eğitimi çalışmalarını yeterli değildir. Gerek genel olarak nüfusun gerekse çocukların ve ergenlerin, okullarda gerçekleştirilen sağlık taramaları aracılığı ile yeterince bilgilendirildikleri ve muayene edildikleri tespit edilememiştir.

Md. 13/1 – Sosyal ve tıbbi yardım hakkı – ihtiyaç duyulan herkese yeterli yardım

Kişilerin kanunla tanınan bir sosyal ve tıbbi yardım alma hakkı bulunmamaktadır.

Görüldüğü gibi sadece yazılı olarak hakların verilmiş olması uygulamada da verildiği anlamına gelmemektedir. Mevcut sistemde herkesin parası kadar insan olduğu ve sağlık hizmetine ulaşabileceği anlayışı mevcuttur. Her vatandaşın doğuştan sahip olduğu ve uluslararası sözleşmelerle güvence altına alınan haklarına maddi gelir, statü veya koşul aranmaksızın rahatlıkla ulaşabileceği ve yararlanabileceği eşit, nitelikli ve ücretsiz bir sistem hedeflemelidir. Günümüzde kamu sağlık hizmetlerini kötüleştiren politikalar, kamunun açığını kapatmak için bilinçli olarak güçlendirilen özel sağlık kuruluşları izlemiştir. Özellikle birkaç yıldır kendisi de ticari bir işletme gibi çalışan kamu sağlık kurumlarıyla bu alanın büyük bir kısmı ticarileştirilmiştir. Bu süreç yavaş yavaş halkın sağlık hizmeti almada sıkıntılarla karşılaşmaya başlayacağı sorunlar üretmeye başlamıştır. İlaç alımının sınırlanması, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında cepten ödeme uygulamaları, provizyon alımının zorunlu hale gelmesi önümüzdeki yıllarda vatandaşın sağlık hizmeti alımında ciddi sıkıntılarla karşılaşacağı anlamına gelmekte, bu da uluslararası sözleşmelere ve anayasaya aykırı usullerle işlemler yapıldığını ortaya koymaktadır.

Sağlık hakkı mı, tıbbi bakım hakkı mı?

Sağlık hakkı konusunda kavramsal ve felsefi boyutta -biraz da çeviri meselesi yüzünden- pek çok karışıklık yaşanıyor. Kavramsal boyutta, sağlık, sağlık hizmeti, tıbbi hizmet vb kavramlar sık sık birbirlerinin yerine kullanılıyor. Siz sağlık kavramını daraltır, onu tıbbi bakım hizmeti olarak sınırlarsanız, "sağlık" hizmetler kategorisindeki herhangi bir unsur gibi diğer unsurlarla kıyaslanabilir bir nitelik kazanır; soru bu anlamıyla doğrudur: bedava hamburger isteme hakkınız var mı?

Oysa, bir kavram olarak sağlık en geniş anlamıyla kullanıldığında o hizmet sektörünün alt birimlerinden herhangi biri ile kıyaslanabilir olma özelliğini kaybedecek ve böyle bir soru abes olacaktır. O zaman ne olacaktır? Yaşama, özgür olma haklarıyla birlikte tartışılacaktır.

Yaşamaktan kasıt, insan olarak yaşamdır. Burada, insanın tüm potansiyelini gerçekleştirebileceği bir durumda bulunmasıdır söz konusu olan.

Bütün için parçalardan vazgeçiyorduk geçmişte. Şimdi de öyle değil mi? Dün dilenci çetesinin üyesi olabilmek için vazgeçilen uzuvlar ile bugün kapitalist sistemin iyi bir üyesi olmak için vazgeçilen parçalar arasında ne fark var? Bu soruyu cevaplamadan önce bir bakalım; insanı hala salt beden olarak mı algılıyoruz?

İnsanlar düşüncelerini özgürce söyleyemediği ortamlarda hangi parçalarından vazgeçmiş oluyorlar? Düşünceyi söylememek kertenkelenin kuyruğu gibi geçici bir kayıp. Peki ya erdem? Onun da yenisini çıkar mı? Yoksa Mefisto'nun Faust'a dediği gibi erdem kovulduğu yere asla geri dönmez mi? Yaşamak için göç etmek zorunda kalanlar? Sevmedikleri iş-

leri yapanlar? İş sevmeye mi çalışınlar diyeceğiz? "Ben iş bulmuşum, ekmeğimi kazanıyorum, açlıktan ölmekten kurtulmuşum, sen bana iş kazası riskini soruyorsun. Çalışmasam zaten ölmüşüm" diyordu bir Tuzla tersanesi işçisi. İş karşılığı güven duygumuzu da vermeye razı mıyız?

Sağlık hakkını insan olarak yaşama hakkından kopartabilir miyiz? O zaman sağlık hakkı kavramını tıbbi yardım hakkına daraltan tartışmalardan çıkalım. Önce sağlık hakkını konuşalım. Sonra sağlığı belirleyen her şeyi konuşabiliriz. Bedensel, ruhsal, sosyal olan her şeyi.

Hamburgerciden ücretsiz hamburger almak sığılığında değil ama sağlıklı besinlere ulaşma hakkı çerçevesinde meseleyi ele alabiliriz. Her bireyin sağlıklı konutlarda oturması hakkında söz edebiliriz. Bu konuda demagojilere izin vermeden hem de. Sağlığın sürekli gelişebilir bir olgu olduğu, ama her toplumsal ve tarihsel dönemde olmazsa olmaz alt sınırının bilimsel olarak belirlenebileceğini pek ala söyleyebiliriz.

Sağlığın Belirleyicileri

Sağlığı belirleyen faktörlerden bağımsız bir sağlık hakkı tartışması anlamını yitirir. Peki sağlığımızı neler belirliyor?

Sağlığın belirleyicileri üzerine yapılan bilimsel çalışmalar üç alandan söz etmektedir. Birincisi bireyin biyolojik varlık alanıdır. Genetiği, yaşı, cinsiyeti buraya girer. İkincisi kişinin davranışları ve yaşam biçimidir. Sigara içmesi, spor yapması, beslenme biçimi, alkollü ve emniyet kemersiz araba kullanması, sağlığı konusundaki tutum ve davranışları vs. gibi durumlar da bu alana girer. Üçüncüsü ise çevredir. Nasıl bir iklimde, nasıl hava ko-

şullarında ve nasıl bir evde yaşadığı, nasıl bir ortamda çalıştığı, sağlıkla ilgili ne gibi olanakların olduğu çevresel faktörler olarak sağlığını etkilemektedir.

Brecht'in şiirinde işçinin hekime söylediği gibi "duvarlarımızı çürüten ne ise ciğerimizi çürüten de odur". O duvarı çürüten nem midir gerçekte? Yoksa parasızlık mıdır? Onu doğuran sınıfsal koşullar mıdır? Sınıfsal eşitsizliklerin sağlıkta da eşitsizlik doğurduğu biliniyor. Bir işçi olarak yaşamak, bir üst düzey yönetici ya da patron olarak yaşayan birinden yine beş on yıl daha az yaşamak anlamına geliyor. Tanrının adaleti: Zavallılar daha fazla sürünmesinler bari bu dünyada!

Peki insanlar somut olarak hangi nedenle ölüyor ve neler onların yaşam kalitesini bozuyor, yani en önemli sağlık sorunları neler olarak karşımıza çıkıyor?

Toplumu en çok etkileyen hastalıklara baktığımızda en çok öldüren hastalıkların başında kalp damar hastalıklarını ve kanserleri görüyoruz. Tüm ölüm nedenlerinin %71'inden sorumlu olan bu hastalıkların yanına tüm hastalık yüklerinin %20'sini aşan bir sorumluluğu olan nöropsikiyatrik hastalıkları eklediğimizde ilk üç sırayı tamamlamış oluyoruz.

Risk faktörleri incelendiğinde yaşam biçimi olarak tütün ve alkol kullanımının, beslenme ve hareket biçiminin neredeyse tamamını belirlediği söylenebilir. Yani yaşam biçimi ve günlük hayat sağlığımızı doğrudan etkilemektedir.

Ne kadar sigara içiliyor bir günde. Bir buçuk milyar paket. Yani sigara tekellerinin bir yılda trilyon dolarlık ciroyu karşı karşıyayız. Sigara bireysel bir tercih deyip işin içinden çıkamayız. Sigaranın bireysel bir tercih olabilmesi için pa-

zara sunan ile kendine sunulanın eşit koşullarda olması gerekir. Eşitliğin olmadığı hiç bir yerde özgürlükten ve tercihlerden söz etmek mümkün değildir. Kapitalizmin zaten en büyük aldatmacası da bu değil midir? Özgürlüğün, seçim hakkının, müşteri memnuniyetinin birer ideolojik araç olduğunu görmek gerekiyor.

Gelelim beslenme meselesine. İnsanlar yıllar içinde giderek çok temel bir gıda olan süt ve meyve suyu yerine gazoz içmeye başlıyorlar. Bu değişim nasıl oluyor? Neden insanlar kendilerine yararlı şeyler yerine zararlı olanları tercih ediyorlar? Yine aynı aldatmacayla karşı karşıyayız. Siz bir insana o an için keyifli olan bir şeyi sunarsanız ve bunun ciddi zararları olacağına dair bir kuşkusunu yoksa kişi bunu almakta bir sakınca görmez. Bir an için düşünün pek çok uyarıcı ve uyuşturucu maddenin yasal olarak satıldığını. Bunlarla ilgili de yeterli hiç bir bilginin olmadığını düşünün. İnsanlar bu maddeleri kullanınca talep etmeye de başlayacaklardır. Kullanan memnun olacaktır. Bunun zararlarını bilen birini” alan memnun satan memnun” ile ikna etmek mümkün müdür?

Karşımızda milyar dolarlık gıda tekel-leri ve onların her türlü manipulasyonu varken gıdaları bile özgürce seçtiğimiz söylenebilir mi?

Şimdi gazoz ve kola tüketimi ile şişmanlık arasındaki ilişki, fast-food ile şişmanlık ve kalp damar hastalık riskleri arasındaki ilişki biliniyorsa bunların önlenmesi gerekmez mi? Çocuklara kolalı içecekler ve gazozların satışının yapılması aslında bir sağlık hakkı ihlali değil midir?

Bu arada sigara firmaları ve gıda firmaları arasındaki ilişkiye de değinelim. Sigara tekel-leri olumlu imaj için pek çok yöntem kullandıkları gibi gıda reklamları aracılığı ile de markalarının olumlu olarak kodlanmasını sağlamaya çalışmaktadırlar. Bir gıda maddesinin üzerinde gördüğümüz Philip Morris markasını daha sonra bir sigaranın yanında gördüğümüzde tanıdıklık ve sempati artacaktır. Bu yüzden gıda sektörüne giren Philip Morris 1999 yılında yalnızca bu sektörden 28 milyar dolarlık bir ciro elde etmiş idi.

Gıda ve sigara tekel-leri yalnızca olumsuz olarak bilinen ürünler üzerinden sağ-

lığımızı etkilemiyorlar. Aynı zamanda çok daha ince müdahaleler ile de sağlığımızla oynuyorlar. Herhangi bir besin önerisi gıda sektöründeki tekeller için milyarlarca dolarlık bir pazarın açılması ya da daralması anlamına geliyor. Bu yüzden toplumlara yönelik her türlü beslenme rehberinde bu tekel-lerin müdahalesini görüyoruz. Bu tür kılavuzlar özellikle ABD kaynaklı olduğu için oralardaki müdahaleler özellikle yine oradaki pazar için etkili olmakla birlikte bizim gibi başka ülkeleri de etkilemekte. Beslenme kılavuzlarında kullanılan kavramlardan, porsiyonlara kadar, bazı şeylerin en az mı en çok mu olduğunu anlaşılmamasına kadar küçük müdahale gibi görünen şeyler günlük hayatta büyük farklılıklara ve firmaların cirolarında artışa yol açabilmektedir.

Şişmanlık yüzünden bir yılda ölenlerin sayısı iş kazaları ve meslek hastalıklarından dolayı ölenlerden kat ve kat fazla. Avrupa bölgesinde şişmanlığa bağlı ölümler bir yılda bir milyon kişi. Buna 12 milyon kişi yıllık bir hastalık yükünü ilave ediniz. Tüm bu olanlar gıda sektörünün pek de masum olmadığını anlatıyor. Televizyonların çocuklara yönelik yayın yaptığı saatlere bakın. Sürekli olarak tat ve lezzet örtüsü altında sağlıklı olmayan gıdalara çocuklar özendiriliyor. Sigara örneğinde olduğu gibi bu tür gıda reklamlarının da yasaklanabileceğini düşünüyorum. Tekeller hemen şu politikayı yaya-caklardır: “Siz insanların hayatlarının daha keyifli, daha zevkli geçmesine düşman, kuru, gri, tatsız, renksiz, zevksiz diktatörlersiniz”. Avlanmak da keyif verebilir. Bırakalım insanlar, insan dahil her türlü canlıyı avlamakta özgür olsunlar. Ölüm dövüşleri, düellolar serbest olsun. Alın size özgürlük. (Hoş, zaten Bay Buş bu özgürlüğünü alabildiğine kullanmadı mı? Bir milyon Iraklı'nın katili kim?)

Gelelim diğer bir olgu, fizik aktivite eksikliğine. Evet insanlar hareketsiz. Neden? İnsanlar günlük hayatlarını işleri üzerinden kuruyorlar. İş durumları onların nerelerde yaşayacaklarını, günde kaç saat uyuyacaklarını, ne kadar hareket edeceklerini belirliyor. Dolayısıyla eğer insanların daha sağlıklı olması için hareket etmeleri gerekiyorsa çalışma saatleri içerisinde hareket etmeleri pek ala da

sağlanabilir.

Ruh sağlığı meselesi de benzer şekilde. Ruh sağlığını en çok etkileyen faktörlerin başında iş güvencesinin olmadan çalışılması ve işsizlik geliyor. Dolayısıyla çalışanların ruh sağlığının korunması aynı zamanda çalışma hayatına müdahaleyi gerekli kılıyor. Sağlık hakkı, ve ruhsal iyilik hakkı iş organizasyonlarına müdahaleyi zorunlu kılıyor. Çalışma hayatında çalışanın karar süreçlerinde yer alması onun ruhsal sağlığının olmazsa olmaz parçalarından biridir. İşçi ürününe yabancıdır. Yalnızca bu nokta bile karşı çıkmak için yeterlidir kapitalizme.

Bu yüzden sağlık hakkı için yani sağlıklı yaşamak için sağlıklı ilintili bu alanlarda mücadeleler politik bir nitelik taşıyacaktır. Yine de sağlık hakkını savunmak için bu hakkın savunucuları:

- 1) Tütün kullanımı ile ilgili her türlü örgütlenme ve etkinliğin içinde olmalıdır.
- 2) Sağlıksız beslenmeye karşı hareket etmeli, özellikle çocuklara yönelik reklamların yasaklanmasından, okul kantinlerinin denetlenmesine kadar çeşitli hedefleri olan örgütlenmeler yaratmalıdır.
- 3) Beslenme ile ilgili politikalar geliştirmeli, buna yönelik örgütlenmeler gerçekleştirmelidir. Bu örgütlenmelerde özellikle küçük üretici köylüleri, tarımsal üretim kooperatiflerini de yanlarına almalıdır. Sağlıklı ürünlerin, meyve sebze-lerin tam tahıllı ürünlerin teşvik kapsamına alınması, işlenmiş ürünlerin vergilerinin artırılması gibi uygulamalar önerilebilir. Böylece toplum sağlıklı ürünlere daha az bir parayla ulaşabilir.
- 4) Sağlık için hareket doğrultusunda işyerlerinde mesai saatinden sayılan zorunlu fizik aktivite saatlerinin konması için mücadele edilebilir.
- 5) Ruhsal iyiliğin korunması için çalışma hayatında çalışanların söz ve karar sahibi olacağı mekanizmaların yaratılması için mücadele edilebilir.
- 6) Sağlıklı bir çevrede yaşamının bir hak olduğu savunulabilir ve bunun gereğinin devletçe yerine getirilmesi istenebilir.

Sağlık hakkına sahip olmak, sağlıklı olma koşullarına sahip olmak demektir. Sağlık hakkı için yani beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali hakkı için sağlıklı olma koşullarını oluşturacak yön-de mücadele etmek gerekmektedir.

Sağlık hakkı ve engelliler

Sağlık hakkı, temel insan hakları düşünüldüğünde nispeten oldukça yeni sayılacak bir kavramdır.

Türkiye’de sağlığın bir hak olarak kavranması ise henüz tam anlamıyla toplumun genelinde bilince çıkarılmış değildir.

Onun da ötesinde genel hatlarıyla toplumda sağlığa önem verildiğini bile söylemek zordur.

Sağlık ancak kaybedildikten sonra önemi anlaşılan ve çoğu zaman da geç kalınan bir sorun odağı halindedir.

Bu anlamda engellilerin sağlığın hayatlarında ne anlama geldiğini en iyi anlayabilen toplum kesimini oluşturduğunu söylemek abartı olmayacaktır.

Ancak bunu söylemekle beraber engellilerin sağlık hakkı konusunda gerekli ölçüde bilinçli ve hakkına sahip çıkan bir konumda bulunduğu sonucuna varılmamalıdır.

Kaldı ki sağlığın ne kadar önemli olduğunu bilmek, sağlık hakkını geçelim sağlığın korunmasını da beraberinde getirmemektedir.

Toplumdaki bilinç düzeyi ile yürürlükteki sağlık sistemi sağlık hakkı konusunun tartışılmasında göz önünde bulundurulması gereken faktörler arasında yer almaktadır.

Göz göre göre sağlık hakkını tükettiler

Türkiye, sağlığı temel bir insan hakkı olarak kabul eden önemli uluslararası hukuk belgelerine taraf olmuştur.

Devlet ve yürütme erki olarak hükümetler Anayasa ve ilgili yasalarda vatandaşların sağlığının korunmasında belli



görevleri üstlenmiş durumdadır.

Bu genel çerçevelerle birlikte yapılan yeni düzenlemeler ile oluşturulmak istenen sistem bu hakkın kullanımı noktasında giderek derinleşen bir çelişkiler yumağına dönüşmektedir.

Yazımızın başında belirtmiş olduğumuz sağlık ve sağlık hakkı konusundaki genel bilgi ve bilinç düzeyinin geriliği, oluşturulan ve geliştirilen yeni sistemin tam olarak algılanmasında Hükümetin en çok yararlandığı bir kaldıraç konumundadır.

Bunun en somut örneği, 5510 sayılı Yasa'nın hazırlandığı dönemde yaşananlardır.

SSK ve diğer kurum hastanelerinin devriyle başlayan sürecin bizleri nereye taşıyacağı büyük oranda görünür hale gelmişti.

Önce hastaneler Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanacak, sonra yerel yönetimlere devredilecek ve ardından özelleştirme sürecine girecekti.

Sosyal Güvenlik Kurumu üyeleri adına sağlık hizmeti satın alan, Sağlık Bakanlığı ise kamusal denetim yapan bir konuma getirilecekti.

Sendikalar, dernekler, meslek örgütleri ellerinden geldiğince çıkarılacak Yasa'nın bir bütün olarak sosyal güvenlik ve sağlık hakkının önemli oranda zedeleyeceğini anlatmaya çalıştı.

Bir genelleme yapmak, haksızlığı da beraberinde getirir, yukarıda kabaca özetlediğimiz sürece ilişkin tepkiler yalnızca DİSK, KESK ve TBB tarafından gündeme taşındı. Diğerleri buldukları yerden homurdanmaktan, hatta Hükümetin elini rahatlatmak için yaklaşım içinde olmaktan kaçınmadılar.

5510 sayılı Yasa Meclis'e sunulmadan önce yapılan eylem ve etkinliklere toplumun geniş bir kesimini katmak mümkün olmadı.

Toplum, egemen söylemin yayılması temel araçlarından biri olan medyanın da etkisiyle yalnızca "artık sıra bekle-

meyecek ve özel hastanede tedavi olacaksınız” sözüne kilitlenip kaldı.

Sağlıkta dönüşümle beraber gelen “katkı”, “katılım” şeklinde ifade edilen ek maliyetlerle başlayan yeni süreç pek anlaşılamadı.

İtiraf etmek gerekir ki bu süreç, toplumun geniş bir kesimini içinde bulunduğu suyun ısındığını fark edemeyip yanan kurbağa hikayesinin kahramanı haline getirdi. Vatandaş, ayda yılda bir gittiğim hastaneye verdiğim birkaç liranın ne önemi var, istediğim yerde tedavi oluyorum diyerek, katkı payını görmezden geldi.

Her geçen yıl, sağlık hizmetine erişim ve sağlık hizmetinden yararlanma koşulları ağırlaştırıldı. Sağlık planlı bir biçimde, kamu hizmeti olmaktan çıkarılarak, “serbest piyasa”nın acımasız “kar” amaçlı işleyişine terk edildi. Özetle sağlık hakkımız göz göre göre elimizden kayıp gitmeye başladı.

Sağlık hakkı yeniden halkın talebi oluyor

2006 yılından 5510 sayılı Yasa'nın çıkmasıyla iyice şekillenen yeni sosyal güvenlik ve sağlık sistemi, birçok yönden tepki almaya başlamıştır.

Sağlık hizmetlerinden yararlananlar cephesinden bakılınca, oluşturulan ve hala da geliştirilmeye devam edilen piyasacı sağlık sistemi süregelen hastalar başta olmak üzere engellileri ağır biçimde etkilemektedir.

Hastanelere, tıbbi tedavi ve desteğe sürekli gereksinim duyan bu kesimler için her yeni tedavi gideri sağlık hizmeti almalarını biraz daha zorlaştırmaktadır.

Ayakta tedavi, ilaç, tıbbi araç ve gereçler derken yatarak tedavi ve ameliyatlara için de katılım payı getirilmesi, süregelen hastaların, engellilerin sağlıklarını riske atlamalarına yol açmaktadır. Asıl ilginç olan hiç geliri olmadığı için engelli veya bakıma muhtaç yaşlı aylığı alanların da katkı payı ödeyecekler arasına katılmasıdır.

Geçmiş dönemlerle kıyaslandığında örneğin ortopedik engelliler, yüksek maliyetli ameliyatlarını ertelemek, veya bedeli tam ödenmeyen ortez, protez ve di-

ğer tıbbi destek araçlarını almaktan vazgeçmek zorunda kalmaktadır.

Ek maliyetler yalnızca alınan katılım paylarıyla da sınırlı değildir. Üniversiteler dahil kamu hastanelerinin yeniden yapılaşmasının temelinde belirgin biçimde “kar amaçlı kuruluş” anlayışı kendini açık biçimde hissettirmektedir.

Bunun sonucu olarak, örneğin bir üniversite hastanesine gidildiğinde sizden istenilen röntgen için bedel alınmaktadır. Genellikle üzerinde “öğretim üyesi farkı” gibi açıklamalar yazan “döner sermaye” belgeleri getirilmeden röntgen çekilmektedir.

Halkın sağlık hizmetlerinin bedellerini artıran bir başka unsur ise gerekli gereksiz istenen “görüntüleme” ve “tahlil” işlemleridir. Ya bozuktur veya aylar sonraya randevu verilmektedir. Size sunulan

Piyasacı değil, gerçek anlamda bir kamu hizmeti olarak sağlık hakkının yaşama geçirilmesi için; Sağlıkın, halkın temel ve vazgeçilemez bir hakkı olduğunun, sağlık hakkının güçlü hukuki dayanaklarının bulunduğu bilmesi ve bu hakkı yok etmek isteyenlere karşı halkın örgütlü mücadelesinin meşru ve güçlü bir biçimde her alanda yükseltilmesi gerekiyor

tek seçenek, bizzat hastane görevlileri tarafından yönlendirildiğiniz özel görüntüleme veya laboratuvar merkezleridir. Bu olay tümüyle “organize işler” kategorisine sokulacak niteliktedir.

Çoğunlukla SGK tarafından bedeli karşılanmadığından yüksek maliyetli bu işlemler, hastaların adeta belini kırmaktadır.

Özetle;

Kamu hastaneleri döner sermaye şirketlerine, sağlık hizmetleri, ticari faaliyet dönüşmüştür.

Bu dönüşüm, maliyetleri azaltmayı ve

karlılığı artırmayı önceliğine aldığından taşeronlaşma, düşük kaliteli ürün kullanma gibi yol ve yöntemlerle sağlık hizmetinin kalitesi de düşürülmüştür.

Hastalar, parası varsa yani müşteri niteliği kazanabiliyorsa bakılmaya değer kabul edilmektedir.

Hekimden beklenen hastayı iyileştirmek değil, çok daha fazla gelir getirecek iş ve işlemlerle “performans” geliştirmesidir.

Bu koşullandırmalar, haliyle hekimleri, hemşireleri ve tüm sağlık çalışanlarını da olumsuz biçimde etkilemekte, asıl önemlisi hastalarla sağlık çalışanlarını karşı karşıya getiren bir ortam yaratılmaktadır.

Yaratılan bu suni ortam ile asıl sorumlular, iktidar, ulusal veya uluslararası sermaye kuruluşları kendilerini toplumun gözünden uzak tutabilmektedir.

Türk Tabipleri Birliği'nin “rüya bitti” sloganı, oldukça isabetli biçimde sürecin hızla sonuna geldiğini bizlere anlatmaktadır.

Zaman içinde halkımız, sağlık hizmetinin sadece otel görünümüne hastanelere gitmekle sınırlı olmadığı öğrenmeye başlamıştır.

Yaşananlar iktidarın çizdiği ve inandırmaya çalıştığı pembe tablonun gerisindeki alaca karanlığın belirginleştirmiştir.

Artık sağlık bir hak olarak halkın talebi haline gelmeye başlamıştır.

Sağlığımıza Engel Olma Platformu mücadeleye yeni bir soluk veriyor

Yukarıda özetlemeye çalıştığımız sürecin bir başka yansıması ise kamu hastanelerinin çeşitli bahanelerle kapanması veya kapatılmasında görülmektedir.

Kent merkezlerindeki hastane binaları TOKİ eliyle, inşaat şirketlerine gelir karlılığı devredilmekte, bu hastaneler ya bir daha açılmamakta ya da kent merkezlerinin dışına çıkarılmaktadır.

Bazen de geçirdiği bir felaket nedeniyle hasar görse bile gerekli müdahale ile yeniden işler hale gelmesi için çaba harcanmayarak üstü kapalı biçimde kamu hastanesi devre dışı bırakılmaktadır.

Bunların örnekleri, İstanbul'da, Sam-



sun'da ve son olarak Bursa'da karşımıza çıkmıştır.

Örneğin İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yanındaki bir market inşaatı nedeniyle önemli ölçüde hasar görmüştür. Hastanenin üç bloğundan en önemlisi, hidrotterapi havuzlarının ve laboratuvarlarının bulunduğu bloğunda tümüyle, bir bloğunda ise kısmen hasar oluşmuştur.

Türkiye, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 4 adet bulunan ve kapasite bakımından en büyüğü olan bu hastanenin bir başka özelliği ise 2 hidrotterapi merkezinden biri olmasıdır.

Bütün bu nitelik ve gerekliliğine karşın hastane 3 yıldır, kaderine terk edilmiştir. Yüzlerce, binlerce hastanın mağdur olmasına seyirci kalınmıştır.

Türkiye Sakatlar Derneği'nin bir çağrı yayınlamak, bu hastaneden öncelikle yararlanan engellilerin örgütlerini, hasta ve yakınlarının haklarını savunanları, sağlık meslek örgütlerini, sağlık çalışanları sendikalarını ortak hareket etmeye davet etmiştir.

Yapılan çağrıya, İstanbul Tabip Odası, TMMOB İstanbul İl Koordinasyon Kurulu, DISK/Dev. Sağlık-İş Sendikası, Türkiye Kas Hastalıkları Derneği, Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği, Spina

Bfida Derneği İstanbul Şubesi, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği İstanbul Şubesi, Sağlık Hakkı Hareketi Derneği, Halkevleri Engelli Hakları Atölyesi olumlu yanıt vererek ilk çalışmalar başlamıştır. Başta fizik tedavi uzman hekimleri ile fizyoterapist dernekleri olmak üzere diğer sağlık meslek örgütlerinin yanıt bile vermemesi, aslında "Sağlık Hakkı" kavramı üzerinden yapılacak bir mücadelenin ne denli zor bir süreç olduğu konusunda bizlere ilk sinyalleri vermiştir.

Hastane ile ilgili yapılan tüm incelemeler, olayın basit bir inşaat kazasının sonucu olmadığını bizlere kısa zamanda tüm çaplaklığıyla göstermiştir.

İmzalanan uluslararası hukuk belgelerine, Anayasa'ya, yasalara rağmen, iktidarın yükümlü olduğu sağlık hizmetini bilerek ve isteyerek vermekten kaçındığı, sağlığın piyasalaşmasının önünü açacak "açılım"lar peşinde olduğu gözlenmiştir.

Bu nedenle, oluşan birliktelik kendini "Sağlığımıza Engel Olma Platformu" olarak tanımlama gereği hissetmiştir. Bu isimlendirmenin ne kadar anlamlı ve yerinde olduğu zaman içinde hem bileşenlerince hem de yürüttüğü faaliyetlerle toplum tarafından daha iyi anlaşmıştır.

Platformun 29 Mayıs 2010 tarihinde, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Oditoryu-

mu'nda düzenlediği "Sağlık Hakkı Forumu", piyasalaşan sağlık sisteminin çok geniş bir toplumu geriye dönüşü kolay olmayacak biçimde sistem dışına ittiğini kanıtlamıştır.

Engelliler, süregelen hastalar, riskli işlerde çalışanlar, sağlıksız çevre koşullarında yaşayanlar, güvensiz gıdalar ve ürünlerle sağlığı tehlikeye atılanlar, sağlık sektörünün her aşamasında görev yapanlar, sağlık öğrencileri, emekliler, yaşlılar, işsizlik, gelirsiz-mülsüzler bu forumda kendilerini ifade etme olanağı bulabilmiştir.

Forum, bir bakıma normal koşullarda hiç yan yana gelemeyecek, dolayısıyla dayatılan sistemin kimleri nasıl etkilendiği hakkında bilgi aktaramayacak, sorunun vehametini yeterince anlayamayacak farklı kesimleri bir araya getirerek son yılların en anlamlı etkinliğine sahne olmuştur.

Yapılan her konuşma, verilen her örnek, piyasacı değil, gerçek anlamda bir kamu hizmeti olarak sağlık hakkının yaşama geçirilmesi için; sağlığın, halkın temel ve vazgeçilemez bir hakkı olduğunu, sağlık hakkının güçlü hukuki dayanakları bulunduğu ve bunların en iyi şekilde kullanılması gerektiği ve bu hakkı yok etmek isteyenlere karşı halkın örgütlenmesi ve mücadelenin meşru bir temelde güçlü bir biçimde her alanda yükseltilmesi gerektiği sonuçlarında bizleri buluşturmuştur.

Yayınlanan sonuç bildirgesi, gün boyu süren tartışmaların bir özeti olmanın yanı sıra önümüzdeki dönem için yararlanılması gereken, temel tartışma başlıklarını önümüze seren ve üzerinden "Sağlık Hakkı" mücadelesinin sürdürülebileceği bir zemin yaratmıştır.

Forumda yapılan her tespit, her öneri, hepimizin omuzlarına ağır görevler yüklemiştir. Bu yüklerin ağırlığı bizleri korkutmamalıdır. Mücadeleyi omuzlayanların sayısını artıkaçça, taleplerimiz daha geniş kesimlerce paylaşıldıkça sorun olmaktan çıkarak çözülebilir hedeflere dönüşecektir.



SAĞLIK HAKKINA ERİŞİM ÖRGÜTLÜ MÜCADELEDEN GEÇER

Türkiye Kas Hastalıkları Derneği 1978 yılında Prof. Dr. Coşkun Özdemir'in öncülüğünde kas hastaları ve hasta yakınlarına hizmet vermek amacıyla İstanbul'da kurulmuştur.

Derneğimiz, 08.06.1992 tarih ve 92/3137 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Kamu Yararına Çalışan Dernekler statüsünü almış, 16.07.2004 tarih ve 2860 sayılı Yardım Toplama Kanunu'nun 6. maddesi gereği de ülkemizdeki İzinsiz Yardım Toplama hakkı tanınan dernekler arasına katılmıştır.

Çoğu ilerleyici bir özelliğe sahip ve katımsal olan kas hastalıklarında, hastalarımızın bir kısmı çok erken yaşta kaybedilmekte, birçoğu ise yaşamlarını tekerlekli sandalyede sürdürmek zorunda kalmaktadırlar. Büyük çoğunluğunun şimdilik tedavisi yoktur. Ülkemizdeki sayısı "100.000" olarak tahmin edilen kas hastası için derneğimiz, hastaların toplumla karşılıklı entegrasyonunu en üst düzeye çıkartmak, kaliteli bir yaşam sürmelerinin koşullarını yaratarak bu konuda hastalara rehber olmak, hastaları doğru yönlendirmek gibi işlevlere sahiptir.

Bu amaca yönelik olarak yürüttüğümüz hizmet ve faaliyetlerimiz; fizyoterapi hizmetleri, mesleki rehabilitasyon hizmetleri, takı-tasarım ve ahşap boyama kursları, psikoterapi çalışmaları, yatağa bağımlı hastalar için evde bakım hizmetleri, çağrı merkezi müşteri temsilcisi eğitim programları, hastalara yönelik aynı yardımlar (tekerlekli sandalye, solunum cihazı, yatak vb.), ulusal ve uluslararası kongre, sempozyum ve toplantılar, hastalara yönelik bilgilendirme toplantıları, yargı yolları ile hak mücadeleleri, yasama organları ile hak mücadeleleri, yürütme organları ile hak mücadeleleri, kültür ve



sanat faaliyetleri, yemek, kermes, konser, piknik vb. sosyal etkinlikler.

Derneğimizin beş adet şubesi İzmir, Ankara, Bursa, Gaziantep ve Trabzon il-lerindedir.

Üyesi olduğumuz uluslararası organizasyonlar ise; EAMDA (Avrupa Kas Hastalıkları Dernekleri Birliği), WANDA (Dünya Kas Hastalıkları Dernekleri Birliği), ALS/MND (Uluslararası Amyotrophic Lateral Sclerosis Dernekleri Birliği), CEE-GN (Orta ve Doğu Avrupa Genetik Ağı), TREAT-NMD (Nöromusküler Hastaların Değerlendirilmesi ve Tedavisi İçin Avrupa'da Dönüştürümsel Araştırma Projesi)

Nöromusküler Hastalıklarla Yaşayan Bireylerin Sağlık Sorunları

Nöromusküler hastalıklara sahip bireylerin sağlık hakkından yararlanmalarının önünde çeşitli güçlükler bulunmaktadır. Sadece başlıkları ile ifade etmek gerekirse: 1) Hastalıklarının tanısı ile merkezlerin yetersizliği, 2) Ortopedik operasyonlarda (Örneğin skolyoz ameliyatları) geç kalınması, 3) Genetik tanı ve danışmanlık merkezlerinin azlığı ve bir çok tetkikin SGK kapsamında olmaması, 4) Rehabilitasyon araç ve gereçlerinin önemli bir kısmının SGK kapsamında ol-

maması, 5) Tanı ve teşhis sonrası hastanın takip edilememesi, 6) Evde bakım hizmetinin olmaması, 7) Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yetersizliği, 8) Sağlık kurumlarındaki erişilebilirlik problemleri, 9) Nöromusküler hastalıklar alanında uzmanlaşmış kadroların azlığı, 10) Danışma merkezleri ve doktorların azlığı, 11) Farklı uzmanlık dallarının multi disiplin yaklaşımından uzak olmaları, 12) Rehberlik Araştırma Merkezleri'nde uzmanlaşmış kadroların bulunmaması, 13) Beslenme konusunda hastaların profesyonel destekten mahrum kalmaları 14) Sözde tedavilerle mücadelenin yetersiz olması, 15) Alan ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların yapılmaması 16) Hasta bilgilerinin ilgili STK'lar ile paylaşılmaması olarak sıralanabilir.

Her bir konu başlığının geniş açıklımları bulunmaktadır. Ortopedik engelliler arasında yer alan kas hastalarının sağlık hakkından hiçbir kısıtlama olmaksızın yararlanmaları beklenmektedir. Ancak Sağlık Uygulama Tebliği dahi her yıl dava konusu olmakta ve yürütme makamı engellilerin ihtiyaçlarını görmezden gelmektedir.

Herkes için sağlık hakkının erişilebilir kılınması, örgütlü mücadeleden geçmektedir. Dolayısıyla hak arama faaliyetlerini yılmadan tüm anayasal hakları etkin kullanılarak sürdürmemiz gerekmektedir. Bu bağlamda Türkiye Kas Hastalıkları Derneği gerek meslek birlikleri gerekse de alanında çalışan STK'larla iş birliğini sürdürmeye devam ettirmektedir. Halkımızın da vazgeçilmez, ertelenemez bir kamu hizmeti olan sağlık hakkının elde edilmesinde ve piyasalaşma politikaların karşısında hak arayışlarını durmaksızın sürdürmesi gerekmektedir.

Sağlık Hakkı Forumu Sonuç Bildirgesi

Sağlığıma Engel Olma Platformu'nun çağrısıyla 29 Mayıs 2010 tarihinde, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Prof. Dr. Cem'i Demiroğlu Oditoryumu'nda "Sağlık Hakkı Forumu" düzenlenmiştir.

Forumda sunum yapan uluslararası hukuk, halk sağlığı alanlarında çalışan

öğretim üyelerinin;

Hastalar, engelliler, çalışanlar, işsizler, küçük esnaf, emekliler, öğrenciler gibi toplumun farklı kesimlerinden sağlık hizmeti alanların;

Hekimler, eczacılar, psikologlar, sağlık teknisyenleri, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, hastabakıcılar gibi sağlık

alanında hizmet verenlerin temsilcilerinin katılım ve katkıları birleştirilerek aşağıdaki ortak metin oluşturulmuştur:

Sağlık hakkının gelişim süreci

Sağlığın sosyo-ekonomik-kültürel etmenlerden etkilendiğinin ortaya konması halk sağlığı alanının gelişimine, aynı zamanda sağlığı hak olarak gören bir toplumsal mücadelenin parçası olmuştur. Bir yandan sağlıklı yaşamayı önceleyen beslenme, eğitim, çalışma ortamı, barınma gibi faktörlerin sağlanmasının önemine vurgu yapılırken diğer yandan sağlık hizmetlerinden eşit, nitelikli, ücretsiz yararlanma hakkının dile getirildiği bir "sağlık hakkı mücadelesi" sınıf mücadelesinin politik talepleri arasında hep yer almıştır. Erken kapitalizm yıllarından günümüze siyasi mücadele ile birlikte yürütülen politikleştirilmiş sağlık hakkı mücadelesi ön açıcı olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin sosyal bir sistem olarak örgütlenmesi kapitalist sistemin gelişim süreciyle yakından ilişkilidir.

Sağlık hakkı talebinin bir yandan basit bir meta üreticisi olarak görülen işçilerin mücadelesinin güçlü bir parçası haline gelmesi, diğer taraftan sınıf mücadelesinin hızla düzen dışına kayarak sosyalist bir sistemi hedeflemesiyle kapitalist sistem, işçi sınıfının temel taleplerini sistem içinde tutmak için pek çok temel hak alanında olduğu gibi sağlık alanında da "sosyal" bir sağlık sistemi kurmak zorunda kaldı. Özellikle sosyalist ülkelerin anayasalarında sağlıklı yaşamın her vatandaşın temel bir hakkı olduğunun vurgulanması kapitalist ülkeleri de bu alanda daha ciddi düzenlemeler yapmaya itti. Sağlık hakkının uluslararası sözleşmelere dahil





edilmesi de bu sürecin sonunda gerçekleşti.

Bu sözleşmelerde sağlık hakkı, sağlığı ilgilendiren beslenme, iş, sosyal güvence, eğitim, barınma vb. hakları da çevreleyen bütüncül bir hak olarak ele alındı.

Ancak 1970'li yıllarda başlayan ve sosyalist sistemin çözülmesiyle sert biçimlerde uygulamaya konulan vahşi kapitalist uygulamalar sağlık alanındaki gelişmeleri de yakından etkiledi. Sermaye sınıfı açısından diğer temel kamusal hizmetlerde olduğu gibi sağlık alanı da piyasanın sermaye hacmini büyüten, kar sağlayıcı unsurlarından biri haline getirildi.

Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi

Kapitalist hükümetlerin kamu sağlık hizmetlerini kötüleştiren politikaları, kamunun açığını kapatmak için bilinçli olarak güçlendirilen özel sağlık kuruluşları izledi. Ve birkaç yıldır kendisi de ticari bir işletme gibi çalışan kamu sağlık kurumlarıyla bu alanın büyük bir kısmı ticarileştirilmiş oldu.

Aynı zamanda bu süreç yavaş yavaş halkın sağlık hizmeti almada sıkıntılarla karşılaşmaya başlayacağı sorunlar üretmeye başladı. İlaç alımının sınırlandırılması, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında cipten ödeme uygulamaları, provizyon alımının zorunlu hale gelmesi önümüzdeki yıllarda vatandaşın sağlık hizmeti alımında ciddi sıkıntılarla karşılaşacağı anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetinin rekabete açılması ve hizmeti sunan emekçilerin maliyet unsuru olarak görülmesiyle bu hizmetlerin niteliğinde ciddi düşüş ve etik ihlallerinde artış gözlenmektedir.

Sağlık ocağı sisteminin dejenere edilmesi

Özellikle sorunu hastalanmayı önlemek olarak ele alan sağlık hizmeti anlayışının temel aldığı koruyucu sağlık hizmetleri birkaç yıldır aile hekimliği uygulamasıyla dejenere edilmiştir. Bu sistem ekim ayında İstanbul'da da uygulamaya konacaktır.

Aile hekimliği sistemiyle yetersiz de olsa koruyucu sağlık hizmeti vermeye çalışan "bölgesel" sağlık ocağı sisteminin kal-



dırılması ve sağlık sorununu bireye yönelik tedavi edici hizmet olarak gören ve hekim hasta ilişkisini müşteri ilişkisine dönüştüren bir sistem getirilmesi öngörülmektedir.

Sağlık ile birlikte birçok hakkın gasp edilmesi

Bütün bunlar karşısında ortaya çıkan tabloyu emekçi halk kitlelerinin sağlık hakkının gasp edilmesi olarak nitelenmek yanlış olmayacaktır. Bu şekilde ulaşım, ısınma, aydınlanma, su kullanımı, barınma gibi en temel insan haklarıyla birlikte sağlık hakkı da sermaye sınıfının birikim sürecinin ihtiyaçlarına kurban edilmektedir.

Yine vahşi sömürün ön plana çıktığı çalışma ortamı güvencesizleştirme, düşük ücretler, çalışma saatlerinin artması, çalışma koşullarının kötüleşmesi, işçi sağlığı ve güvenliğine yönelik hizmetlerin yok sayılması başlı başına bir "sağlıksızlık" ögesi haline gelmiştir. Ülkemiz bu süreç kot kuşlama işçilerinde ortaya çıkan "silikozis", "tersanelerdeki ve madenlerdeki ölümlü iş kazaları", "hastane yangınları", "yeni doğan servislerindeki bebek ölümleri" gibi çarpıcı sağlık sorunları ile tüm toplum için görünür hale gelmiştir.

Bu bağlamda, sağlık hakkının gasp edilmesine yol açan politikaların uluslararası kapitalizmin merkezi uygulamalarının devamı niteliğinde olduğu çok açık olarak görülmelidir. Aynı süreçlerden ge-

çen dünya ülkelerinin benzer deneyimler yaşadığı artık daha iyi bilinmekte ve bu ülkelerdeki toplumsal muhalefet hareketlerinin örgütlenme ve mücadele deneyimleri önemsenmektedir.

Sorunu sadece "devletin yapması gereken bir hizmet" olarak kabul edip devlete havale etme anlayışı yerine, özneyi sağlık hakkını talep eden halk kitleleri olarak görüp mücadelenin taraflarını bu şekilde oluşturmak gerekmektedir.

Özellikle dünyanın değişik yerlerindeki deneyimlerden faydalanarak, farklı araç ve yöntemler üreterek sağlık hakkının yerine getirilmesi sürecini aynı zamanda antikapitalist bir toplumsal bilinçlenme süreci olarak örgütleyebilmeliyiz. Talep etmenin yanı sıra talebi bir mücadele olarak örgütlemek ve alternatif sağlık hizmeti anlayışını somut bir gerçeklik haline getirmek de bu mücadelenin öznelinin sorumluluğu altındadır.

Bu alanda uluslararası sözleşmeler de sağlıklı yaşamı her bir insan için "hak" olarak kabul etmiştir ve Türkiye bu sözleşmelere taraf olarak yükümlülük altına girmiştir. Türkiye'nin uluslararası insan hakları sözleşmelerinden doğan yükümlülüklerini yerine getirmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmeti eşit, nitelikli ve ücretsiz olmalı

Bu sistemli gidişin durdurulması, geri-tilmesi veya toptan ortadan kaldırılma-

sını kapitalist sistemin temel işleyiş mekanizmalarına bir eleştiri getirmeyen siyasal parti veya anlayışlardan beklemek son derece yanıltıcı olacaktır.

Esas olan bu vahşi kapitalist uygulamaların mağduru olan çalışan sınıflar, emekçi ve yoksul halk kesimlerinin sağlıklı yaşam hakkı talebini dile getirmeleri ve bunu toplumsal bir mücadele olarak örgütleyebilmeleridir.

Orta vadede mağdur halk kitlelerinde sağlık hakkı sorununu bir gündem ve eşit, nitelikli ve ücretsiz sağlık hakkı talebini meşru bir talep haline getiren bir hegemonya sağlanmalıdır. Bu süreç giderek verili sistemin uygulayıcılarını muhatap almaya zorlayan, mevcut uygulamalarda delik açan, geriletken ve hatta ortadan kaldıran bir toplumsal güce ulaşmayı hedeflemelidir.

Bu sürecin örgütlenmesinde medyanın etkin ve doğru kullanımının sağlanması son derece önemlidir. Sağlık sorunlarını magazin boyuta indiren ve gösteri dünyasının bir parçası haline getiren anlayış mahkûm edilerek; bir taraftan sağlık hakkını gündemine alan, diğer taraftan hastalığı sosyal boyutlarıyla ele alıp hastaları doğru biçimlerde yönlendiren bir medya için özel bir çaba içerisine girilmelidir.

Koruyucu sağlık hizmetleri talebi güçlendirilmeli

Özellikle İstanbul'un artan nüfusu karşısında her geçen gün daha da yetersiz hale gelen kamu sağlık hizmetlerinin ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin arttırılması; sağlık ocağı olmayan yerlerde sağlık ocağı kurulması talebi öne çıkarılmalıdır. Bu talep basitçe bir sağlık ocağı binasının kurulması ve buraya ilgili personelin atanmasıyla sınırlı kalmamalıdır. Bununla birlikte sağlıklı çevresel faktörleriyle birlikte ele alan ve kamu yönetiminin öncelikle vatandaşın sağlıklı bir çevrede barınma, beslenme ve temiz bir çevrede yaşama hakkının sağlık ocağı sistemiyle yerine getirilmesi talebi güçlendirilmelidir.

Vatandaşlar ikamet ettikleri veya çalıştıkları yerlerde ya hastane olmadığı ya

da sınırlı imkanlarla donatılmış hastaneler olduğu için farklı yerlerdeki sağlık kurumlarına yönlendirilmekte ve sağlık hizmetine ulaşmada ciddi zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu konuda belli nüfus başına gerekli olan kamu hastanelerinin inşası için somut bir talep oluşturulup ilgili merciler üzerinde baskı gücü oluşturulmalıdır.

Örgütlü mücadele yaygınlaştırılmalı

Özellikle tersanelerde verilen sendikal mücadeleyle gün ışığına çıkan ya da maden kazalarında olduğu gibi saklanamaz bir gerçeklik olarak kamuoyuna yansıtılmak zorunda kalınan ama bu mücadelenin olmadığı inşaat vb. pek çok alanda görünmeyen, gizlenebilen iş kazalarının ciddi bir halk sağlığı sorunu haline geldiği açıktır. İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusunun sağlık hakkı mücadelesinin ayrılmaz bir parçası olarak ele alınması zorunluluktur.

Sağlık hizmetlerine erişim engellerden arındırılmalı

Günümüzde sağlık hizmetlerine erişimde ekonomik, coğrafi, sağlık kurumlarının teknik ve lojistik alt yapısı, sağlık personeli ve kültürel engeller artmaktadır.

Sağlık hizmetine ulaşmada en fazla sorun yaşayan kesimi engelliler oluşturmaktadır. Engellilerin sağlık hizmetine kolaylıkla ulaşması, sunulan hizmetin sınırlamalardan kurtarılması somut bir talep haline getirilmelidir. Bu taleple birlikte ve aynı zamanda engelliler alanındaki dernekler, vakıflar gibi örgütlülüklerin basit bir yardım kuruluşu gibi çalışmak yerine, bu mücadelenin bir parçası haline getirilip, daha etkin çalışması sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetleri kapsamındaki erken tanı, kronik hasta izlemi, yaşlı izlemleri, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, esenlendirme hizmetleri, evde bakım hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, sosyal hizmetler gibi birçok alanda ciddi yetersizlikler vardır. Hem kurumsal, hem sağlık insan gücü hem de bu hizmetlerin su-

numunun planlanmasında bir başıboşluk yaşanmaktadır. Yukarıda sıralanan hizmetlerde açığı kapamaya yönelik piyasacı girişimlerin gün be gün arttığına tanık olmaktadır. Bu hizmetlerin tümünün kamusal bir anlayışla toplumun katılımı ile sunulmasına yönelik çabalar artırılmalıdır.

Evde bakım, psikiyatrik tedavi (ruh sağlığı hizmetleri) kamu hizmeti olması

Yaşamın içinde göremediğimiz evde bakım gerektiren hastalarımıza ve özellikle hala tam olarak nereye koyacağımızı bilemediğimiz psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kamu hizmetlerinin daha yaygın ve etkili bir sorumluluk almasının sağlanması, görünmeyen ama çok sayıda ailenin bütün hayatını altüst eden bir sorunun çözümüne ilişkin somut öneriler oluşturmak ve bunu kamuoyuyla paylaşmayı önemsemek gerekmektedir.

Sağlık hakkı toplumsal mücadelenin bir parçası olmalı

Sonuçta bir hak olarak sağlığın tartışılması, bir sistem tartışmasıdır.

Bu hakkın elde edilmesi aynı zamanda toplumsal bir yenilenme sürecinin mütevazı bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Kapitalist sisteme kazandırılmış bazı hakların kullanımı için yasaların uygulanmasını talep etme, bütçenin sorgulanması, yargıyı etkin olarak kullanma vb. mücadele yöntemlerinin yanında;

Esas olarak herkesin parası kadar insan olduğu, herkesin parası kadar sağlık hizmetine ulaşabileceği anlayışından, her vatandaşın doğuştan sahip olduğu ve uluslararası sözleşmelerle güvence altına alınan haklarına maddi gelir, statü veya başka hiçbir koşul aranmaksızın rahatlıkla ulaşabileceği ve yararlanabileceği bir sisteme ulaşmayı hedeflemek;

Dolayısıyla sağlık hakkı mücadelesini toplumsal mücadelenin bir parçası haline getirmek amaçlanmalıdır.

Sadece parasız sağlık hizmeti talebi yerine nasıl bir sağlık hizmeti istediğimizi, bu talebin sahipleriyle birlikte örgütlediğimiz ve somut bir gerçeklik haline getireceğimiz bir mücadele sürecini ön görebilmeliyiz.



ÇATIŞMADAN UZLAŞMAYA

Algının dünyası, yani bize duyularımızla ve gündelik yaşamdaki tutumumuzla açılan dünya, ilk bakışta en iyi bildiğimiz dünya gibi gelir, ona erişmek için araçlara hesaplara gerek yok çünkü. Bu dünyaya girmek için gözlerimizi açıp kendimizi yaşamaya bırakmak yeterli gibi. İşin aslı öyle mi? “Bireyin ruh yaşamında başkalarının örnek, nesne, yardımcı, dost ya da rakip kişiler olarak her zaman rol oynadığı görülür. Dolayısıyla, bireysel psikoloji, haklılığı su götürmeyen bu genişletilmiş anlamda daha başından beri toplum psikolojisi kimliğini taşır.” (S. Freud, Kitle psikolojisi) Yükselen ‘bireyin’ düşüşü ile geçirdiğimiz bir dönem sonrası yeniden çatışmalı dönemlerin eşiğine geldik yeni bir bin yılın eşiğinde. Za-

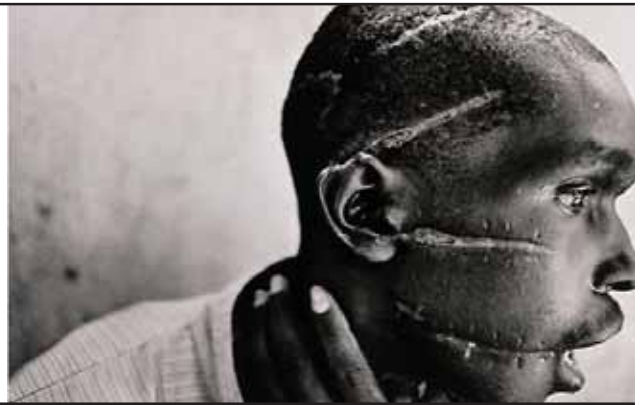
zincirlenmesinden çıkış yollarından birisi de ‘çatışma’ gibi konuları kavramsal/sosyal düzeyde ele alması gibi görünüyor.

Çatışma ve Kavramlar

Çatışma çözümlemesi, sosyal çatışmaların dinamiklerini, nedenlerini ve çözüm süreçlerini inceleyen bir kavramdır. Çatışmanın altında yatan nedenler ve ihtiyaçlar göz önüne alınarak uygulanan uyumsuzlukların çözülmesi süreçleri ve bu süreçleri inceler.

Çatışma dönüşümü ise çatışma çözülmesi sürecinin en son aşamasıdır. Çatışan tarafların doğrudan, kendi gayretleri ile çatışma ortamını ve çatışmaya neden olan şartları, olumlu ve yapıcı ilişkilere ve ortamlara dönüştürmesi sürecidir.

Toplumsal uyumsuzlukların barışçıl çözümü, toplumların yaşamlarında barış ve refahın ön koşullarından biridir. Çatışma ve uzlaşma konuları, okullardaki şiddetten, siyasi partilerin kuralsız rekabetlerine, Kürt sorunundan, devlet kurumları arasındaki kutuplaşmalara, aile içi şiddetten, uluslararası ilişkilere kadar geniş bir alanı kapsar.



manımızın bireyi, yara izlerinin peşinde şimdiki zamanı arayan, acının ve alçalışın cehennemlerinden geçmiş bir fedai gibidir. Görevi bir ‘uzlaşma’, ‘denge’ olan tababet, tam da bu nedenle çatışmanın varlığını gözardı etmeden, ‘benlik ile doğa’ arasındaki unutulmuş bu ‘firari gerçekliğe’ dönebilmenin yoludur. İnsanın düşünce ve eyleminin endüstriyelizm biçimleri tarafından

Bir çatışmanın ortaya çıkmasından çözümüne kadar geçtiği çeşitli evreler vardır. Bunlar; çatışmanın henüz açıkça gözlemlenmediği ama ana unsurlarının toplum içinde olduğu gizli süreç/ çatışmanın ortaya çıkışı/ çatışmanın tırmanışı/ duraklama/ çözüm yoluna giriş/ anlaşma/ ve anlaşma sonrası kapsamlı ve çok taraflı uzlaşma. Bu evrelerden ilk üç aşama taraflar ara-

sında kutuplaşmanın ve şiddetin gittikçe arttığı evrelerdir. Duraklama evresi genellikle müzakereye geçişten önceki aşamadır. Duraklamadan sonraki evreler ise şiddetin azaldığı ve taraflar arasında güvenin ve olumlu bir ilişki kurmanın gündeme geldiği aşamalardır.

Çatışma müdahalesi, taraflar arasındaki çatışmaya üçüncü bir tarafın müdahalesidir.

Çatışma sonrası yeniden yapılanma, çatışma sonrasında toplumun çökmüş olan fiziki alt yapının yeniden inşası, üretim-tüketim süreçlerinin, demokratik kurumların yeniden işler hale gelmesi, taraflar arasında sağlıklı ve yapıcı ilişkilerin oluşturulmasıdır.

Çatışma yönetimi, çatışma sürecinin olumsuz, yıkıcı yönlerinin olabildiğince kontrol altına alınması, anlaşma olasılıklarının ön plana çıkarılmasıdır. Bu yaklaşımda, çatışmanın sona erdirilmesi esastır.

Toplumsal uyumsuzlukların barışçıl çözümü, toplumların yaşamlarında barış ve refahın ön koşullarından biridir. İçinde yaşamakta olduğumuz günlerde, çatışma ve uzlaşma konuları, okullardaki şiddetten, siyasi partilerin birbirleriyle kural dışı rekabetlerine, Kürt sorunundan, din-devlet ilişkileri konusunda devletin değişik kurumları arasındaki kutuplaşmalara, aile içi şiddetten, uluslararası ilişkilerde Türkiye AB ilişkilerine, Kıbrıs, Irak, Kafkasya, Ortadoğu eksenlerine kadar uzanan geniş bir alanı kapsamakta. Bu tür uyumsuzlukların anlamlandırılması ve sağlıklı çözüm önerilerinin oluşturulması çabalarında güvenilir bilgi üretimi (bilimsel katkı) önemli. Uyuşmazlık analizi ve çözümü, toplumsal çatışmaların, şiddet içermeyen süreçlerini inceleyen, çatışmayı 'koşulsuz kaldırılması gereken olumsuz-kötü bir olgu' olarak ele almaz. Aksine, bu alanı, çatışmanın doğru ele alındığı durumlarda, sosyal değişimin, adaletin, yaratıcılığın



ve yeniliğin temel kaynaklarından biri olabileceği öngörüsünden hareket eder. Bu anlamda, müzakere, pazarlık, arabuluculuk, kolaylaştırıcılık, sorun çözümüleme atölyeleri ve diyalog toplantıları gibi süreçlerin toplumsal değişim ve yenilik için birer araç oldukları ve araştırmaya değer sosyal süreçler olduğu görüşünü ileri sürer.

Uyuşmazlık analizinin ana çalışma konusu süreçlerdir. Sosyal çatışma ve uzlaşma konuları, sosyal etkileşim sistemleri olarak ele alınır ve bu oluşumlar etkileşim süreçleri açısından incelenir. Uygulama, kavram, yöntem arasındaki ilişkilerin kurulması, bu çalışma alanının en zor konularından birisidir.

Bir sonuç olarak ihtilaf çözümü, iki tarafın pozisyonlarındaki uyumsuzlukların artık bir endişe kaynağı teşkil etmediği duruma ilişkindir. Uyuşmazlık yönetimi ise fiili çatışmaya son vermeye odaklanır.

Konu ile ilgili kavramları gözden geçirecek olursak;

Arabuluculuk; barış inşası; barış muhafazası; barış temettüsü; dişli arabuluculuk; bütüncü müzakere; çok kulvarlı diplomasi; demokratik barış; denge; donmuş barış; dönüştürücü müdahale; erken uyarı; etkileşimsel sorun çözme; güç aktarımı; göreceli yoksunluk; her iki taraf da zarar veren kilitlenme; ilk kademe öğrenme; insani müdahale; istikrarlı barış; işbirliği ile süren yönelim; iyileştirme; kalıcı uzlaşma; kolaylaştırıcı arabuluculuk; müzakere; negatif barış; önleyici müzakere; plan yapıcı arabuluculuk; pozitif barış; sıcak barış; sorun çözücü müzakere; mutabakat; uyuşmazlık yönetimi; uyuşmazlık çözümü; uzlaşma; vatandaş diplomasisi; yapısal müdahale; yarı-resmi diplomasi; yeniden yapılandırma; yumuşak güç; zorlayıcı diplomasi...

Çatışmadan Demokratik Topluma

Sosyal alandan bireysel alana aktarırsak, çatışma ve sonucunda oluşan psikososyal travmalar, aynı zamanda insan hallerimizin de gözden geçirilmesine ve kendimizle bir tür karşılaşmaya olanak tanımaktadır. Çatışma ve sonucunda oluşan travmalar ekseninde yaşanmakta olan bireysel ve toplumsal şiddet, bu alanda görev yapmakta olan bileşenleri, özellikle hekimleri 'demokratik' bir toplum oluşturulması için öne çıkarmaktadır.

Uyuşmazlık analizinin ana çalışma konusu süreçlerdir. Sosyal çatışma ve uzlaşma konuları, sosyal etkileşim sistemleri olarak ele alınır ve bu oluşumlar etkileşim süreçleri açısından incelenir. Uygulama, kavram, yöntem arasındaki ilişkilerin kurulması, bu çalışma alanının en zor konularından birisidir.

Bu bireysel, mesleki ve sosyal ihtiyaçlardan yola çıkarak oluşturulacak 'demokratik toplum', 'en iyi' içeriğin rakipsiz hüküm sürdüğü bir toplum değil, daha çok, hiçbir şeyin nihai anlamda kazanmadığı ve her zaman bir rakip meydan okuma ihtimalinin bulunduğu bir toplumdur. (Chantal mouffe, Demokratik Paradoks)



AİLE HEKİMLİĞİ İSTANBUL'UN KAPISINDA! PEKİ YA HUKUKİ ALTYAPI?

B ilindiği gibi “Aile Hekimliği” ilk kez Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile 9.12.2004 tarihinde hayatımıza girdi. Kanun’u ‘Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’ izledi.

Geride bıraktığımız yaklaşık 5 yıllık uygulama döneminde çeşitli kereler değişiklik ve tadilat gören Yönetmelik, 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile yürürlükten kaldırıldı.

Uygulama Yönetmeliği’nde “yeni”likleri maddeler halinde özetlemeye çalışırsak ilk elden;

- Aile hekiminin görevlerinde kimi değişiklikler ve yenilikler olsa da, görev kapsamının aynı genişlik ve karmaşıklıkta korunduğunu,

- Önceki Yönetmelikteki tanımların yanı sıra; Toplum Sağlığı Merkezi ve Yerinde Sağlık Hizmeti tanımlarının eklendiğini,

- Aile hekimine; gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevinin de yüklendiğini ve üstelik tüm bu görevlerin/çalışmaların nasıl bir mesai planlamasıyla yapacağına ilişkin bir açıklığın – yine – bulunmadığını,

- Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının, tam gün esasına göre çalışacakları düzenlenmesinin korunduğunu; çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığının sağlanacağı

düzenlenmesinin kaldırıldığını,

- Aile hekimlerine ilk kayıt – yine – il sağlık müdürlüğü tarafından kişilerin ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundularak yapılacaksa da, sonrasında “yakın konumdaki aile hekimi”, “bölge sınırlaması” vb hiçbir ölçü/ herhangi bir kriter olmaksızın tamamıyla ‘serbest’ olarak kişilerin aile hekimini seçebileceğini,

- Aile hekimini değiştirme süresinin 6 aydan 3 aya indirildiğini,

- Önceden 2500-3000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde belirleme yapılırken, şimdi ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde çalışma bölgelerinin tespit edildiğini,

- “Yetkilendirilmiş aile hekimliği” hizmetinin; ‘Bakanlık dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren; üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde verilebileceği ve Bakanlığın öngördüğü eğitimleri almaları ve kurumlarının teklifi ve Valilik onayının gerektiği’ düzenlenmesinin korunduğunu,

- “Yetkilendirilmiş aile hekimliği”nde önceki düzenlemeden farklı olarak, fiziki şartlar ve teknik donanımın ilgili kurum tarafından karşılanması gerektiğini,

- Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dallarına ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerine kendilerinin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine yetkilendirilmiş aile hekimliği yetkisi veri-

lebileceğini, sıralayabiliriz.

Geri dönmek mümkün mü? Peki geride ne kalacak, nereye dönelecek?

Bir parantez açıp önemle belirtmek gerekir ki; Yönetmeliğin 12. Maddesinde “Göreve Başlayış ve Ayrılış” düzenlenmekte ve “Sözleşmeli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları Bakanlık veya kurumlarının muvafakati ile göreve başlayabilirler. Bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarından ücretsiz izinli sayılırlar ve kadroları ile ilişkileri devam eder.” düzenlemesi yer almaktaydı.

Memur iken aile hekimi olanlar, aile hekimliği sözleşmesinin herhangi bir suretle sona ermesi halinde KADRO VEYA PERSONEL DAĞILIM CETVELİ FAZLALIĞINA BAKILMAKSIZIN ücretsiz izne ayrıldığı görev yerine dönecekler, ancak bu birim kapatılmış/kaldırılmışsa; (önceki dönemde ilçe sağlık grup başkanlıklarında görevlendiriliyorken) şimdi toplum sağlığı merkezine atanacaklardı. Bu durumda 30 gün içinde kendisinin talep etmesi ve müdürlüğün de uygun görmesi ile bir defaya mahsus olmak üzere aynı il içinde personel dağılım cetvelinde (PDC) açık olan ve doluluk oranlarına göre ihtiyaç duyulan kadrolardan birine yer değiştirme suretiyle atamaları yapılacaktır.

12. madde bu haliyle, PDC’ye göre açık olmadığı durumda ne olacağı/ne yapılacağı sorusunu belirsiz bırakmış olsa da; yine de “geri dönüş”ün kapısını açık bırakıyordu.

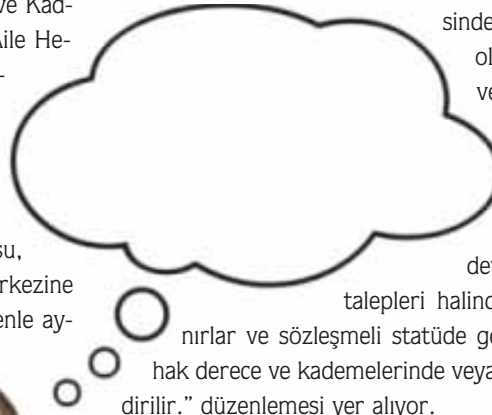
Oysa daha bu düzenlemenin mürekkebi kurumadan, 25 Haziran tarihinde Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde değişiklik yapıldı ve “Aile Hekimi veya Aile Sağlığı Elemanı olarak sözleşme imzalayan personelin kadroları sözleşme imzaladıkları Aile Hekimliği Biriminin bulunduğu Aile Sağlığı Merkezine aktarılır.” düzenlemesi getirildi.

Böylece gerçek anlamda bir “geri dönüş” de önü kapanmış oldu. Çünkü bu haliyle ilgili hekimin kadrosu, aile hekimliği yaptığı birimin bulunduğu Aile Sağlığı Merkezine gelecek. Hekimin aile hekimliğinden herhangi bir nedenle ayrılması halinde, O’nu bekleyen “son” Aile Sağlığı Merkezi olacak.

Yönetmelik’ten anlaşıldığı kadarıyla bu Merkezler; aile hekimliği birimlerindeki eksik ve açıkları kapama, ‘asıl’ aile hekiminin yıllık izin, rapor vb. dönemlerinde ‘geçici aile hekimi’ olarak görevlendirilme merkezleri olacağından, hekimin kadrosunun bulunduğu bu Merkezlere dönmesi, gerçek bir geri dönüş olmayacak ve çalışma yaşamında hiçbirşeyi değiştirmeyecek.

Oysa sadece Yönetmeliğin aktardığımız 12. Maddesi değil, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 3. Madde-

Yönetmeliğin 12. Maddesinde “Göreve Başlayış ve Ayrılış” düzenlenmekte ve “Sözleşmeli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları Bakanlık veya kurumlarının muvafakati ile göreve başlayabilirler. Bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarından ücretsiz izinli sayılırlar ve kadroları ile ilişkileri devam eder.” düzenlemesi yer almaktaydı. 25 Haziran tarihinde Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde değişiklik yapıldı ve “Aile Hekimi veya Aile Sağlığı Elemanı olarak sözleşme imzalayan personelin kadroları sözleşme imzaladıkları Aile Hekimliği Biriminin bulunduğu Aile Sağlığı Merkezine aktarılır.” düzenlemesi getirildi. Böylece gerçek anlamda bir “geri dönüş” de önü kapanmış oldu. Çünkü bu haliyle ilgili hekimin kadrosu, aile hekimliği yaptığı birimin bulunduğu Aile Sağlığı Merkezine gelecek. Hekimin aile hekimliğinden herhangi bir nedenle ayrılması halinde, O’nu bekleyen “son” Aile Sağlığı Merkezi olacak.



sinde de açıkça; “Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Bu personel,

talepleri halinde eski görevlerine atanırlar ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilir.” düzenlemesi yer alıyor.

Görüldüğü üzere devlet memurlarının “eski görevlerine atanmalarına” engel mahiyetteki bu son değişiklik, Kanun’un bu düzenlemesine de açıkça aykırı. Yönetmeliklerin, üst hukuki norm olarak Kanunlara uygun olması Anayasal zorunluluk olduğundan, bu düzenlemenin yargıdan dönmesi kaçınılmaz. Ancak büyük ve yakın tehlike; Kanun’un 3. maddesinin de el çabukluğu ile değiştirilmesi ve kamu çalışanları yönünden “eski göreve atanma” kapısının tamamıyla örtülüp, -- bir kez aile hekimliğini seçmiş olanlar yönünden- bütünüyle güvencesiz bir çalışma biçimi olan aile hekimliğinin tek ve zorunlu seçenek halini almasıdır.



Tabip odası üyelik aidatları üzerine hekimlerle dertleşme!

Değerli Meslektaşımız,

Türk Tabipleri Birliği ve Ona bağlı Tabip Odaları, 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği (TTB) Kanunu (Resmi Gazete: 31.01.1953 / 8323) hükümlerince çalışan kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluştur. Bu yasanın 4. Maddesine göre:

Madde 4- Birlik, aşağıda yazılı hizmetleri yapmakla yükümlüdür:

a) Halk sağlığına ve hastalara fedakârlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak,

b) Azalarının maddi ve manevi hak ve menfaatlerini korumak ve bunları halkın ve Devletin menfaati ile en iyi bir şekilde denkleştirmeye çalışmak,

c) Halkın sağlığını korumaya, azalarını muayyen refah seviyesine ulaştıracak gerekli iş sahaları bulmaya, İş Kanunu ile sosyal kanunların ve bunlara bağlı nizamname ve talimatname hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslektaşların hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş tevziinin âdilâne bir surette düzenlenmesine çalışmak,

d) Halk sağlığı ve tıp meslekleri ile ilgili meseleler için resmi makamlarla karşılıklı işbirliği yapmak,

e) Halk sağlığını ve tıp mesleğini ilgilendiren işlerde resmi makamlardan yardım sağlamak.

Son seçimle belirlenen yeni Yönetim Kurulu (YK) olarak, yukarıda belirtilen yasal yükümlülükler doğrultusunda çalışmalarımızı sürdürmek için mümkün olan en büyük gayreti göstereceğimizi tekrar belirtmek istiyorum.

Üye sayısı ve etkinlik alanı itibarıyla Türkiye'nin en büyük tabip odası olan İstanbul Tabip Odası'nda dördü hekim olmak üzere 24 personel çalışmaktadır. Çağaloğlu Binamızda ve Kadıköy büromuzda şu alt bürolar hizmet vermektedir:

1. Üyelik İşleri Bürosu

2. İşyeri Hekimliği Bürosu

3. Hekimlik Uygulamaları Bürosu

4. Hukuk Bürosu

5. Basın Bürosu

Yukarıda sayılan bürolarda, hafta için her gün, geç saatlere kadar yoğun bir çalışma sürdürülmektedir. Bu çalışmaların kapsamı şöyle özetlenebilir:

- Yeni kayıt; nakil işlemleri; kimlik hazırlanması; üyelik belgesi düzenlenmesi; resmi yazışmalar

- Tam zamanlı ya da yarı zamanlı olarak işyeri hekimliği faaliyetini yürüten meslektaşlarımızın işyeri hekimliği ile ilgili tüm eğitimlerinin takibi; yetkilendirme ve fesih işlemleri; işyeri hekimliği alanı ile ilgili danışmanlık hizmeti

- Meslektaşlarımızın çalışma alanlarında karşılaştığı idari, sosyal, özlük hakları ile ilgili sorunlara yönelik çalışmalar; mesleklerini yürütürken karşılaştıkları sorunlarla ilgili olarak, istekleri halinde hukuki destek, danışmanlık; gerektiğinde yaşanan sorunlarla ilgili olarak emsal davaların açılması

- Üyelerimizin özel sağlık kurumlarında işe başlama, işten ayrılma süreçlerindeki kayıtlı belgelendirme işlemleri; çalışma ve iletişim bilgilerindeki değişikliklerin takibi ve güncelleştirilmesi; hekimlerin özlük durumlarıyla ilgili her türlü resmi yazışma ve takip işlemleri

- Hekimlik uygulamaları ile ilgili başvuruların alınması dosyalanması, Yönetim Kurulunun ve Onur Kurulunun incelemesine hazırlanması

- Her hafta Yönetim Kurulu gündeminin hazırlıklarının yapılması

Ayrıca, 17 komisyonun faaliyetlerinin, Etik Kurul, Onur Kurulu ve Temsilciler Kurulu çalışmalarının aksamadan yürütmesi için çalışılmaktadır.



Yukarıda saydığım ve birçoğunu sayamadığım bu çalışmaların gerçekleştirilebilmesi için en önemli maddi kaynak sizlerden aldığımız aidatlardır. Tabip odaları aidatları 6023 Sayılı TTB Yasasının ilgili maddelerine göre alınmaktadır. Bu yasa maddeleri şöyledir:

Madde 8- (Değişik madde: 5477 sayılı Kanun m.2 Resmî Gazete:30.03.2006 26124) Tabip odalarının gelirleri şunlardır:

- Odaya giriş ücretleri ve üye aidatları.
- Eğitim, kültürel ve sosyal faaliyetlerden elde edilecek gelirler.
- Disiplin kurullarınca verilip kesinleşen para cezaları.
- Basılı belgelerden ve yayınlardan elde edilecek gelirler.
- Görevleri içine giren onaylamalardan alınacak ücretler.
- Bağış ve yardımlar.
- Gerektiğinde Merkez Konseyince yapılacak yardımlar.
- Çeşitli gelirler.

Odaya kayıt ücreti ve yıllık aidat miktarı, 30 YTL'den az, 150 YTL'den fazla olmamak kaydıyla, ödeneceği tarihte birlikte Büyük Kongrece tespit edilir.

Bu miktarlar her yıl 213 sayılı Vergi Usul Kanununun 298 inci maddesi uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranına göre artırılır. (Doğal olarak yasanın çıktığı 2006 tarihinde 150-YTL olan üst sınır yine yasanın belirlediği oranlarda her yıl artırılmak durumunda olunmuştur!)

Üyenin bir odadan başka bir odaya naklinde, odaya kayıt ücreti ve üye aidatı yeniden alınmaz.

Eğitim, kültür, basılı belgeler ve onaylardan alınacak ücretlerin tarifeleri Büyük Kongrece belirlenir.

Madde 51- (Değişik: 11.02.1957-6909/1. md) Her türlü oda aidatı ile para cezalarını tebliğ tarihinden itibaren 30 gün zarfında ödemeyenler hakkında tabip odaları idare heyetleri tarafından verilecek kararlar idare heyetinin bulunduğu mahal ic-

ra dairelerince ilâmlar gibi infaz olunur.

Kamu alacakları kapsamına giren aidat borçlarının tahsil edilmesi Tabip Odası Yönetim Kuruluna (YK) yasal zorunluluk getirmekte ve tahsil edilememiş borçların varlığı Yönetim Kurulu'na yasal yaptırım uygulanması olasılığını doğurmaktadır.

İstanbul Tabip Odası hepimizindir. Yönetim organları demokratik seçim yolu ile oluşmaktadır. Seçim çalışmaları sırasında üyeleri dolaşırken, aidatlarla ilgi şikayetler bir çok üye tarafından dile getirildi. Ancak bazı üyelerimizin, aidat borcu yazışmalarından rahatsızlık duyup bu nedenle Oda üyeliğinden istifa ettiklerini öğrendiğimde gerçekten çok üzüldüm. Bu davranış şekli, Odamıza en çok sahip çıkmamız gereken bu dönemde, sadece aidat miktarı kadar bir maddi kazanç sağlayabilir belki ama sorunların çözümünde bize çok şey kaybettirir. Çünkü Ülkemiz sağlık ortamının katlanarak büyüyen sorunlarının çözümü ancak üyelerin Odalarına sahip çıkması ile mümkün olacaktır. Oda Yönetimi görüşlerinize uymuyor olsa bile, görüşünüze uygun bir yönetim kurulunun gelmesi durumunda odanın gücünün devam etmesi hepimiz için çok önemlidir diye düşünüyorum. Aidat ödemesi üyelerimiz için yasal bir zorunluluk olmakla birlikte, esas olarak hekimlerin ortak sorunlarına müdahale gücüne yapılan gönüllü bir katkı olarak görülmelidir.

Oda aidatını ödememiş meslektaşlarımıza yılı geçirmemeleri için sonbaharda aidat ödeme durumunu gösteren bir yazı gönderilecek ve çeşitli zorluklar nedeniyle ödemesini henüz yapmamış meslektaşlarımıza çeşitli ödeme yolları hakkında bilgi sunulacaktır. Bu konuda Tabip Odası ile iletişime girilmesi durumunda tüm personelimizin gerekli her türlü kolaylığı göstereceğinden hiç kimsenin kuşkusunu olmasın. Ayrıca aidat ödemeleri ile ilgili her türlü eleştirilerinizi de bekliyorum. Anlayışınız için Yönetim Kurulu adına çok teşekkür ediyor, hepimize, sorunları çözülmüş bir sağlık ortamı için uğraşımızda başarılar diliyorum.

Aidat ödemek o kadar da zor değil

Mesleğimizin getirdiği yoğun çalışma temposu çoğu kez meslek kuruluşumuza karşı olan aidat ödeme sorumluluğumuzu ihmal etmemize neden oluyor. Bu durumda olan üyelerimizin sayısı ne yazık ki oldukça fazla.

Giderek artan hekim hakları ihlallerine karşı daha etkin bir Meslek Kuruluşu haline gelmemiz ekonomik koşullarımızın gücüyle doğrudan ilintili. Aidat ödemelerinizi internetten yapabileceğiniz gibi, Oda'yı telefonla arayarak kredi kartı bilgilerinizi vermeniz de yeterli olacaktır.

| | | |
|---|--|--|
| İş Bankası IBAN TR45 0006 4000 0011 0950 4187 79 | YKB IBAN TR24 0006 7010 0000 0064 3845 80 | Ziraat Bankası IBAN TR46 0001 0008 8929 0335 6050 01 |
| Garanti Bankası IBAN TR40 0006 2000 3680 0006 2001 47 | Fortis IBAN TR42 0007 1000 1330 4250 005T RL | Posta Çeki 666811 |



Açelyanın ahbablığı

Hastanemizin emektar binası yıkılıp yerine çok daha büyük ve modern bina yapımına başlanmıştı. Hastane bahçesinin ortasında dev bir çukur açmaya çalışan iş makineleri yüzünden ortamın kalabalık ve hareketliliğine gürültü ve çamur da eklenmişti. Öğle arasıydı, güneşin yüzünü göstermesini fırsat bilip bahçede oyalanıyor, şantiye kenarından hafriyat yapan iş makinelerini seyrediyordum. Bir süre sonra giysilerinden hastanemizde yatan hasta olduğu anlaşılan yaşlıca zavıf beyefendi yanıma geldi, o da benim gibi hafriyatı izlemeye koyuldu. Kır saçları birkaç günlük sakalı ve alnındaki derin izlerine rağmen dinç görünüyordu. Bir ara göz göze geldik eliyle kazılan alanı ve giderek derinleşen çukuru gösterip “Hey güzel Allah. Öyle güzel toprak çıktı ki, imrenmek elde değil. Bir tane taş yok içinde” dedi. Gerçekten de çukur derinleşse de çıkan toprağın koyu kahverengi görünümü değişmiyordu. Çalışan iş makinelerine bakmaktan doğrusu çıkan toprakla hiç ilgilenmemiştim. Bu şekilde başlayan muhabbette cerrahi kliniğinde yattığından iki gün sonra safra kesesi ameliyatı olacağından söz etti.

- Çok katlı kalabalık binalara alışık değilim. Sıkıntı veriyor, duramıyorum. Hemşire hanım da inatçı çıktı, izni zor aldım. Arada kaçıp soluklanıyorum. Bahçe sınırlarının dışına çıkmaya söz verdim. Böyle idare ediyorum.

- Buralı değilsiniz sanırım.

- Sivas'ın Çaçkur köyündenim. Gerçi adını değiştirip Cesurlar yaptılar ama biz yine de Çaçkur deriz. Toprakla uğraşır, ekip diktiklerimle geçinirim. Bizim oralarda böyle toprak arasan da bulamazsın. Araziler hep taşlıdır. Taşlarını ayıklar az kazar bellersin yine taş çıkar. Buranın toprağına imrenmemek elde değil.

- Ne yazık ki, şehrin altında kalıyor bu güzelim topraklar. Eken diken de olmuyor.

- Olsun. Bizim oralarda “toprağı bereketli yerin insanı da iyi huylu olur” derler.

- Ama kimse bu bereketli toprağın kıymetini bilmiyor ki? Buradan çıkan götürüp inşaat artıkları ve molozlarla birlikte bir yerlere döküyorlar. Kimse sizin gördüklerinizin farkında bile değil.

Cevap vermeden bir süre çalışan iş makinelerine baktı. Sonra dikkatlice beni süzdü. Yaka kartım dikkatini çekti.

- Burada mı çalışıyorsun?

- Evet, hastanenin doktorlarındanım.

- Allah bilir, buraya tesadüfen geldiğini düşünüyorsunuzdur.

- Eh, biraz öyle oldu. Zorunlu hizmetim bittikten sonra eş durumu ile atandım bu hastaneye. Sonra da burada kaldım.

- Bak doktor bey. Sen daha iyi bilirsin belki ama bizim gibi toprakla uğraşanların da görgüsü bilgisi kendine göredir. Şehirden bakınca insan toprağı işliyor şekillendiriyor gibi gelebilir ama gerçekte topraktır, insanı insan yapan. İnsan toprağına aittir. Toprağın ürettiğini yer, beslenir sonunda gidip karışacağı yer yine o topraktır. İnsanı çeken, tutan bırakmayan da hep topraktır. Toprak seni hisseder, bakarsın bir süre sonra kök salmışsın.

- Yani?

- Dedim ya. Böylesine güzel arı toprağı olan yerin insanı da ona göre olur. Nereli olduğunuzun önemi kalmamış, siz buranın toprağına kök salmışsınız. Bakmayın öteye beriye, döner dolaşır hep buralara yakın durursunuz. Anlamazsınız neden olduğunu ama öyledir. Ne mutlu ki, toprağın çağırdığı yeri bulmuşsunuz. Oradan oraya sürüklenen şehir şaşkınlıklarına ne demeli?

- Şehirle aranız hoş değil anlaşılın.

Cevap vermedi. Saatine bakıp, yemek saati bitmeden servise dönmesi gerektiğini söyleyince hafriyat alanını kendi hareketliliğinde bırakıp ana binaya doğru yürümeye başladık. İki bina arasındaki yolun araç trafiği, gelen ambulansın yarattığı sıkışıklık ve telaş arasında binaya ulaştık. Eliyle hastane önündeki araç ve insan kalabalığını gösterdi.

- Doğru söylediniz, şehirle aram iyi değil ama gözümü bu keşmekeş korkutmuyor. Bunca insanın olduğu yerde telaş, karışıklık olacak elbet. Ben şehirlinin hallerine üzülüyorum. Onlar gibi olmak istemiyorum. Şehrin insanı çok kolay korkuyor, kolay vazgeçiyor. Bir de kolay alışıyor.

- Nasıl yani?

- Onca kalabalığa rağmen şehirde insanlar dağ başında yalnız kalmış, her an bir vahşi hayvan saldırıcağı ya da başına bir iş gelecekmiş gibi korkuyor. Herkes herkesten korkuyor. Kimse kendini güvende hissetmiyor. Çelik kapılar yaptırıp kilit üstüne kilit vuruyor ama evinde bile korku içinde. Dahası biraz zoru kalabalığı görünce kendini ikna edip hemen vazgeçiveriyor. Bir yerlere yetişme telaşından kimse kimseyle doğru dürüst ahbaplık bile edemiyor. Herkes telaşlı, herkes meşgul. Üstelik bunu normal sanıyorlar.

- Şehirlerde hayat hep böyle, ne yapacaksın?

- Şehir hayatını anlıyorum da eş dostla görüşmeyen, ahbaplık edemeyen, iki kelime hasbihal edecek vakit bulamadan telaş içindeki bu insanları görünce üzülüyorum. Çok kolay vazgeçiyorlar. Şehir sanki önce vazgeçmeyi öğretiyor, insanlarına.

Görüşmek, konuşmak veya yapmak istediklerini sıralayıp sonra yine kendi ürettiği bahaneler ile bunlardan vazgeçiyorlar. Bu telaş yüzünden yalnız kalıp sonra da korkuyorlar. Deli olmak işten değil. Kızım damadım burada yaşıyor, onların zoruyla geldim ama onlar da öyle. Yıllardır görmediğim bir akrabamı gelmişken göreyim istedim neymiş karşı tarafta oturmuyormuş, çok uzakmış ancak hafta sonu gidebilirmişiz falan filan. Bir gün iki otobüs aktarmayla gidip görüştüm geldim. Bizimkilerin haberi bile olmadı. Onların yaptığını yapmadım, vazgeçmedim, yolu gözümde büyütmedim.

Asansöre birlikte bindik. İnceği kata geldiğimizde geçmiş olsun dileklerimi ve bundan sonra bir şeylerden vazgeçerken hep bu konuşmayı hatırlayacağımı söyledim. Başını eğdi mahcup eda ile gülümseyip elimi sıktı. "Sağlıcakla kal doktor bey" dedi. Asansörün kapısı kapandığında bekleyen işleri ve o işler yüzünden ertelediklerimi düşündüm. Hastamızla ameliyatı sonrasında da birkaç kez bahçede karşılaştık. Taburcu olmadan önce uğrayıp beyaz çiçekler açan bir açelya bıraktı masama. "Kızım hastanede ahbaplık etsin diye getirmiştik bu çiçeği. Bizim oralarda kırdı bayırda yabanisi çok olur bunun. İyileştirdim. Dönüyorum. İsterim ki bundan sonra sana ahbaplık etsin. Beni unutmayasın doktor bey" dedi. Bir daha görmedim bizim ihtiyarı. Açelya ise yerini ışığını sevdi. Geçenlerde toprağını değiştirip saksısını büyüttüm. Bu aralar yaprağa gidiyor. Hastane bahçesinde açılan devasa çukura ve sürüp giden inşaata da alışık sanki.





Necla Algan
Sinema Eleştirmeni

SİYASİ CİNAYETLERE VE ÇOCUKLARA DAİR ÇARPICI VE ACI BİR FİLM

MIN DİT



“Bir savaş vardı ve son derece sertti.
Ne kadar sert olursa olsun biz bunu anlatmalıydık”
Evrim Alataş.

Senaryosunu Evrim Alataş' la birlikte oluşturdukları ve Miraz Bezar'ın yönetmenliğinde gerçekleştirilen Min Dit, (Ben Gördüm) filminin alt başlığı ise Diyarbakır'ın çocukları.

Min Dit (Ben Gördüm), uzun yıllardır özellikle güneydoğu coğrafyasında yaşana gelen faili mechul cinayetlere ilişkin bir temel öykü etrafında oluşturulmuş. Filimde Diyarbakır'da gazetecilik yapan üç çocuklu bir ailenin çocuklarının gözü önünde cinayete kurban gitmelerinin ardından çocukların yaşadıkları yalnızlaşma, yoksullaşma ve kimsesizleşme süreci anlatılıyor.

Tüm aile karayolunda arabayla yolculuk ederken durduruluyor. Ana ve Baba çocukların gözü önünde öldürülüyor. Öldüren kişi hayatına devam ediyor. Çocuklar ise giderek sefalete sürüklenip sokağa düşüyorlar. Filmin politik gerçekçilik bakımından ya da öykü ve senaryo açısından gerçekçiliği ve estetik bütünlüğü tartışma konusu edilebilir elbette ama yok-

sulluk, yalnız bırakılma, giderek açlık, kimsesizlik gibi çocukların başına gelen felaketi gösterme konusundaki başarısı filmin en can alıcı yanını oluşturuyor. Bu yoksulluğa kim ne diyebilir. Çocukların yaşamı ve sokak gerçeği bu filmi sinemasal ve yakıcı kılıyor her şeyden önce.

Çocuklar önce evlerindeki eşyaları satmakla başlıyorlar yaşamlarını sürdürmek için. Ama o yetmiyor. Giderek satacak bir şey kalmıyor ve kendilerini sokakta buluyorlar. Ve diğer yoksul sokak çocuklarıyla keşişiyor hayatları... ve kendini pazarlamak zorunda kalan genç bir kızla da aynı nedenle hayatları keşişiyor. Onun dolayımında anne ve babalarının katili olan güvenlik görevlisi yeniden karşısına çıkıyor çocukların. Çocuklar, diğer insanların bilmediklerini biliyorlar. Çünkü onlar cinayeti gördüler. Bu yüzden film, “Ben gördüm” (Min Dit) adını taşıyor.

Yönetmenin yakın tarihimizle ilgili karanlık gerçeklere, ül-

kenin güneydoğusunda yaşanan kanlı sürece ilişkin öfkesi, siyasi bilinci ve deneyimi, filmin öncelikli çıkış noktası olsa da; kamerası, bir sinemacının en önemli kaynağı olan sokağın gerçeğine yöneliyor. Filmin ağırlık noktası gerçekçi sokak gözlemleri olmuş. Film, en çok da bu yanıyla gerçek bir olgunluğa ve duyarlılığa ulaşmış... Nitekim yaşanan toplumsal acıların izdüşümü olan bu filmin temel öyküsü çeşitli düzeylerde eleştirilebilir belki, ama Min Dit'in en can yakıcı yanı filmin ana kahramanı olan çocuklar ve diğer sokak çocukları.

Filmin yönetmeni de bu gerçekçi gözlemlerin çekim sırasında şekillendiğini söylüyor ve bunun filmi zenginleştiren bir boyut oluşturduğunun farkında. Dolayısıyla kendini sadece politik bir gerçeğe dayanan bir film yapmakla sınırlı bir alana hapsedmemiş, sinemasını boyutlandırmayı başarmış.

Filmin gerçekçi politik kurgusuna değinmek gerekirse, Yönetmenin ve senaryoyu birlikte oluşturdukları, yakın bir tarihte hayatını kaybeden gazeteci yazar Evrim Alataş'la birlikte bu konuyla ilgili bazı görüşlerini özetlemekte yarar var.

Öncelikle Güneydoğudaki JITEM gerçeğini yakından izlemiş deneyimlemiş, acısını çekmiş insanlar olarak bu filme başlamışlar. Bu kirli savaş gerçeğinin en yakıcı sonuçlarını çocukların yaşadığı da ayrı bir acı gerçek. Filmin sonlarında yeralan, sokak çocuklarının yaktıkları ateş etrafında "nerde benim ülkem Kürdistan"(Ka Welate Min Kurdistan) şarkısını söylemelerinin tartışılması konusunda ise Miraz Bezar şöyle diyor: "Biz korkularla hareket edemedik. Kürdistan kelimesi benim hayatımda başka bir şeyi ifade ediyor. İnsanların kafasındaki korkularla film yapamam ki. Şarkı bilinçli bir tercih değildi. Biz gençleri ateşin başına topladık, böyle zamanlarda hangi şarkıyı söylersiniz, en çok hangi şarkıyı seversiniz, diye sorduk. Bu şarkıyı söylediler. Ne onları ne kendimizi sansürledik. Sinema açısından doğru bir yaklaşım."

Dolayısıyla filmin genel estetiğini ve duygusunu düşününce,



bu sahnelere de empatiyle yaklaşmak en insani ve sanatsal anlamda da zorunlu bir yaklaşım olmalı.

Genç yönetmen Miraz Bezar, "Min Dit" filmiyle, filmin mekanını oluşturan Diyarbakır'ın yakın dönem toplumsal tarihine duyarlı, inkar ve yok sayılmaya karşı dirençle, insancıl mesajlar içeren ve sinemasal açıdan yetkin bir filme imza atmış.

Öte yandan Antalya Film Festivali İstanbul Film Festivali gibi Türkiye'nin en önemli festivallerinde ve uluslararası festivallerde önemli ödüller kazanan filmin oyuncularının da son derecede başarılı olduklarını, özellikle çocuk oyuncuların performanslarının unutulmaz olduğunu da eklemek gerekiyor.

Filmle ilgili bir önemli hatırlatma daha yapmak gerekiyor. Min Dit'in dili büyük oranda Kürtçe. Jeneriğin de Kürtçe olduğunu eklersek film bu alanda bir ilke imza atıyor diyebiliriz.

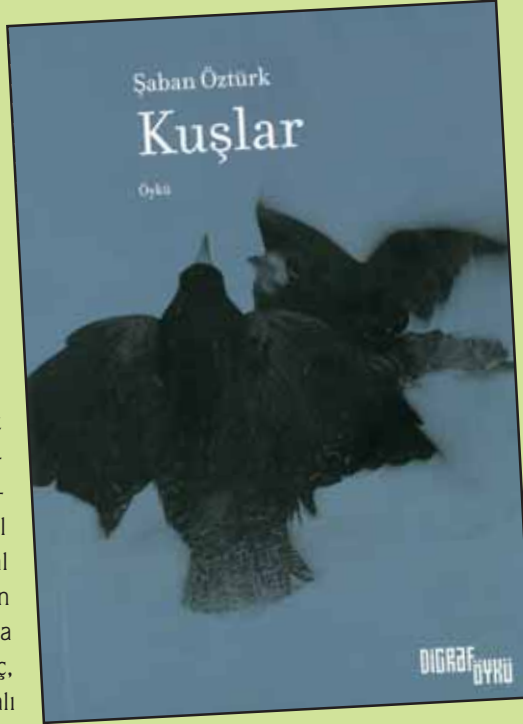


» Kuşlar / Şaban Öztürk

'.....Yaşama, yaşatma gücü de inançtır. Olması gerektiği için yapılan işler inançsız soğuk ve yavandır, çünkü tarihin onu önümüze koyduğundaki heyecan yoktur...'

'Mutsuzluk yüzü ağırlaştırır. Ağırlaşan yüz daha da derine batar. Mutsuzluk yüzü kendi kaynağına doğru çeker.'

Şaban Öztürk'ün 'Kuşlar'ı bir öykü kitabından öte, daha çok günümüz insanına, insanlığına ayna tutan her cümlesi etkileyici, felsefi, modern bir fabl. Kuşların dilinden hayat serüvenini, göçü, göçün zorluklarını, gerekliliklerini öğreniyoruz. Bir yanda bireysel hırslar, kıskançlıklar, hazzal arayışlar, bir yanda sürünün geleceği, göçün devamı uğruna verilen, adanan canlar. İnanç, sorumluluk üzerine çatışmalı



sorular. Merakın, araştırmanın, düşüncenin atak güzelliği, deneyimin, karar vermenin ve verilen kararların arkasında

durabilmenin gücü. Ayrıca 'Kuşlar'da tanıdık bir sima : Denizkuşu, tarihteki bir Deniz'i anlatır gibi. Keyifle okunan, düşündüren, ders veren, insanın yüreğinde iz bırakan bir öykü 'Kuşlar'.

'Bir yok oluş tehlikesi dururken bunun üstüne kendi yok oluşu için bu denli çaba gösteren başka bir tür olabilir mi? Gözlerim dolmuştu ve neredeyse kuş olma utancımdaya ağlamaya başlayacaktım.....'

ŞABAN ÖZTÜRK
KUŞLAR
Öykü
Digraf öykü
Ocak 2010, İstanbul
119 sayfa

» Gözcü Türküsü / A. Necmettin Çanga

Bir göz hekiminin kaleminden gözlemlemek hayatı, aşkı, ayrılığı, yalnızlığı...

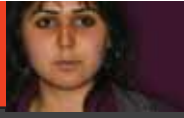
Bıyıkaltı tebessümlerle insanın kendiyile dalga geçebilme erdemliliği, yıllarla damıtılmış bir hayata naif dokunuşlar. Biraz hüznün, bir tutam mizah, bolca sevdâ. Dolu dolu geçen bir hayatın kattığı raks : Gözcü Türküsü

'Bu şehrin en güzel yanı
Sokakların çok oluşundan
Anlamadın
Anlamadığından kırıldın
Tamiri mümkün değil kalbin
Senin olmadığın sokaktayım

Artık babil sokağından
geçmiyorum
Bu şehrin en güzel yanı
Sokakların çok oluşundan

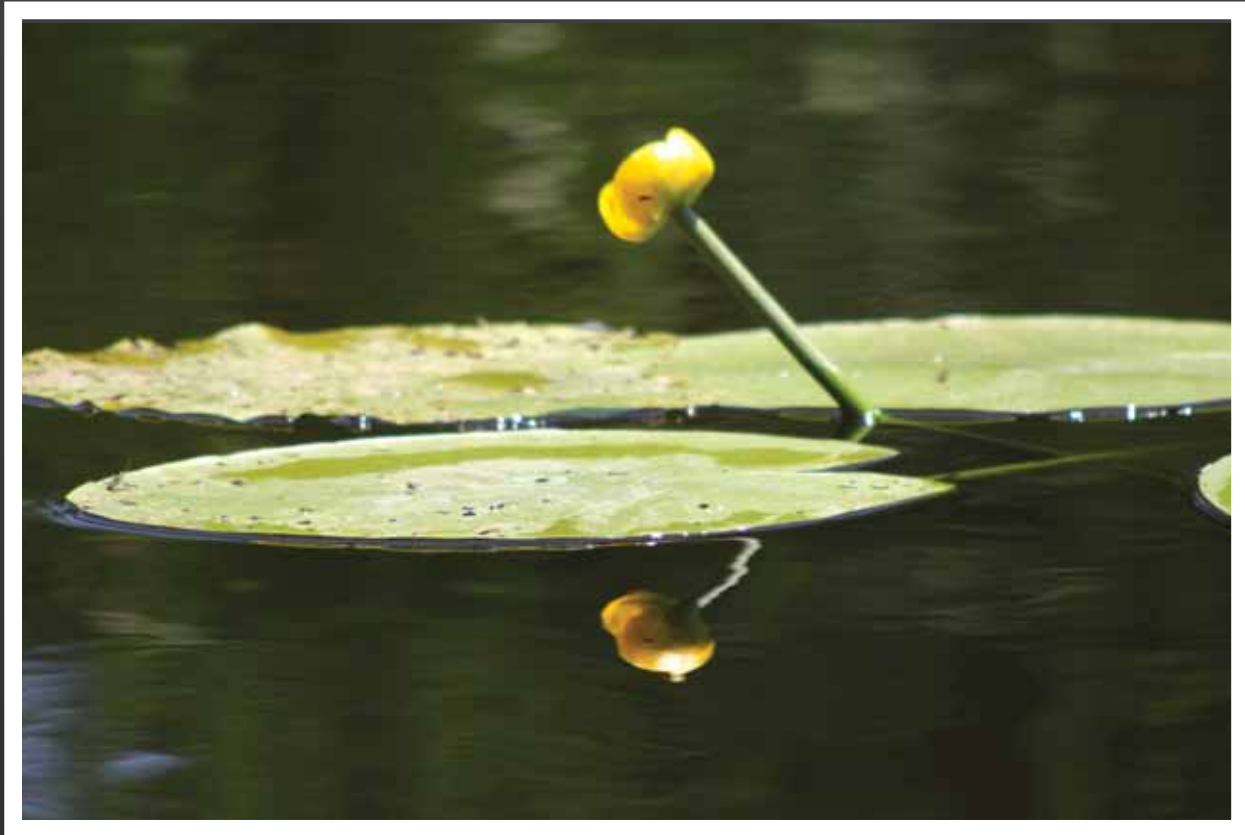
Sen yoksan
Güneş değmez mi
kaldırımlara
Yıldızlar ışımaz
Çiçek açmaz mı?
Denizi dövmez mi lodos
dalgaları
Martılar keser mi çığlıkları
Yağmur yağmaz
Islatmaz mı beni
Bu şehrin en güzel yanı
Sokakların çok oluşundan'





Dr. Ayşen Gürbüz





DARBECİ

"12 Eylül Ruhu" ya da Halkın "Yüce Millet"le İmtihanı

Darbeci, Cemal Dindar'ın "Bi'at ve Öfke" (R.Tayyip Erdoğan'ın Psikobiyografisi) den sonra Mart 2010 ' da yayınlanan ikinci psikobiyografi çalışması. Aynı zamanda Türkiye'de bu alanda yazılı incelemeler olmadığını iddia edenlere de bir cevap olarak verilmiş son derece ustalık ve yetkin bir eser. Dindar diğer tüm kitaplarında olduğu gibi psikiyatrist kimliğini elden bırakmadan fakat "psikolojizm" batağına asla saplanmadan, bir dönemi, 12 Eylül'ün devam eden sürecini ve bu sürecin aktörlerinin ruhsallığını da gözden kaçırmadan bize aktarmakta kitabında. Darbeci, sadece bir Kenan Evren psikobiyografisi değil, sağlam ideolojik bir bakış açısıyla 12 Eylül sürecinin ruhsal anatomisini anlamamıza yardımcı olmaya çalışan bir kitap olmuş. Aynı zamanda yazar bazen bir fıkradan bazen bir anıdan yararlanırken bazen de psikoanalitik kuramın bizzat kendisini referans olarak son derece okunup anlaşılabilir bir inceleme ortaya çıkarmış. En önemlisi de yazar, biyografinin miyop bakışına da psikoanalizin karmaşık görünen ve tekil-leştirici bakışına da fazla yüz vermeden, çok iyi tanıdığımız "bizden " bir anlatıyla bizi birlikte bu süreci okumaya davet ediyor ve bunu da başarıyor. Günümüzde memlekette olup bitenleri anlamaya çalışanlara 30 yıl öncesinden tuttuğu bir projektörle bu gününün aktörlerinin geçmişteki hangi aktörlerin gölgeleri olduğunu işaret ediyor. Kitabında dediği gibi ;

"12 Eylül nedir? Turgut Özal'dır ve aynı zamanda Recep Tayyip Erdoğan'dır. Ve Recep İvedik'tir. Ve Sinan Çetin'dir. Ve... Özal döneminden başlayarak günümüze değin gelen sürecin nasıl iktisadi bir devamlılığı varsa ruhsallık açısından da bir devamlılığı olduğu, sonuçlarıyla birlikte kıymetlendirdiğimizde hala 12 Eylül 1980 gününde yaşadığımız, zamanın bu ülkede askıya alındığı, her türlü 'açılım'ın 12 Eylül gününe refere edilebileceği tezi, bu çalışmanın ana tezlerinden biridir."

İthal ikame bir takım "politik psikoloji uzmanlarının" pek makbul sayıldığı ve memleket sorunlarına çare üretmekle meşgul olduğu bu günlerde hızla konfüze edilen zihnimizi berraklaştıran bu çalışmada, ısrarla görülmekten imtina edilen teorinin asıl can alıcı noktalarına ise şöyle vurgu yapılmakta ;

"Freud, neoliberal dönemde kendi izleyicilerinin görmezlik-

ten geldiği bir tezi Kitle Psikolojisi ve Ben Analizi'nde yazmıştı: "Başından beri iki tür psikoloji vardır: guruptaki bireylerin ve babanın, şefin ya da liderin psikolojisi." Türkiye, 12 Eylül 1980'le başlayan süreçte bu iki psikolojinin en katı sağ ve saf haline hapsedilmiş durumda. Evren'in 7 rakamıyla ilgili fanteziden Erdoğan'ın ebcet hesabıyla sabit 'seçilmiş lider' olduğuna dair Akif Beki çalışmasına uzanan bir hikaye bu."

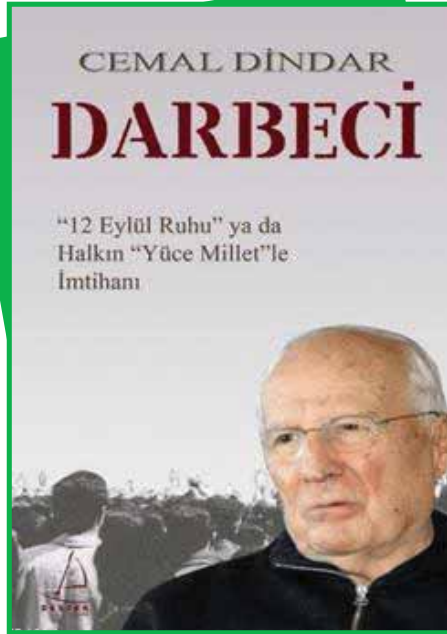
Dindar, Evren'den bu yana tek başına iktidar olmuş her liderin Evren'in hayaletini de kendisiyle birlikte taşıdığına vurguda bulunarak günümüzdeki hegomonu yani şefi yani "babayı" ve ona olan ihtiyacı, bu günün oğullarına işaret etmektedir. Bir söyleşisinde 12 Eylül'ün "tedavi ortamının"! nasıl devam ettiğini şöyle anlatmaktadır.

"Türkiye'de Özal'la, fakat 1980 yılında alınan 24 Ocak Kararları'nın Özal'ıyla da başlatabileceğimiz ve Erdoğan'a değin gelen yeni sağ siyasetin "sürekli devrim" yapmaktan kendini alamaması bir de böyle okunabilir. 1983 seçimlerinden beri tek başına iktidar olan her partinin lideri bir devrimci olarak karşılanmıştır.

İlginç olan, Özal'ın dört eğilimi birleştirme söyleminden AKP'nin ancak "AB tescilli mağdurlar"a yönelik 'açılım' furiasına değin, bu 'devrimci' yeni sağ siyasetin epey transvestik bir kimlikle yürütülmesi, daha ilginç, bizzat söylemdeki transvestisizmin devrimcilik olarak alkışlanmasıdır.

Oysa şunları unutmamak ve 12 Eylül ile birlikte inşa edilen "Yeni Türkiye'nin mayasına neyin ekildiğini anlamak, bu travmatik çekirdeği sindirmek için hep hatırlamak ve hatırlatmak gerekir"

Özetle, 30. yılını idrak ettiğimiz 12 Eylül ikliminin bu bezdirici "dejavu" günlerinde, üstelik de ilmi derin irfanı kit birçok medyatik "hocanın" medyada cirit attığı bir ortamda, tanış olduğumuz Cemal Dindar ustalığını bir kez daha bu kitabında görmek tüm okuyucularına iyi gelecektir.



BULMACAYI ÇÖZENLER KİTAP KAZANIYOR

3DENİZ KİTAPÇI

Pavlonya Sok. Nuhoglu Han, No: 10/21 Kadıköy
0216 5502181 • www.ucdenizkitap.blogspot.com

BU AYIN KİTAPLARI: **Notabene Yayınları**'ndan **Tekel Direnişinin Işığında Gelenekselden Yeniye İşçi Sınıfı Hareketi, Geçmişin Gölgeleleri** Nil Gün **Papirüs Yayınları**'ndan **Eleştiriye Doğru** Kemal Gündüzalp, **Papirüs Yayınları**'ndan **Bindoğumlu** Pia Tafdrup, **Pencere Yayınları**'ndan **Kadınlar Dekameronu** Julia Voznesenskaya, **Gökyüzü Tarlasında Zıplamalı Jimnastik Hareketleri** Ayşe Baykal **Erko Yayınları**'ndan **Boğazın Altınları** Jürgen Ebertowski **Okka Yayınları**'ndan **Timsahın İçinde** Ado

SOLDAN SAĞA: 1) Vedat Günyol'un bir eseri 2) İdrarla atılan maddelerin kanda birikmesi sonucu oluşan hastalık / Kalıp, düzgü / Soru sözü / Uzaklık anlatır 3) Hedef / Bir yöne doğru itirme 4) İlave / Son / Bizmut / Kamu 5) Eğer / İştah yapıcı bir bileşik / Altılı ganyan hayvanı 6) Acı pul biber / Birinin borcunu ödeyeceğine dair üçüncü bir kişinin alacaklıya güvence vermesi / Tavlada dü sayısı 7) Kısaca Genel İdare Kurulu / Kavşak / Mahzun, üzüntülü / Büyük, çok büyük 8) Olur olmaz kimseler / İstanbul Altın Borsası / Tavlada üç sayısı 9) Kuru gürlütü, kafa ütölemek / Işık saçacak beyazlığa varıncaya kadar ısıtılmış olan / Yandaş bir televizyon kanalı 10) İnme, felç / Deoksinbonükleik asit / Konuşurken kelimelerle oynayan kişiye denir 11) Faiz / İslam inanışında nikahsız cinsel ilişki / Osmanlı döneminde Avusturya'ya ve halkına verilen bir ad / Rutenyum 12) Kesici bir alet / Irak'ta bir kent / Kısaca numara

YUKARIDAN AŞAĞIYA: 1) Mahsun Kırmızıgül'ün bir filmi 2) Hamız-ı bevl / Antrakt 3) Mundar hayvan ölüsü / Varlığına son vermek, imha 4) Vedia / Gitmeme 5) Nezle / Kedigiller familyasından bir hayvan 6) Yarı memnurluk anlatan bir söz / Yılmaz Güney'in bir filmi 7) Memduh önadlı yönetmenimiz / Lahza / Fikret soyadlı şairimiz 8) Burçlar kuşağı / Radyum / 5n 1k'nın ilki 9) Lorientiyum / Bir tembih sözü / Ensiz 10) Piyasa işi filmler yapan bir yönetmenimiz 11) Büyük ve gösterişli ev, yurtluk 12) Kastamonu'nun bir ilçesi / Bir organımız 13) Murat Saraçoğlu'nun bir filmi 14) "..... ürür kervan yürür" (mühim söz) / Vasıta 15) Alıştırtma / E. dilde su / Düz lisede bir dal 16) İlaç, çare / Yeşim Ustaoğlu'nun bir filmi / Kısaca Avrupa Birliği 17) Terbiyesiz kimse / Kumaş biçen, prova yapan kimse 18) Düzgün ve yakışıklı boy

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | ■ | | | | | ■ | | | ■ | | ■ | | |
| 3 | | | | | | | ■ | | ■ | | | | | | | | | ■ |
| 4 | | | ■ | | | | | | | | ■ | | | ■ | | | | |
| 5 | | | | | | ■ | | | ■ | | | | | | | | ■ | |
| 6 | | | | | ■ | | ■ | | | | | | | ■ | | ■ | | |
| 7 | | | | ■ | | | | ■ | | | | | | ■ | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | ■ | | | | ■ | | |
| 9 | | ■ | | | | | | ■ | | ■ | | | | | ■ | | | |
| 10 | | | | | | ■ | | ■ | | | | ■ | | | | | | |
| 11 | | | | | ■ | | | | | ■ | | | | | | ■ | | |
| 12 | | | | | | ■ | | | | | | | ■ | | | | ■ | |

Geçen sayının çözümü Soldan Sağa: 1) Karamazov Kardeşler 2) Olasılık / Alaska / Se 3) Namaz / Katran / Ora 4) İrk / Raman / Anti 5) Er / Ok / İrama / İşbu 6) Aranma / Anma / Tü 7) Erk / En / Emi / Mel 8) Ro / Tırmak / Elleme 9) Aksilik / Raziye / Sav 10) Ödeşme / Tol 11) İşbirakımı / Taife 12) Anı / Ün / Ketum / Kol **Yukarıdan Aşağıya:** 1) Konfederatif 2) Ala / Rok 3) Ramî / Ak / Saba 4) Asa / Or / Ti / Ir 5) Mızıkacıları 6) Al / Ri 7) Zıkkımın Kökü 8) Oka / Ra / Din 9) Tra / Ekrem 10) Karaman / Aşık 11) Alaman / İzm 12) Rana / Me / İlett 13) Ds / Niamey / Au 14) Eko / İletim 15) Şarabi / Of 16) Anu / Meslek 17) Es / Tema 18) Rebiyülevvel

| KOMİSYONUN ADI | SORUMLU HEKİM | TELEFON | ELEKTRONİK POSTA |
|---|-------------------------|---------------|-------------------------------|
| UZMANLIK EĞİTİM ÇALIŞMA GRUBU | DR. TOLGA DAĞLI | 532 253 05 50 | tolgadagli@superonline.com |
| | DR. SİBEL KALAÇA | 533 748 48 30 | sibelkal@superonline.com |
| İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ KOM. | DR. MUSTAFA TAMYÜREK | 532 790 84 64 | mustafatam@mail.koc.net |
| | DR. METİN GÜNAY | 536 369 83 28 | drmetingunay@yahoo.com.uk |
| PRATİSYEN HEKİMLİK KOMİSYONU | DR. SEVİNÇ ÖZGEN | 532 789 41 77 | sevincozgen@hotmail.com |
| | DR. AYŞEGÜL YELİZ MUTLU | 505 503 01 17 | aysyeliz@hotmail.com |
| OLAĞAN DIŞI DURUMLARDA SAĞLIK HİZ. KOM. | DR. ÖZLEM SARIKAYA | 532 362 81 07 | osarikaya@marmara.edu.tr |
| SAĞLIK POLİTİKALARI KOMİSYONU | DR. SÜHEYL AÇKOÇ | 532 787 43 31 | suheylaagkoc@yahoo.com |
| | DR. OSMAN ÖZTÜRK | 533 227 63 72 | osmoz59@yahoo.com |
| ÖZEL HEKİMLİK KOMİSYONU | DR. PELİN TAŞKIRAN | 532 601 83 49 | pelin.ohk@gmail.com |
| | DR. M. MAZHAR ÇELİKÖYAR | 532 665 72 12 | mazhar.celikoyar@kbbmajor.com |
| | DR. ÖZGÜR DEVRİM KILIÇ | 506 467 42 67 | ozgurdevrimkilig@gmail.com |
| İNSAN HAKLARI KOMİSYONU | DR. CANER BİNGÖL | 532 455 21 04 | canerbingol@yahoo.com.uk |
| ETİK KURUL | DR. İMDAT ELMAS | 533 415 83 11 | imdate@istanbul.edu.tr |
| | DR. YILDIZ ÜNDER | 533 745 38 64 | yildizunder@gmail.com |
| TIP ÖĞRENCİLERİ KOLU | DR. ZEYNEP SOLAKOĞLU | 533 258 94 92 | zaydin@istanbul.edu.tr |
| SOSYAL ETKİNLİKLER KOMİSYONU | DR. AYŞEGÜL BİLEN | 533 280 42 67 | aysegulbilen@gmail.com |
| ÇOCUK HAKLARI KOMİSYONU | DR. MÜJGAN ALİKAŞİFOĞLU | 505 669 25 38 | kasif@istanbul.edu.tr |
| | DR. SÜHEYL EKEMEN | 505 697 37 39 | suheylaekemen@gmail.com |
| KADIN KOMİSYONU | DR. YEŞİM İŞLEGEN | 532 482 07 17 | ysislegen@gmail.com |
| ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ KOMİSYONU | DR. ARZU DENİZBAŞI | 532 683 50 45 | denizbasi@yahoo.com |
| | DR. HASAN DEMİR | 555 570 17 19 | drhasan7@gmail.com |
| SANAT KOMİSYONU | DR. MEHMET UHRİ | 542 436 78 40 | mehmetuhr@ekolay.net |
| 14 MART TIP HAFTASI KOMİSYONU | DR. HASAN OGAN | 532 691 58 78 | drhasanogan@hotmail.com |
| EMEKLİ HEKİMLER KOMİSYONU | DR. HAYRİ DAVAS | 212 559 79 11 | uib3@istabip.org.tr |
| TEMSİLCİLER KURULU DİVANI | DR. FETHİ BOZÇALI | 532 473 58 82 | fethibozcali@hotmail.com |
| | DR. SÜHEYL AÇKOÇ | 532 787 43 31 | suheylaagkoc@yahoo.com |
| | DR. ARZU DENİZBAŞI | 532 683 50 45 | denizbasi@yahoo.com |
| KÜLTÜR KOMİSYONU | DR. ADNAN ARAS | 533 344 68 84 | adnanarasrd@hotmail.com |

Aidat ödemek o kadar da zor değil

Mesleğimizin getirdiği yoğun çalışma temposu çoğu kez meslek kuruluşumuza karşı olan aidat ödeme sorumluluğumuzu ihmal etmemize neden oluyor. Bu durumda olan üyelerimizin sayısı ne yazık ki oldukça fazla.

Giderek artan hekim hakları ihlallerine karşı daha etkin bir Meslek Kuruluşu haline gelmemiz ekonomik koşullarımızın gücüyle doğrudan ilintili. Aidat ödemelerinizi internetten yapabileceğiniz gibi, Oda'yı telefonla arayarak kredi kartı bilgilerinizi vermeniz de yeterli olacaktır.

İş Bankası

IBAN TR45 0006 4000 0011 0950 4187 79

YKB

IBAN TR24 0006 7010 0000 0064 3845 80

Ziraat Bankası

IBAN TR46 0001 0008 8929 0335 6050 01

Garanti Bankası

IBAN TR40 0006 2000 3680 0006 2001 47

Fortis

IBAN TR42 0007 1000 1330 4250 005T RL

Posta Çeki

66681 1