

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ HALK SAĞLIĞI KOLU 23. GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ RAPORU BÜYÜK KENTLERDE DEĞİŞEN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ*

Özet: Bu yazı, Türk Tabipler Birliği Halk Sağlığı Kolu'nun düzenlediği Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri'nin 26 Haziran - 2 Temmuz 2011 tarihleri arasında Ankara'da gerçekleştirilen 23.'sünün raporudur. Ana teması "Büyük Kentlerde Değişen Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Ankara Örneği" olan seminer iki öğretim üyesi sorumluluğunda, Halk Sağlığı araştırma görevlisi ve doktora öğrencisi olan 13 katılımcıyla gerçekleştirildi.

Gezici seminer süresince, Sağlık Bakanlığı merkez birimleri ve Ankara ili birinci basamak sağlık kurumları (Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Evi) iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili birimler ziyaret edildi. Kurum/birim sorumluları ile görüşülerek bilgi alındı, sunulan hizmetleri inceleme ve değerlendirme olanağı bulundu. Bu ziyaretler sırasında, sağlık sisteminde birinci basamakta yaşanan değişikliklere yerinde tanıklık edildi. Ziyaret edilen birimlerle ilgili gözlemler araştırma görevlileri tarafından düzenli olarak not edildi ve her akşam ekiple tartışıldı. Bu gözlemler raporda ayrı ayrı sunuldu; bu gözlemlere dayalı sonuç ve öneriler ayrıca belirtildi. Raporu araştırma görevlileri hazırladı ve öğretim üyeleri son şeklini verdi.

Anahtar Sözcükler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlıkta dönüşüm, büyük kentler

Public Health Branch of Turkish Medical Association Report of 23. Mobile Training Seminar June 26-July 2, 2011

Abstract: In this paper, the report of the 23rd visiting education seminar, organized by the Public Health Branch of Turkish Medical Association, is presented. The seminar was held in Ankara, on 26 July-2 June, 2011. The main theme of the seminar was "Changing primary health care services in big cities: Ankara example". The seminar was carried out with 13 Public Health research assistants, in the charge of two advisors.

During the visiting seminar, Ministry of Health Divisions, Primary Health Care Institutions (Family Health Centers, Community Health Centers, Health Group Directorates) and Occupational Health and Safety Units were visited. The directors and employees of the health institutions were interviewed, and health services were investigated on site. The changes in the primary health care were observed in the health institutions visited. These observations were regularly noted down by participants, and were discussed with the group every night. In the report, participants' observations on the changing health care were presented, and their recommendations were stated. The report of the seminar was prepared by the research assistants, and then was edited by advisors.

Keywords: Primary health care services, health transition, big cities

Giriş

Türk Tabipler Birliği Halk Sağlığı Kolu'nun her yıl düzenlediği Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri'nin (GES) 23'sü 26 Haziran - 2 Temmuz 2011 tarihleri arasında Ankara'da gerçekleştirildi. Ana teması "Büyük Kentlerde Değişen Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Ankara Örneği" olan seminer dokuz farklı üniversitenin Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan 12 araştırma görevlisi ve bir doktora öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirildi.

Gelenekselleşen eğitimin 23.sünde ana temaya uygun olarak aile hekimliğine geçişinin birinci yılında olan Ankara ili seçildi. Seminerin temel amaçlarından ilki farklı üniversitelerde çalışan halk sağlığı asistanlarının birbirleriyle iletişim kurabilme, birlikte çalışma, fikir üretme ve ortak bir payda altında buluşabilmelerini sağlamak, ikincisi ise ülkemiz sağlık örgütlenmesini, birinci basamak öncelikli olmak üzere, yerinde değerlendirerek mevcut durumu,

*Rapor Toplum ve Hekim Dergisi için kısaltılmıştır.

var olan sorunları ve çözüm önerilerini tartışmaktır. Gezici eğitim semineri süresince sağlık sisteminde birinci basamakta yaşanan değişikliklere yerinde tanıklık edip; inceleme, değerlendirme olanağına ulaşılmıştır.

Yöntem

Gezici Eğitim Semineri'nin ana teması ve gidilecek il TTB Halk Sağlığı Kolu tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dallarından alınan görüşler değerlendirilerek belirlendi. İl içinde ziyaret edilecek kurumlar danışman öğretim üyeleri ile Halk Sağlığı Kol Başkanı'nın elektronik ortamda yazışması, TTB ilgili birimleri ve Ankara Tabip Odası'nın önerilerinin değerlendirilmesi ile şekillendi. Belirlenen kurumlara TTB tarafından gönderilen yazı ile ziyaret amacı ve randevu talebi iletildi. TTB'nin iletişim kurduğu kurumların tümü ziyaret talebini olumlu karşılayarak randevu verdi. Gezi programı kurum randevuları ve hedeflere uyumlu şekilde planlanarak seminer öncesi katılımcılara iletildi. .

Seminerin ilk günü (26 Haziran 2011 Pazar) saat 14.00'de katılımcılar ile TTB'de bir araya gelindi. Bu ilk buluşmada amaç; tanışmanın sağlanması, TTB'nin tanıtılması, gezide tartışmaların yürütülmesi için bilgi güncellenmesi, eşitlenmesi ve katılımcıların beklentilerinin alınmasıydı. TTB Merkez Konseyi üyesi Doç. Dr. Mehmet Zencir grubu karşılayarak TTB ile ilgili kısa bir tanıtım yaptı. Daha sonra Dr. A. Türkkan tanışma, beklentilerin alınması ve program tanıtımını yaptı, Dr. R. Uçku Halk Sağlığı Kolu ve etkinlikleri hakkında bilgi verdi. Ardından üç kısa sunum yapıldı. "Sağlıkta dönüşüm süreci" ile "Birinci basamak sağlık hizmetlerinde dönüşüm: sosyalleştirilmeden aile hekimliğine ne dönüştü?" başlıklı sunumları Dr. M. Zencir, "Çalışanlara yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri: Türkiye'de durum, örgütlenme ve güncel gelişmeler" başlıklı sunumu ise TTB İşçi Sağlığı Kolu üyesi Dr. Bülent Aslanhan aktardı.

TTB ziyareti ardından otele yerleşildi. Gezi ekibinin birlikte ilk toplantısı ise akşam otelde gerçekleştirildi. Bu toplantıda daha önceki deneyimler ışığında gezi süresince olası sıkıntılar ile eğitimcilerin beklentileri paylaşarak grup içinde iş bölümü yapıldı. Katılımcıların ilgi alanları da göz önüne alınarak gün sorumluları ve günlük raporları bir araya getirip rapor taslağını hazırlayacak rapor sorumluları belirlendi.

Seminer süresince gün içinde ziyaret edilen birimin sorumlusu/sorumluları tarafından bir bilgilendirme

sunumu dinlendi ve katılımcıların soruları ile kurumun özellikleri, işleyişi, sorunları, bunlara yönelik önlemleri ya da planları tartışıldı. Daha sonra kurum gezilerek çalışanlarla görüşüldü, kimi zaman küçük gruplar halinde sohbet şansı yakalandı. Ekibin danışmanlarla günlük gözlemleri tartışması, günün değerlendirilmesi ve bir sonraki güne yönelik önerilerin alınması akşamları yemek öncesi ya da yemekten sonra yapıldı.

Kurum gezilerinin başlayacağı Pazartesi günü sabah kahvaltı sonrası, grup çalışması yapıldı. Grup çalışmasında birinci basamak sağlık hizmetinin temel özelliklerinin neler olduğu tartışıldı. Her gün gezi öncesi o günün programı, gidilecek yerler ve güne özel öğrenim hedefleri ile ilgili kısa tartışma yürütüldü.

GES son günü (2 Temmuz Cumartesi) ile TTB 60. Büyük Kongresinin aynı güne denk gelmesi nedeniyle kongre açılışına katıldıktan sonra TTB'inde toplanarak eğitimin genel bir değerlendirmesi yapıldı. Bu değerlendirmede katılımcılardan GES ile ilgili program içeriği, işleyişi, eğitim tekniği, grup dinamiği ve beklentileri karşılaması açısından geri bildirimleri alındı. Rapor yazımı için ilk gün yapılan iş bölümü çerçevesinde raporun içerik ve bölümlerine karar verildi. Eğitim sürecinde başarılı olan tüm katılımcılara GES katılım belgeleri verilerek seminer tamamlandı.

Bulgular

Raporda, ilk gün TTB'nde başlayan tanışma ve sunumlar sonrası gezilen kurumlar/birimlerle ilgili gözlemler gezi sırasına göre sunulmuştur.

Gezilerin ilk günü Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ile Ankara Tabip Odası ziyaret edildi.

Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü

Günün ilk ziyaretinde Kadın Sağlığı ve Aile Sağlığı Hizmetlerinden sorumlu Şube Müdürü ile görüşüldü. Sağlık ölçütleri içerisinde, anne ve bebek ölümlerinin en önemli gösterge olduğu, Türkiye'nin bu konuda çok yol kat ettiği, Genel Müdürlüğün en önemli görevinin üreme sağlığı olduğu, evlilik öncesi, gebelik öncesi danışmanlık programı, güvenli annelik programı, doğum ve doğum sonrası bakım gibi kanıta dayalı tıbbi göre belirlenmiş faaliyetlerinin olduğunu belirttiler. Kamu, üniversite, sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla bilim

komisyonları oluşturup DSÖ protokollerinin uygulandığını belirten Şube Müdürü, 2005 Ulusal anne ölümleri çalışmasında Türkiye'deki Anne Ölüm Oranının 28.5/100.000 olarak tespit edildiğini, ancak DSÖ'nün bu oranı nedense(!) kabul etmediğini, DSÖ'nün kendilerine gelen verileri belli bir kat sayıyla çarparak yayınladığını belirttiler. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı'nda anne ölüm oranını 2008'de 19,4/100.000, 2009'da 18,4/100.000, 2010'da 16,4/100.000 olarak, bebek ölüm hızının aynı yıllarda sırasıyla 1000 canlı doğumda 17,0, 13,1, 10,1 olarak yayımlandığı, ancak bu verileri DSÖ'ye kabul ettirmekte büyük sorunlar yaşandığı vurgulandı. Anne ölümü nedenlerinin sırasıyla kanama, preeklamsi, eklampsi ve sepsis olduğu, anne-bebek ölümleri kayıtlarında bir sıkıntı olmadığı, mevcut sistemde ölümlerin sağlık kuruluşuna bildirilmesinin zaten gerekli olduğu, ancak buna uymayan şekilde bazen kırsalda 15-49 yaş kadın ölümleri için kaymakamlık makamı kanalıyla imam, jandarma ya da öğretmenin görevlendirilmesiyle sağlık dışı personel kullanıldığı vurgulanarak aslında bu konuda sorunların olduğu, açık bir ifadeyle kendileri tarafından belirtildi. Bebek ölümlerinde TÜİK verileri ile il sağlık müdürlüğü verilerinin farklılığından söz edildi. TÜİK'in kaçırdığı, kayıt altına alamadığı nüfusun olduğunu, gebelerin ve bebek ölümlerinin Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) ile tespit edilmesi gerektiği, canlı doğumları kaydedemiyorsak canlı doğumlarla ilgili verilere de güvenemeyeceğimiz ifade edildi.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Müdürlükte müdür yardımcısı ve birim sorumlularından oluşan bir ekipten bilgi alındı. Müdürlüğün 27 Mayıs 1928 gün ve 1267 sayılı yasa tasarısıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olarak kurulduğu, 1936'da açıldığı, 1941'de Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebi olarak iki kuruluş haline dönüştürüldüğü, 1982 yılında çıkan Yüksek Öğretim Kanunu ile fonksiyonunu kaybettiği 2003 yılı Mart ayında ise Sağlıkta Dönüşüm Programı faaliyetleri altında yeniden açıldığı, sağlıkta dönüşümün yaptığı değişimleri göstermek ve Bakan'a veri sunmak amacıyla" 2008 yılında "Bakan oluruyla" Türkiye Sağlık Kurumu adı altında Bakanlığa bağlı müstakil bir birim olarak çalışmak üzere yeniden yapılandırıldığı belirtildi. Bakanlığın ARGE'si olduğu belirtilen kurumun, araştırma geliştirme, sahaya koordine etme, çeviri faaliyetleriyle (DSÖ'nün ve farklı üniversitelerin kitaplarını çevirme) temel amaçlarının Sağlıkta Dönüşüm Programı faaliyetleri ve sonuçlarının neler olduğunu belirlemek üzere yarı akademik yarı bağımsız çalıştığı ifade edildi.

Mektebin uzaktan eğitim modeliyle "Hastane İşletmeciliği ve Sağlık Yöneticiliği" başlıklı bir eğitim programını 400 yataklı hastane Başhekim ve Yardımcılarına (yaklaşık 500 kişiye) verdiği ifade edildi. Hekimlerin işletmecilikle ilgili eğitim almaları, hastanelerin de bir işletme ve zarar etmeyen, kâr eden kurumlar olması gerekliliği belirtilerek kurumun bu hastanelere CEO yetiştirdiği aktarıldı. Bu söylenenler gruba Kamu Hastane Birlikleri'nin kadrolarının eğitildiğini düşündürdü ve hastaneler piyasalaştırılmaya mı çalışılıyor sorusu yöneltildi. Hastane işletmeciliğinin hastane yönetimini piyasalaştırma olarak görülmemesi gerektiği, ama hastanelerin sonuçta bir işletme olduğu ve Kamu Hastane Birlikleri Yasası için alt yapının hazırlandığı belirtildi. Aile Hekimlerine üçüncü aşama eğitimi de veriliyorken bunu Temel Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği Daire Başkanlığına devrettiklerine değinildi. Eğitimler için eğitici kadro birlikte çalışılan üniversitelerden sağlanıyor, internet üzerinden sınav yapılıyor. Sınavın internet üzerinden yapılıyor olmasının sınavın güvenliğinde zafiyetlere neden olabileceği, bu sebeple de diploma değil sadece sertifika verildiği, halk sağlığı için de sertifikasyon programı uygulamaya çalışıldığı, fakat tepkiler üzerine bu programı uygulamayı durdurdukları ifade edildi.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Genel Müdür Dr. Seraceddin ÇOM ile görüşme Sağlık Bakanlığı ve uygulamayı düşündükleri projelerin aktarılması ile başladı. Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlükleri tanıtıldı; Temel Sağlık, Tedavi, İlaç ve Eczacılık, AÇSAP Genel Müdürlüğü müsteşar vasıtasıyla Bakanlığa bağlıyken, Hudut Sahiller Sağlık ve Hıfzıssıhha Genel Müdürlüğü doğrudan Bakan'a bağlıdır. Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü liman, havaalanı gibi salgın riski olabilecek yerlerin denetimiyle görevlidir. Hıfzıssıhha ve Temel Sağlık Hizmetleri ekip anlayışıyla birlikte çalışır. Hıfzıssıhha laboratuvar kısmını üstlenen, epidemiyoloji, toksikoloji çalışmaları yapan, dışarıdan satın alınan aşuların, serumların analizini yapan kurumdur.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile ilgili olarak ülke politikalarını belirlediği, çeşitli daire başkanlıkları olduğu (Acil ve Afetlere Müdahale, Bulaşıcı Hastalıklar, Zoonotik Hastalıklar, Beslenme ve Diyetetik, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Sağlık Geliştirilmesi ve Teşviki gibi), daire başkanlıklarının alt birimleri bulunduğu belirtildi. Sağlık geliştirilmesi ve teşvikinin önemi ve uygulanan ya da uygulanması planlanan programlar üzerinde

duruldu. Seçimler yakın olduğu için (siyasi malzeme olarak kullanılmasın diye) ertelenen Alkolle Mücadele Programı'nın yakında hızlanacağı ve Sigarayla Mücadele Programı'nda olduğu gibi yazılı ve görsel medyanın da kullanılacağı açıklandı. Daha önce ülkede aşı üretilmesine karşın neden şimdi üretilmediği sorusuna; her ülkenin bunlarla ilgili sorunları olduğu, aşığı kamunun üretmesinin mümkün olmadığı, kamunun işletmecilik yapmadığı ve sonuç olarak satın almaktan daha pahalıya mal olduğu, aşının kamu ile özeline ortak üretiminde olması gerektiği ve bu konuda çalışmaların başladığı açıklaması yapıldı. Aşılama ilk 10 ülke içinde olduğumuz ve aşılama problemimiz olmadığı belirtilmesine karşın, son iki yıl içinde ETF yapılmadığı için TÜİK verilerinin kullanıldığı, ancak doğan çocukların doğuda kayıt edilme sorunu nedeniyle sıkıntılar yaşandığı ifade edildi. Aile Hekimliği Sistemi'nde kişisel koruyucu hizmetleri aile sağlığı merkezlerinin, toplumsal koruyucu hizmetleri toplum sağlığı merkezlerinin yapmakta olduğu, halk sağlığı uzmanlarının TSM'ye sorumlu hekim olarak atanmasının, aynı zamanda Sağlık Grup Başkanı olmalarının planlandığı ve halk sağlığı uzmanı ihtiyacının arttığı bilgisi verildi. Bu konuda özlük haklarının iyileştirilmesi ve uzmanlığın özendirilmesi için çalışmaları Maliye Bakanlığı ile yürüttüklerine değinildi. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile kurulan sağlık ocaklarının geçmişte çevre sağlığı ve aşılama başarılı olduğu ancak doktorun TUS'a hazırlandığı ya da her gün görev yerine gitmediği birer "Kuluçkahane" olarak çalıştığı, yeni sistemle bunun önüne geçildiği belirtildi. Bilim adamları ve DSÖ'nün önerdiği aile hekimliği sistemi ile hizmetin kişi endekli olduğu, sahip olduğu nüfusu kaybetmemek ve performansını tam almak için hekimlerin mesai gözetmeden çalışacak duruma geleceği gerçeğine değinildi. İki bin yirmi üç yılına gelindiğinde sahada pratisyen hekim olmayacağı, ASM'lerde aile hekimlerinin, TSM'lerde halk sağlığı uzmanlarının görev alacağı, pratisyen hekimlerin ise 112, acil servis ya da yoğun bakımlarda çalışacağı ifade edildi. Pratisyen aile hekimlerine gerekli uyum eğitimleri verilerek aile hekimi uzmanı, acilde çalışan pratisyen hekimlere de aynı yolla acil uzmanı unvanı verilebileceğine değinildi. Ayrıca, hekim açığı olduğu, bunun için tıp fakültesi ve mezun olan hekim sayısının daha da arttırılmasının planlandığı açıklandı.

Ankara Tabip Odası

Ankara Tabip Odası (ATO) ziyaret edilerek, meslek örgütü olarak birinci basamaktaki değişimle ilgili gözlemleri hakkında bilgi alındı ve ekibin ilk gün

izlenimleri paylaşıldı. Aile hekimleri, pratisyen hekimler, akademisyenler, tabip odası yöneticileri ve GES ekibinin yuvarlak masa söyleşisinden öne çıkan başlıklar şöyleydi.

Ankara'da 1.247 aile hekimi pozisyonunun açıldığı, şu ana kadar beş genel atama yapıldığı, ilk atamada boş kalan yerin olmadığı, ASM'lerin A,B,C,D olmak üzere dört sınıfa ayrılmış olduğu, Ankara'da D sınıfı bile olmayan "Sınıfsız ASM'ler" olduğu hatta bazı kiralanmış eski kamu binalarında (Örn: Çankaya Misaki Milli ASM, Aşağıyabancı ASM) tuvaletin bile olmadığına değinildi. Devletten kiralanmış olan ASM'lerden şimdilik kira alınmadığı, ama yakında alınmaya başlanacağı (ücretini kimse bilmiyor) aktarıldı. Geçiş döneminde ilk altı ay müdürlükten gelen yazı ile başvuran herkese bakıldığı, hiçbir hastanın geri çevrilmediği, ancak uygulamada zorluklarla karşılaşıldığı, TSM'lerde yeterli hekim olmadığı için doğum gibi nedenlerle izne çıkacak AH'nin yerine bakacak doktor bulunmadığı, dolayısıyla bir hekimin iki hekimin nüfusuna hizmet vermeye zorlandığı ve "hasta sizden memnun olsun, şikâyet olmasın" vurgusunun yöneticiler tarafından dile getirildiği belirtildi. Birinci basamaktaki değişim ile ekip hizmetinin bozulduğu vurgulandı. Halen aile sağlığı elemanı (ASE) olmayan AH'lerinin bulunduğu, ASE'ni hizmetli gibi çalıştıran AH'lerinin olduğu, ev ziyaretlerinin artık yapılmadığı, eskiden bölge esaslı olan hizmet sunumunun maalesef bireye ve kayıtlıya hizmet anlayışına dönüşmüş olduğu vurgulandı. İzne çıkmanın sorun oluşturduğu, yerine bakacak AH olmadığı ve TSM'den desteklendiğinde maaşlarının kesintiye uğradığı, aşılama gibi performans etkileyen kalemlerde para kaybını önlemek için "Moose aşısı" yapan hekimler olduğu, hekimin para ile vicdanı arasında ikileme bırakıldığı belirtildi.

Değişen hizmetlerle ilgili şu aktarımlar da yapıldı; AH'lerinin görevi bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olduğundan topluma yönelik koruyucu hizmetler TSM'lere devredildi. TSM 'lerin personel ve diğer eksiklikleri hala giderilemediğinden topluma yönelik koruyucu hizmetlerde büyük eksiklikler mevcut. AH sadece kendine başvuran kayıtlı nüfusa hizmet sunuyor. Ankara göç alıyor ve kültürel yapı farklılığı, sağlığı ve sağlık hizmet kullanımını, başvuruyu etkiliyor. Misafir uygulaması sistemin en büyük sıkıntısı; misafir hastalar hastanelerde muayene olabiliyor ama enjeksiyon için AH'lerine başvuruyor, hekim de istemezse yapmayabiliyor. Pansuman, enjeksiyon gibi işlemleri ancak devlet hastanesi acillerinde yaptırabilen hastalar gereksiz

yere 2. Basamağı meşgul etmeye zorlanıyor. Aile hekimliğindeki kâr-zarar bakış açısı hasta hekim ilişkisindeki etik ilkelerle örtüşmediği ve işletmeciliğe gidişin sürdüğü tüm katılımcılar tarafından tekrar vurgulandı.

Birinci basamak kurum ziyaretleri öncesi İl Sağlık Müdürlüğü yetkilileri ile görüşüldü, daha sonra bazı ASM, TSM'ler ziyaret edildi.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılan günün ilk ziyaretinde aile hekimliğinden sorumlu müdür yardımcısı, bulaşıcı hastalıklardan sorumlu müdür yardımcısı, ana çocuk sağlığı ve aile planlamasından sorumlu müdür yardımcısı, sağlık istatistiklerinden sorumlu şube müdürüyle toplantı yapıldı. Ankara genelinde 64'ü kiralık toplam 317 ASM bulunduğu ve 4.670.000 nüfusa 1. basamak sağlık hizmetini ulaştırdıklarının, Aile Hekimliği Sistemi'ne geçilmeden önce, 272 Sağlık Ocağından 250 tanesinde fiili hizmet verildiğinin, ASM'lerde genelde 3 ile 6 hekim ile hizmet verildiğinin, bir anda doktorları ve yardımcı sağlık personelleri olan, haftanın 5 günü hizmet veren 317 Sağlık Ocağı'na sahip olduklarının ifade edilmesi aslında başkentte bile 224'ün uygulanması için önemli bir çaba gösterilmemiş olduğunu düşündürdü. Daha önce hastaların Sağlık Ocağında buldukları doktora muayene olduğu, bunun ideal olmadığı ve 1. Basamağın daha çok poliklinikler üzerinden tedavi edici sağlık hizmeti verdiği, şimdiyse hekime kayıtlı nüfus üzerinden hizmet sunulduğu, hastaların Aile Hekimini bildiği, takip edilebildikleri, Sağlık Müdürlüğü'nün de herhangi bir sorun karşısında muhatap bulabildiği, sorumlu AH ya da ASE'na ulaşabildiği ve "bu niye eksik olmuş?" diye bilgi alınabildiği vurgulandı. Sağlık Grup Başkanlıklarında (SGB) ve TSM'lerde daha çok topluma yönelik hizmet verildiği, ancak TSM'lerde personel sayılarının az olduğu, bu açığın kimi zaman ASM'lerde çalışan personel ile kapatıldığından söz edildi; ancak gezilen yerlerde uygulamada böyle bir durumun olduğu gözlemlenemedi.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlamasından sorumlu Müdür Yardımcısı; hekimlerin performans ücreti kesileceğini bildiğinden, gebe ve bebek hizmetini eksiksiz yapmaya çalıştığını, Sağlık Ocağı sisteminde bir bebek öldüğü zaman Ev Halkı Tespit Fişi dahi bulunmadığını, bebek, gebe ve lohusa izlem kayıtlarına ulaşamadığını, şu an bu sorunları aştıklarını ifade etti. Bilgilerimizin aksine Sağlık Ocağı döneminde hizmetin başvuru odaklı olduğunu, başvurmayana sağlık hizmeti verilmediğini,

1. Basamak sağlık hizmetlerinin atıl vaziyette ve işlevsiz olduğunu belirtti. Aile Hekimliği Sistemi'nde ev ziyaretlerinin yapıldığı (!), hekimin sorumluluk sahasına 15 gün süre ile gitmediğinde evde takip ücretini alamadığı anlatıldı. Ayrıca nüfuslarındaki Fenilketonürlü, Hipotroidili, bebekler ile Talasemi taşıyıcısı kişilerin Aile Hekimlerine bildirildiği ve bunlarında takiplerinin istendiği, ek olarak 50 yaş üstü nüfusta kanser taraması düşünüldüğünü ve kanser taramalarına da performans ücreti gelmesinin gerektiğini aktardı. Aile planlaması ve kronik hastaların takibinin performansa ilave edilmesinin iyi olup olmayacağı konusunda gelen bir soru üzerine, 15 Temmuz 2011'den sonra aile planlaması sertifikası olan hekimlerin tercih nedeni olacağını ve diğer sertifikasız hekimlere de aile planlaması konusunda yardım ettiklerini şu an için aile planlaması hizmetleri için performans ile ücretlendirme yoluna gidilemeyeceği ancak tüm Aile Hekimlerinin sertifikası olduğu zaman böyle bir düzenleme yapılabileceği belirtildi.

Aile Hekimliğinden Sorumlu Müdür Yardımcısı Ankara ilinde Aile Hekimliği sistemine daha yeni geçildiğini, 3-4 yıl öncesinde kronik hastalıklar konusunun gündemlerinde hiç olmadığını, bugün ise kronik hastalıklar ile ilgili Şube Müdürlüğü'nün kurulduğunu, ayrıca her şeyin performans olmadığını belirtti. 15 Temmuz öncesinde 800 hekim ile hizmet vermeye çalışıldığını bugün ise bu sayının 1247 olduğunu belirtti. Aile hekimlerinin giderleri için 2800-3000 TL. ücret ödenmesine karşın kurumla ilgili harcamalar konusunda hekimlerin farklı davrandığı, bir hekimin kendi birimine "çiçek gibi" bakarken bir diğerinin kurumuna otlar nedeniyle girilemediğini, gider için verilen bu paraların merkezlerin fiziki şartlarının düzeltilmesinde harcanması gerekliliğinin altını çizdi. Aile hekimine kayıtlı değilse bile bireylerin misafir hasta olarak muayene edilmek zorunda olduğuna değindi. Sorulan sorularla, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğu, son 3 yılda da 2 TL.'lik katkı payının istenmediği, daha önce ebe ve hizmetli istihdamlı 62 sağlık evi varken, bugün için 60'a düştüğü ve 20 yeni sağlık istasyonu açıldığı, daha önce hiç doktor gitmeyen uzak yerlere dahi artık doktorun düzenli gittiği bilgisini verdi.

Sağlık İstatistiklerinden Sorumlu Şube Müdürü Ankara'daki bebek ölüm hızında 2008'e kıyasla 2010'da anlamlı bir düşüş olduğunu belirtti. İzlem verilerinin güvenilirliği sorusu üzerine bu konuda düzenli olarak telefon aracılığı ile izlem yapılması gereken evleri arayıp, kontrollerin yapıldığını ancak yine de 1247 aile hekiminin denetlenmesinin güç

olduğunu, bu konuda hasta şikâyeti üzerine denetlemelerin daha öncelikli olduğunu, sorun yaşanan hekimlerin bilindiğini, bu hekimlerin daha sık ziyaret edilerek eğitimler verildiğini belirtti. Hekim hasta arasındaki muhtelif sorunlarda daha çok hasta hakları önceliği olduğunu, hekim ile ilgili hukuki sorunlarda ise tabi ki hekimlerin yanında olduklarını vurguladı.

Sorularla devam eden toplantıda maaş kesintisi ve hesap sorabilme gibi yaptırımlarla sağlıkta kalitenin artabileceğini savunan yöneticiler, bölge tabanlı yerine nüfus tabanlı hizmetin sorun olmadığını, aile bireylerinin farklı AH'ne bağlı olmasının da nadir bir durum olduğunu belirttiler. Sağlık ocaklarına dayalı sistemin zaten yürümediği ve şu an daha iyiye gidişin olduğu özellikle vurgulanan konulardandı. Kayıtsız gebeler en yakın ve nüfusu en az olan aile hekiminin nüfusuna kayıt edildiği belirtildi ancak, geziler sırasında kayıt için başvuru yapmayanların kayıtsız olduğu gözlemlendi. AÇS-AP merkezi sayısının 20'den 10'a düşürüldüğü, ama hizmette aksamanın yaşanmadığı, bu görevleri zaten AH'lerinin yaptığına değinildi. Ancak RİA uygulamasında ASM'lerin çok gönüllü olmadığı, zaten "tak-çıkâr" suistimale de açık bir yöntem olduğu, tek kontraseptif yöntemin de bu olmadığı yorumu birinci basamakta AP hizmetlerinin uygulanması konusundaki grubun endişelerini pekiştirdi. Bazı sıkıntılı bölgeler olduğu ve buralarda sağlık hizmetinin biraz aksadığı ama bu bölgelerde daha önce zaten hiçbir sağlık hizmeti verilmediği belirtildi. Sistem içinde askeri bölgeler(lojmanlar), Çocuk Esirgeme Kurumu, MİT personeli gibi kayıtsız grupların olduğu da vurgulandı

Altındağ Sağlık Grup Başkanlığı

Altındağ Sağlık Grup Başkanlığı; 372 bin nüfusa hizmet veriyor. Altındağ Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı TSM ise farklı bir bölgede, Ulus semtinde hizmet veriyor. Nüfus hareketleri çok hızlı olan ilçede 6 hekim, 2 hemşire, 11 ebe, 5 sağlık memuru, 15 çevre sağlığı teknisyeni, ağız ve diş sağlığı merkezine bağlı 4 diş hekimi ile Sağlık Grup Başkanlığı hizmet veriyor. Grup Başkanlığında yeşil kart hizmetleri de yürütülmekte, 72 bin (Nüfusun %20'i) yeşil kartlı bulunmakta. Elli dört tüberküloz tanısı almış DGT ile tedavi edilen hastanın takibi yapılıyor. Sağlık Grup Başkanı, Altındağ'da psikiyatrik hasta sayılarının fazla olduğunu, Altındağ'ın, göçün ilk uğrak yeri olduğunu, bu sebeple hareketli ve sosyoekonomik düzeyi düşük bir topluma sahip olduklarını belirtti. Nüfus hareketinin fazla olması sebebiyle aile hekiminin kendi nüfusunu takipte zorluk yaşadığı,

bölgede kayıt dışı yaklaşık 30 - 40 bin civarında bir nüfus olduğu ve kayıt dışı nüfusun gebe ve bebek takip-aşılama hizmetlerinde aksamalara neden olabileceği belirtildi. Hizmete ulaşmanın kişinin talebine bağlı olduğu ifade edildi.

Durmuş Ali Yaman Aile Sağlığı Merkezi

Ankara ili Altındağ ilçesinde bulunan ASM, D sınıfında olup, 4 hekim hizmet vermektedir. Bünyesinde aile planlaması polikliniği ile Ağız ve Diş Sağlığı birimini de barındırıyor. Hekim başına ortalama 3800 nüfus düşüyor, haftada 1 gün ev ziyaretlerine gidiliyor. ASM genelinde bebek aşılama oranları %100'lerde. Aile Hekimlerinin genel yakınmaları, önlere göremedikleri, güvencesiz çalışmak durumunda kaldıkları ve özlük haklarının belirsiz olduğu şeklindeydi. Bir aile hekimi giderler için verilen paranın 2800 TL'den 1400 TL'ye düştüğünü, giderlerle beraber geçen ay 5900 TL hesabına yatırıldığını, ASM binasının kirasından kendi payına ne kadar düşeceğini bilmediğini, belirsizliklerin stres kaynağı olduğunu belirtti. Aile sağlığı elemanı; çalışma saatlerinin arttığından, iş yoğunluğundan yakınırken kâğıt üzerinde maaşının yükseldiğinden bahsetti. Ancak ne zaman ve ne kadar alacağını bilemediğini, hekimin performansının kendi maaşını etkilediğini ifade etti. Ebe, kendi hekimiyle çok uyumlu çalıştığını ancak kimi ASB'de hekimlerin patron ASE'nin da onun işçisi gibi çalıştığından bahsetti. Bir ASE'nin birinci basamakta nitelikli hizmetin, Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde verildiğini söylemesi dikkatleri çekti.

Türk Tabipleri Birliği (TTB)

Günün son ziyareti Ankara'nın Maltepe semtindeki Türk Tabipleri Birliği'ne yapıldı. Burada TTB Merkez Konseyi Genel Sekreteri Prof. Dr. Feride Aksu Tanık grubu karşılayarak Sağlıkta Dönüşüme Karşı Mücadele sürecini aktardı, sunumun ana başlıkları şöyle özetlenebilir;

- Sağlıkta dönüşüme karşı uzun soluklu bir mücadele gerekli,

- 2009 yılı başında üretim biçimlerinde dünya çapında bir kapitalizm krizi başladı Bu kriz, sağlık ve emek süreçlerini ve yaşamın her alanının ticaretleşmesini de hızlandırdı. Sonuçta süregelen ticaretleşme ve eşitsizlikler hem yatay (ölkeler içinde), hem de dikey (ölkeler arasında) artarak devam ediyor,

- Bu mücadelede bütünlüklü analiz yapılmalı, geleceğin ve mücadelenin öngörüsü yapılmalı. Bu konuda TTB'ne düşen görev, halkın sağlık hakkını

savunmak, ülke genelinde demokratikleşme ve barış süreci ile ilgili mücadele olmalı,

- Tüm sağlık düzeyi değişkenleri ve OECD, DSÖ vb. örgütlerin verilerinin de birleştirildiği, 2008'de yapılan çalışmada dünya genelinde 1. sırada İsviçre'nin son sırada Moritanya'nın olduğu sıralamada Türkiye 87. sırada yer almaktadır. Ülkelerin sağlık düzeylerini etkileyen belirteçlerden bir kısmı; kişi başına düşen milli gelir, gelir veya harcama dağılımındaki eşitsizlikler, toplam sağlık harcamaları, kişi başına sağlık harcamaları, sosyal güvenlik harcamaları, 1000 kişiye düşen hekim sayısı vb. iken gelir dağılımındaki eşitsizlik başlıca negatif belirleyicidir.

- Sağlık alanında çalışan emekçilerin özlük haklarında gerilemeler mevcut, her şeyin piyasalaştığı bu ortamda emekte piyasalaştı. Önce işçiler, sonra ebe ve hemşireler en sonunda da hekimler sözleşmeli çalışmaya mahkum edildi. Bugün hekimlerin 1/5'i sözleşmeli olarak çalışıyor. Esnek çalışma kapsamında çalışma süreleri, izinler, çalışma mekanları ve ücretlerde bir belirsizlik hakim. Hekimlerin haftalık ortalama çalışma süreleri pratisyen hekimler için 59 saat, uzman hekimlerde 68 saat ve asistan hekimlerde 85 saat, tüm hekimler için 67 saat. Türkiye'de her 10 hekimden biri, haftada 95 saat'ten fazla çalışmak durumunda kalıyor.

Hekimler; güvencesiz ise aylık 10 bin, güvenceli ise aylık 6 bin ücret talep ediyorlar. Piyasa ortamında özel hastanelerin gider kalemlerinin %64'üne denk gelen personel ve hekim maaşları giderin azaltılmasında ana hedefi teşkil ediyor. Hekimler genel olarak performans dayalı ücretlendirme ölçütlerinin yetersizliğinden, çalışma barışını bozduğundan dolayı performans dayalı ücretlendirme istemiyorlar. Bu açıdan TTB 2011 yasa tasarısı ile önerilerini sundu; emekliliğe yansıyan temel ücretin 6200 TL, araştırma görevlileri için 6300 TL. olması talebi iletilti. Hekimler emekli olduklarında kimseye muhtaç olmamalı,

- TTB'nin stratejik hedefleri;
- Sağlıkta piyasalaşmayı
- Sağlıkta özelleştirmeyi
- Güvencesiz çalışmayı
- Ucuz emeği engellemek,

TTB hak mücadelesi veriyor ve emek sömürüne karşı çıkıyor. Bu mücadele, sağlığı ticari bir alan olarak görenler ile sağlığı bir hak olarak görenlerin mücadelesidir. Hak mücadelesi, haklarını

kaybedenlerin de mücadeleye ortak olduğu zaman anlamlılık kazanır.

-Mücadelede temel ilkeler üzerinde konuşulmalıdır. Adı aile hekimliği olduğu için tümünden karşı olmak gerekmez, aile hekimliğinin Hırvatistan, Küba, İngiltere'de başarılı uygulamaları da var. Nüfus tabanlı hizmet verilebilir, ama 1 Hekim ve 1 sağlık personeli 3.500 nüfusun birinci basamak sağlık gereksinimini tam olarak karşılayamaz. Nüfus tabanlı hizmette, temiz su, işyeri güvenliği vb. bütüncül olarak bakmak gereklidir. 224 sayılı yasanın birçok eksiği vardı, ilkeler üzerinden bakıldığında bir uzlaşma zemini bulunabilir. Örneğin Küba'da hekim ve ebebenin sorumlu nüfusu 500- 600 kişi, 2. basamağa hastası ile beraber gidiyor, böyle olumlu uygulamalar örnek alınabilir,

Beypazarı Sağlık Grup Başkanlığı

Sağlık Grup Başkanlığı'nda TSM sorumlu hekim (aynı zamanda Sağlık Grup Başkanı) ve TSM'de görevli bir hekim ve bir sağlık memuruyla görüşüldü. Nüfusu 45.000 olan ilçede 1 TSM, 4 ASM, 3 sağlık evi, 4 sağlık istasyonu ve 13 aile hekimisi bulunduğu, ilçede bulunan Verem Savaş Dispanserinin (VSD) yaklaşık 5 yıl önce kapandığı, TSM'de 3 hekim, 3 sağlık memuru, 5 ebe ve hemşirenin görev yaptığı öğrenildi. Sağlık evlerinde görev alan vekil ebelerin aile hekimliğine geçişle işsiz kaldıkları, Sağlık Bakanlığı'na gelen tepkiler nedeniyle çalışmaya devam etmelerine izin verildiği, aşı ve gebe takibi yapmadıkları, şu anki görevlerinin sadece enjeksiyon ve pansuman hizmetleri olduğu ifade edildi.

Sağlık Grup Başkanlığı ve TSM'nin, görev ve yetkilerindeki farklılıklar sorgulandı. TSM'nin özellikle ASM denetimi, okul aşıları ve çevre sağlığı çalışmaları gibi sorumlulukları olduğu, ASM'lerin yılda en az 2 kez denetlendiği, özellikle, soğuk zincir, mobil hizmetler, zorunlu bulundurulması gereken ilaçların denetlendiği öğrenildi. Ayda 1 kez su analizi yaptıkları, özellikle son zamanlarda yoğun yağışlar nedeniyle sulara arsenik düzeyinin yükseldiği ve bunun için denetimlerin artırıldığı ifade edildi. Birinci basamaktaki değişim sürecinde ne gibi sorunlar yaşandığı sorulduğunda; kurum denetim-değerlendirmelerinde, bölgenin turistik özellikleri nedeniyle pansuman, misafir hasta ve aşı konularında sıkıntı yaşandığı ve tüm bu işler için yeterli kadro bulunmadığı ifade edildi. Aile planlaması uygulamalarıyla ilgili tartışmalarda, aile hekimlerinin RIA sertifikası olduğu ancak RIA takmadıkları, bu hizmetin TSM'deki ebeler tarafından yürütüldüğü ve kısa bir

dönem RİA'nın kurumlarda olmadığı (2010 Eylül'ü) öğrenildi. Sağlık evlerinin mobil hizmetlerde kullanılan sağlık istasyonlarına, belde sağlık ocaklarının da sağlık evlerine dönüştürüldüğü alınan bilgiler arasındaydı.

1 No'lu ASM

Bu ASM'de aile hekimine birlikte çalıştığı sağlık personeliyle görüşüldü ve alınan bilgiler şöyledi: ASM'de 4 hekim, 4 hemşire ve 1 sekreter görev yapıyor. Biyokimya, TİT, TFT gibi testler ücretsiz yapılıyor. RİA sertifikası olan 1 sağlık personeli mevcut. Aile hekimine 3440 kişi kayıtlı ve hizmet verdiği 14 köyü var. Her hafta bir yarım gün köylere ayrılıyor, fakat köylere olan mesafelerin uzak ve hasta sayısı fazla olduğu için her hafta her köy ziyaret edilemiyor. Şu anda takip edilen 20 gebe ve 30 bebek var; gebe, bebek takiplerinde ve aşılarında bir sorun yok. Misafir hasta yoğunluğu fazla, genelde hastalar geri çevrilmiyor ancak hastaları geri çeviren hekimlerde bulunuyor. AH'nin bazı ilaçları reçete etmelerinde sınırlılıklar olduğu, ayrıca denetimlerin verilen hizmet üzerinden değil de sınıflama standartları vb. formlar üzerinden yapılıyor. Sağlık ocağı hekimi olarak da çalışmış olan hekim eski sistemin devamı gibi olmasına karşın hasta sayısının ve yoğunluğun çok arttığından söz ederek kendi deneyimlerine dayanarak 'sağlık ocağı ana ocağıydı' tanımlamasıyla, sistemin bizim ülke şartlarına uygun olmadığını dile getirdi. Görüşülen ebe de yeni sistemde, mevcut personelle evde izlemlerin yapılamayacağını, izlemlerin kurumda yapıldığını ve iş yüklerinin arttığını ifade etti.

3 No'lu ASM

Üç aile hekimi 3 hemşire ve 1 hizmetlinin görev yaptığı bu ASM'de aile hekimine görüşüldü. Görüşülen aile hekimi 3400 kayıtlı nüfusu olduğunu ve bunların yaklaşık üçte birinin kırsal kesimde yaşadığını bu yüzden haftada 1,5 gününü mobil hizmette ayırdığını söyledi. Mobil hizmete kendi aracıyla çıktığını, bütün masrafların kendisine ait olduğunu, gidilen köylerin uzak, çalışma şartlarının ağır olduğunu anlattı. Gerek mevsimlik tarım işçileri gerekse turistler nedeniyle misafir hasta yoğunluğunun çok olduğunu ve bu hastalara gerekli hizmetin verilemediğini, aşı ve gebe takibi yapılamadığını söyledi. Doğrudan gözetimli tedavi uygulamasının da hasta uyumuna bırakıldığını belirtti.

Polatlı Kaymakamlığı

Polatlı ilçesinde mevsimlik tarım işçilerinin sorunlarına yönelik yürütülmekte olan projeyi yerinde değerlendirmek amacıyla, Kaymakam ve proje

koordinasyon müdürü ile görüşüldü. Kaymakam, Polatlı'nın, yaklaşık 100 bin nüfusu ile Ankara'nın en büyük ilçesi olduğunu, 82 köyü bulunduğunu, ilçede 29 ASM, 1 TSM, 300 yataklı bir devlet hastanesi ve özel hastanenin hizmet verdiğini belirtti. Aile Hekimliği Sistemi'ne geçiş sonrası kendilerine yansıyan bir sıkıntı olmadığını, hem bölge halkının hem de sağlık çalışanlarının değişimden memnun olduğunu belirtti. İlçenin en önemli geçim kaynağının tarım olduğu ve Polatlı'nın Türkiye tarımında önemli bir yeri olduğu belirtildi. Tarım sektöründe çalışmak için her yıl, Mayıs-Kasım ayları arasında bölgeye 3-5 bin arasında tarım işçisinin geldiği ve bu işçilerin çadır kentlerde yaşadığı ifade edildi. Polatlı ilçesinde mevsimlik işçiler için yürütülen faaliyetlerin hedeflerinden söz edildi.

Polatlı'da yaklaşık 45 köyde tarım işçisi bulunduğu, projenin bu güne kadar yalnız bir köyde uygulandığı ve bu yıl 5 köyde daha uygulamanın başlayacağı belirtildi. Proje kapsamında verilecek olan sağlık hizmetlerinin TSM'de görevli hekimler tarafından yürütüleceği ve gerek duyulan durumlarda aile hekimlerinden destek alınacağı, genel olarak nüfusa göre bir planlama yapılacağı ifade edildi. Yakın bir zamanda bölgede sağlık hizmeti vermek için, İl Özel İdaresi tarafından sağlanacak olan gezici sağlık aracının temin edileceği, araçta laboratuvar olanağının da bulunacağı belirtildi. Çadır kentlerin şartları ve neler yapıldığı sorulduğunda, projenin yürütüldüğü çadır kentlere sağlıklı içme suyunun ulaştırıldığı ve belirli aralıklarla kontrol edildiği belirtildi. Yerleşimin merada olduğu, bu özelliği nedeniyle özel izin alınarak kanalizasyon hattının inşa edildiği ancak tuvaletlerin kullanımında sıkıntılar yaşandığı, işçilerin ortak tuvaletleri kullanmayı reddettiği ve kanalizasyona, temizlenme amacıyla kullanılmış taşların atılmasıyla sık sık tıkanmaların yaşandığı belirtildi.

Polatlı Sağlık Grup Başkanlığı/

Toplum Sağlığı Merkezi

Sağlık Grup Başkanlığı, aynı zamanda TSM olan kurum ile ilgili şu bilgiler alındı; Polatlı ilçesinde hizmet veren SGB, TSM, AÇSAP, 29 ASB ile 11 sağıkevi bulunuyor. Sağıkevlerinin şu anda 5'i hizmet veriyor, VSD'nin doktoru olmadığı için 2-3 yıl önce kapatılmış. SGB/TSM sorumlu hekiminden mevsimlik işçilerle ilgili yürütülen projedeki sağlık hizmeti hakkında bilgi alındı. TSM'nin proje kapsamında yaptığı/yapacağı hizmetler; içme sularının denetimi, tuvaletlerin denetimi, yaşanan alanların incelenmesi, salgın hastalık yönünden değerlendirilmesi, çocuk izlemleri ve aşıları, gebe izlemleri olarak belirtildi. TSM ve SGB'da görevli 4 doktor, 5 ebe, 3 çevre sağ-

lığı teknisyeni bulunduğu, şu anki personelle, hem TSM hem de proje kapsamındaki sağlık hizmetinin yürütülebileceği ama TSM'de görevli personelin geçici görevlendirilmesinin önemli sıkıntı oluşturduğu belirtildi. Mevsimlik işçiler için hizmet verirken TSM doktorlarının reçete yazamamasının önemli bir sorun olduğu, izlemlerin, muayenelerin yapıldığı ama tedavilerin düzenlenemediği söylendi. TSM tarafından verilen hizmetin, işçilerin çalışma saatlerinde verildiği, bu nedenle çalışanlara ulaşamadığı, sadece o anda çadırda bulunan kişilere ulaşabildiği ifade edildi. İşçiler mevsimlik olarak çalıştıkları için, ASB'lerin bu kişileri kendi nüfuslarına almak istemedikleri ve misafir hasta olarak kabul ettikleri, misafir hasta tanımı da net olmadığı için hastaların çok önemli sorun yaşadığı, misafir olarak kimin kabul edileceğinin aile hekimlerinin insiyatifine bırakıldığı belirtildi. TSM tarafından verilen hizmetlerin, kişilerin bağlı olduğu ASB'lere bildirildiği, ASB doktorlarının performans kesintisinin olmamasını istediklerini ama başka bölgelerdeki aile hekimlerinin bu şekilde duyarlı olmadığı söylendi. Polatlı'da işçi sirkülasyonunun çok fazla olduğu, bu nedenle sağlık hizmeti sunumuyla ilgili karşılaştıkları en büyük sorunun nüfus tespiti olduğu belirtildi. Bu sorunu çözmek için jandarmanın gelen işçilerin nüfus bilgilerini aldığı ve TSM'ye bildirdiği, ama bu uygulamanın siyasi çevrelerden ve işçilerden tepki topladığı belirtildi. İşçilerin güvencesiz çalıştığı, yeşil kartın iptal olmaması için kendilerinin de sigorta yaptırmayı zaten istemediği söylendi. Sorumlu doktor, çadır kentlerde proje öncesinde ve sonrasında herhangi bir sağlık sorunun ortaya çıkmadığını, bilinen bir salgının olmadığını belirtti.

Mevsimlik tarım işçileri yerleşim alanı

Mevsimlik tarım işçileri için verilen hizmetleri, işçilerin yaşam koşullarını yerinde görüp, değerlendirmek ve işçilerle yüz yüze konuşmak amacıyla bir çadır kenti ziyaret edildi. Katılımcılar küçük gruplar halinde o gün çalışmaya gitmemiş olan kadın, genç ve çocuklarla görüştü. Çadır kentte Kaymakamlığın yaptırdığı şebeke suyu bulunuyordu, sorduğumuzda yerleşim yerine elektrik getirildiği ancak çadırlar da bulunmadığı söylendi. Her aile çadırının dışında ayrı bir banyo ve tuvalet oluşturulmuştu. Çadırların ise derme çatma yapılar olduğu, yaşamak için uygun olmadığı gözlemlendi. Yerleşim alanında çadırının önündeki arabası ve çalışma yaşında olmasına karşın işe gitmemiş olmasıyla dikkat çeken kişiyi işçiler çavuş olarak tanımlıyorlardı. Yerleşim alanında okul çağında bulunan pek çok çocuğun olduğu dikkatleri çekti. Çocukların bazılarının işçi olarak çalıştığı belirtildi. İlköğretim çağında olan bazı kız çocukları

ile görüşüldüğünde okula gitmediği ya da gidemediği kendileri tarafından ifade edildi. Sağlık kurumlarından doktorların burada hizmet verip vermediği sorulduğunda bazı kişiler doktorları hiç görmediklerini söyledi. Kendi memleketlerinde şu an aldıkları paranın yaklaşık yarısına çalışmayı kabul edeceklerini ve buralara gelmeyeceklerini söylemeleri can alıcıydı.

İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi Müdürlüğü (İSGÜM)

İSGÜM müdürü makine mühendisi Çiğdem ÜNAL tarafından karşılanan gruba kısa bir sunumla iş sağlığı ve güvenliği tarihçesi, yeni yaklaşımlar, 2003 yılında değişen 4857 sayılı İş Yasası konularında bilgi verildi. Yeni İSG yaklaşımının risk değerlendirmesine dayalı olarak kurgulandığı açıklandı. İSGÜM'ün yasada "Enstitü" olarak tanımlandığı, ancak yasal dayanaklarının tamamlanmadığı, İş Sağlığı ve Güvenliği için önlemenin ödemekten daha ucuz olduğu belirtildi. İSG uzmanı tarafından yapılan ve İSGÜM'ü tanıtan sunumdan şu bilgiler alındı: İSGÜM 1969 yılında BM-İLO ve Türk Hükümeti arasında yapılan milletlerarası bir anlaşma ile kurulmuş; 6 bölge laboratuvarı (Kocaeli, İstanbul, Bursa, İzmir, Kayseri, Adana) ve Ankara'daki merkez müdürlüğünden oluşmaktadır. Ankara ve Kocaeli laboratuvarları aynı teknik donanıma sahip; görevleri, standart ve normların tespiti ve geliştirilmesi, tehlike ve riskler konusunda eğitim, program, yayın ve dokümantasyonun yapılması. Amacı, akredite bir kurum olmak. İşverenin talebi doğrultusunda işyerine giderek inceleme ve araştırma yapılıyor ve ücretini işveren karşılıyor. İSGÜM'ün yaptırım gücü yok. Dört ana bölümden oluşuyor: İş Sağlığı (mobil araçlarla hizmet veriyor) İş Güvenliği (işyerinde risk değerlendirmesi yapıyor, öneri sunuyor), İş Hijyeni (işyeri ortam ölçümlerini yapıyor) ve Proje Planlama ve Koordinasyon. Talep olmaksızın belli aralıklarla belli sektörlerle ulaşabilmek planlanıyor. Dilovasında yaşanan sorunlara yönelik herhangi bir girişimleri ya da çalışma planları olup olmadığı sorulduğunda çalışma planlarını bir yıl önceden hazırladıkları, bu konuda henüz bir çalışmaları olmadığını bildirildi.

Kurumun sunduğu hizmetler; laboratuvarları ve gezici araçları da gözlemlenerek öğrenildi. İşyeri ortam ölçümlerinin, kimyasal ölçümler (gaz, toz, vs.), fiziksel ölçümler (hava akım hızı, termal konfor şartları, gürültü, titreşim, aydınlatma, vs.) ve biyolojik ölçümler (kan, idrar, SFT, odyometrik ölçümler) olduğu belirtildi. AB projelerinden İSAG projesi kapsamında İSGÜM binasının yenilendiği ve teknik cihazlar alındığı, işveren talebine bakılmaksızın

KOBİ'lere ücretsiz hizmet verildiği ifade edildi. Eğitim hizmetleri ÇASGEM tarafından verilmekle birlikte zaman zaman İSGÜM'den uzman desteği istendiği, tozla mücadele yönetmeliği kapsamındaki eğitimleri tamamen İSGÜM'ün verdiği, mobil hizmetlerin 2 adet Gezici İş Sağlığı İşitme Tarama Aracı, 2 adet GIS Tıbbi Laboratuvar Aracı ve 2 adet GIS Akciğer- Kalp Tarama Aracı ile verildiği öğrenildi. Sorunların neler olduğu sorgulandığında; kurumun bölgedeki 550-600 işyerine ancak ulaşabildiği, İSGÜM ile aynı hizmeti veren özel laboratuvarların olduğu, İSGÜM'ün denetim ve yaptırım gücü olmadığı, akreditasyon kapsamının bir gerekliliği olan müşteri bilgi gizliliği nedeniyle de ihbar hakkının olmadığı ve elektromanyetik alan ölçümleri yapılmadığı belirtildi. İSGÜM'de bir halk sağlığı uzmanının görev yaptığı öğrenildi, ancak kendisiyle görüşülemedi.

OSTİM Ziyareti

Ostim Bölge Müdürü Adem Arıcı tarafından karışılanan gezi ekibine şu bilgiler verildi: Ankara'da Organize Sanayi Bölgesi olarak bilinen, Ankara'nın en eski sanayi bölgesi olan Ostim'in adının açık hali Ortadoğu Sanayi ve Ticaret Merkezidir. OSTİM'de 17 ana sektörde (inşaat, metal, savunma sanayi vb.) faaliyet gösteren 5000 işletme ve 50.000 çalışan bulunuyor. KOBİ'lerden oluşan Ostim, 40 yılı aşan üretim tecrübesi ile yoğun ihracat yapıyor, 1967 yılında Küçük Sanayi Sitesi Yapı Kooperatifi adı altında kuruluyor. Çalışanların o bölgede oturabilmesi planlandığı için işyerleri, evler ve atölyeler birlikte yapılmış. Vizyonel bölge olması için kooperatifin talebi ile Sanayi Bakanlığı tarafından 1997 yılında Organize Sanayi Bölgesi Müdürlüğü haline getirilmiş ve yarı kamu yarı tüzel kişilik olarak ISO 9001, ISO 14001, ISO 18001 entegre yönetim sistemi uygulanıyor. İki bin yılından beri Organize Sanayi Bölgesi Müdürlüğü tüm belediye hizmetlerini, (temizlik, atık ve elektrik hizmetleri vb.) veriyor. Bölgeye örnek model olması amacıyla yasal sorumlulukları olmayan işler de yapılıyor. Bölgedeki firmalar küçük ve orta büyüklükte işletmelerden oluşuyor ve 5000 firmadan 4000 tanesinde çalışan sayısı 50'nin altında, ortalama ise 10-12 kişi. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile 2004 yılında protokol imzalanarak Ostim'de Bağ-kur, SSK, İş-kur gibi kurumların bulunduğu tek noktada merkezler oluşturulmuş ve böylece iş ve zaman kaybının önüne geçilmiş. Bu merkezlerin yer tahsisini Ostim, nitelikli eleman tahsisini kurumlar yapıyor. İş Sağlığı ve Güvenliği konusunda Ostim Merkezi İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri vermekte ve rutin kontrol istemekte fakat bunun yasal bir zorunluluğu yok. 2008 yılında Ostim tarafından

Almanya merkezli bir şirket ile Ortak Sağlık Merkezi kurma ve risk analizi yapma konusunda bir çalışma protokolü imzalanmasına karşın konu ile ilgili olarak firmaların bilinçli olmaması, yalnız kaza olduğunda konunun önemini anlamaları nedeniyle yürütülememiş. Çalışma Bakanlığı tarafından küçük işletmelerin yoğun olduğu yerlere yönelik model oluşturulmaya çalışıldığı da vurgulandı.

Sene başında gerçekleşen patlama konusunda üzerlerine düşenden fazlasını yaptıkları, temel sorunun firmaların duyarsız kalması olduğu ifade edildi. Ostim'de son 5 aylık dönemde, kaza sonrası dönemden itibaren koordinatörlük yapmakta olan İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı emekli Çalışma Bakanlığı Başmüfettişi Mehmet Gevrek konu ile ilgili proaktif çalışmanın öneminden söz etti. İş Kanunu'nun 81. maddesi hakkında bilgi (50 ve üzeri çalışanı olan işletmelerin İSG uzmanı ve işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu olduğu, çalışanların %10'unun ilkyardım kursu alması gerekliliği) verdi. İşyeri ruhsatlandırma görevinin Ostim Organize Sanayi Bölgesine ait olduğunu, ruhsat isteyen işyerlerine gidip yasal zorunlulukları teftiş ettiklerini ve fiziki kaza sebeplerini asgariye indirmeye çalıştıklarını belirtti. Ruhsatlandırma öncesi ön izlem yapıp önerilerde bulunulduğu, ancak ruhsat verildikten sonra rutin kontrol olmadığı öğrenildi. İşletmeye yaptırım uygulayan bir mekanizmanın olmadığı, işverenin talebinin ücretsiz hizmet olduğu ancak bunun da şu anda mümkün olmadığı ifade edildi. Şu an için Ortak İşyeri Sağlık Birimlerinin olmadığı, fakat projelerinin olduğu belirtildi. Ortak İşyeri Sağlık Birimi sistemine maliyetlerin yüksekliği nedeniyle 1000 firmadan yalnız 40'ının dahil olmak istediği belirtildi. Oluşturulacak sistemde 3 İSG uzmanı bulundurmak gerektiği ancak işlerin firmalardan toplanan aidatlarla yürütülmeye çalışılması nedeniyle sıkıntı yaşandığı bildirildi. Bu sistemin, Bakanlığın yasal zorunluluk haline getirmesi ve tercihe bırakmaması, tüm işletmelerin sisteme katılmak zorunda olması ile yürüyebileceği anlatıldı.

İşyeri Ziyareti -Borusan CAT

İşyerinde mühendis Ömer Demirkan tarafından bilgi verildi. İşyerinde 30 işçi çalışmakta ve iş makinelerinin tamir ve bakım işleri yapılmaktadır. Atölyede üretim yapılmıyor, motor tamirleri yapılıyor ve motorlar yüksek tonajlı vinçlerle kaldırılıyor. Bu vinçler kazalara karşı korunma amacıyla 3 ayda bir makine mühendisleri tarafından kontrol ediliyor. Forklift sistemi yılda bir kez makine mühendisi tarafından kontrol ediliyor. Vinçlerde son noktalarda switch düğmeleri bulunuyor. Çalışanlar ucu çelik ayakkabı-

lar giyerek, ayaklarına düşecek ağır parçalara bağlı kazalara karşı korunuyorlar. Motor tamiri sırasında motoru çalıştırarak kontrol etme gerekliliğinden egzoz gazı çıkış boruları ile çalışanların egzoz gazı solumalarına engel olunuyor. Motorlar yağ damlattığı için işyerinin zemini epoksi denen, yağı emmeyen ve kayıp düşmeleri engelleyen özel bir malzeme ile kaplı. Elektrik panolarında kaçak akım olduğunda sigortayı kapatan sistem mevcut. Topraklama, yılda 1 kez elektrik mühendisi tarafından kontrol ediliyor. Elektrik çarpmalarını önlemek için kaçak akım rölesi ve sigorta bulunuyor. Sorulan sorularla en sık iş kazasının elektriğe bağlı ortaya çıktığı, en sık sağlık sorununun kas iskelet sistemi rahatsızlığı (bel ağrısı, sırt ağrısı gibi) olduğu öğrenildi.

İş Yeri Ziyareti- Su Arıtma Sistemleri Yapan Kuruluş

İSG Uzmanı ile birlikte gidilen ikinci işyeri; 25 kişinin çalıştığı, bir işçinin daha önce bu atölyede iş kazası (parmak kopması) yaşadığı, su arıtma sistemleri yapan bir kuruluştur. İşyeri müdürü parmak kopması ile sonuçlanan kaza ile ilgili olarak "kaza sonrası yapılması gerekenlerin yapıldığını" ifade etti. Bu ifade bize aslında iş kazalarının önlenmesi için yapılması gerekenlerin kaza olmadan yapılması gerektiğini hatırlattı. İSG ile ilgili şu sorunlar gözlemlendi; kurumun girişinde seviye farkı nedeniyle uygunsuzluk, kesme makinesinde koruyucu parmaklığın olmaması, acil durdurma butonu bulunmaması, delme makinesinde acil durumlarda durmasını sağlayan koruyucu fotosel lamba olmaması, taşlama makinesinde gözlük kullanılması gerektiğine dair yazılı talimatlar bulunmaması, vinçte kanca mandalı olmaması... İşletmede çelik uçlu koruyucu ayakkabılar kullanıldığı ve basınçlı gaz tüplerinin ağızlarında alev tutucuların bulunduğu ise olumlu gözlemlerdi.

Türk Traktör Fabrikası Ziyareti

Fabrikanın İş Sağlığı ve Güvenliği yöneticisi Murat Can Ocaktan'dan fabrika ile ilgili bilgiler alındıktan sonra iş sağlığı birimi ziyaret edildi ve fabrika gezildi. Fabrika, Türk Otomotiv Sanayinin ilk fabrikası, 1952 yılında uçak motoru üretirken, 1954 yılında traktör üretmeye başlamış. 1962'de Fiat lisansı almış, %25'i halka arz edilmiş. 1998'den beri New Holland markalı traktör, 2003'ten beri de Case markalı tarım araçları üretiliyor. Üretim %60'ı iç pazarda sürülmekte, %40'ı ihraç edilmekte. 2010 yılında 28.348 traktör üretilmiş. ISO 9001, ISO 14001, ISO 2701 ve OHSAS 18001 belgelerine sahip fabrikada 1837 mavi yakalı, 379 beyaz yakalı, toplam 2216 işçi çalışıyor. Fabrika 80 dönümü kapalı olmak üzere 300 dönüm arazi üzerine kurulu, talaşlı imalat ve

montaj yapılıyor. İSG kurulu genel müdür başkanlığında, 2 işyeri hekimi, 1 işyeri hemşiresi, 1 İSG mühendisi, İnsan Kaynakları (İK) yöneticisi, sendika yöneticisinden oluşmakta olup her ay bir kez toplanmakta ve toplantı tutanakları çalışanlara duyurulmakta. Rutin İSG faaliyetleri: 1) risk analizleri, 2) saha denetimleri, 3) Ortam ölçümleri, 4) Eğitimler, 5) İş sağlığı çalışmaları. Çalışanların seçiminde "işe uygun eleman" prensibine göre hareket ediliyor ve Koç topluluğu zihinsel beceri testi, kişilik envanteri yönetici mülakatı, işyeri hekiminin işe giriş muayenesi aşamalarından geçen aday oryantasyon sürecine alınıyor. İş kıyafetleri ve kişisel koruyucu donanımları verildikten sonra temel İSG eğitimleri verilerek işe başlatılıyor. Verilen eğitimler İSG, yangın, ilkyardım, gürültü, ergonomi, hijyen, forklift operatör eğitimi, risk analizi eğitimi, risk analizi çalışmayı olarak tanımlandı. 2010'da 9525 işçi x saat eğitim verilmiş. Fabrikada yılda 4 kez gürültü ölçümü yapılıyor. Gürültülü işlerde (>85 dbA) işitme engelliler çalıştırılıyor. İşitme engellilerin forklift yaralanmalarını önlemek ve engelliliklerinin sürücü tarafından fark edilmesini sağlamak üzere farklı renkte iş giysileri ile çalıştırılıyor. İşyeri sağlık birimine en sık başvuru sebebi kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları. Fabrikanın İş Sağlığı ve Güvenliği yöneticisinin verdiği bilgilere göre 2010 yılında her 1 milyon iş saatinde 4,92, 2011 yılında ise 4,91 iş kazası meydana gelmiş ve 2010 yılında çalışılan her 100 saatte 0,058 saat, 2011 yılında ise 0,054 saat iş kazası nedeniyle kaybedilmiştir. Son 10 yılda yüksekten düşme nedeniyle 2 ölümlü iş kazası meydana gelen fabrikada en sık iş kazası ezilme ve kesiklerdir.

Metal Eşya Sanayicileri Sendikası'na (MESS) üye olan fabrikada yemekhane işleri taşeron firma tarafından karşılanıyor, portör muayeneleri yaptırılıyor ve kişisel dosyalarında saklanıyormuş. İşyeri sağlık birimi personeli: 2 tam zamanlı, 1 yarı zamanlı işyeri hekimi, 1 hemşire, 4 sağlık memuru, 1 laborant ve 7 teknisyenden oluşuyor. Fabrikada bir hasta nakil ambulansı var. Ziyaretçi yelekleri, kapalı burunlu ayakkabılar (açık ayakkabısı olanlar için) giyerek ve yaya şeritlerinden yürüyerek fabrika gezildi. İSG konusunda örnek teşkil eden fabrikalardan biri olduğu belirtilen fabrikada havalandırma sistemi olmadığı ve hava sirkülasyonu için çatıdaki camların kullanıldığı, gürültülü ortamlarda çalışanların, bazı makinaların sesini duymalarının gerekli olması nedeniyle, kulak tıkacı kullanmadığı gözlemlendi.

Sonuç ve Tartışma

Büyük bir kentte birinci basamak sağlık hizmetlerindeki değişim, birinci basamağın temel özellikleri

olan kapsayıcılık, erişilebilirlik, süreklilik, entegrasyon ve ilk başvuru yeri olması açısından değerlendirildiğinde olumlu değişimler var gibi görünse de pek çok olumsuzluk dikkati çekmektedir. Koruyucu hizmetlerin yapay olarak bireysel ve toplumsal olarak ikiye ayrılması ile oluşturulan farklı kurumlar (ASM ve TSM) nedeniyle birinci basamakta bu hizmetlerin bütüncül olarak sunulması ortadan kaldırılmıştır. Çevre sağlığı, okul sağlığı, okul aşıları gibi koruyucu hizmetlerin kimler tarafından verileceği ve nasıl denetleneceği de belirsizdir. Koruyucu hizmetlerle bütüncül olarak sunulması gereken sağaltım hizmetleri, bağlı nüfusun tümüne değil, başvurana sunulmaktadır. Basamaklı sevk sisteminin işletilmemesi nedeniyle, değişen birinci basamağın ilk başvuru yeri olarak kullanıldığı söylenemez. Sevk sisteminin olmaması hizmetin sürekliliğini engellemektedir; ancak bu engel olsa da AH'nin ve hekimlerin ifadeleri ile halkın en memnun olduğu özelliklerden biri aynı hekime ulaşabilmeleridir. Tabii bu süreklilik hekimin o nüfus ile çalışma süresine, yani sözleşme süresine bağlıdır. Örgütlenmenin bölge tabanlı değil nüfus tabanlı olması, kayıtlı nüfus özelinde gelene hizmet sunulması, tüm toplumun eşit düzeyde kapsanmasının önündeki en büyük engeldir. Sistem özelinde, AH başına düşen nüfusun fazlalığı ve iki kişilik ekip ile evde izleme dayalı koruyucu ve sağaltıcı hizmetlerin sunulması da olası değildir. Ekonomik erişim açısından şimdilik sorun yoksa da coğrafik erişim sıkıntı yaratmaktadır. Oransal olarak çok az olduğu ifade edilen farklı bölgelerde yaşayan nüfus yanı sıra bölge dışı nüfus ve mevsimlik işçiler açısından hizmete erişim sorunları bulunmaktadır. Sağlık hizmetinin kendiliğinden ya da davet üzerine kuruma gelene sunulması nedeniyle, sosyo-ekonomik, kültürel erişim sorunu yaşayan ve daha fazla hizmete gereksinimi olan nüfus hizmetten yeterince yararlanamamaktadır. Birinci ve ikinci basamak arasında entegrasyon olmadığı gibi birinci basamak kurumlar arasında da entegrasyon yeterli değildir. SGB, TSM, ASB, Sağlıkkevi, Sağlık İstasyonu gibi kurumların görev tanımları ile sorumluluklarında hala bir karmaşa olduğu görülmektedir. VSD ve AÇS-AP merkezlerinin sistem içindeki yeri ve rolü net değildir.

Değişen birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık çalışanları açısından değerlendirildiğinde; yöneticilerin bu sisteme geçiş konusunda kararlı olduğu ve sağlık çalışanlarının da değişen şartlara uyum sağlamaya çalıştığı gözlenmiştir. Ancak, ileriye göremedikleri için, ASM ya da TSM'lerde çalışan

tüm sağlık çalışanlarında gelecek kaygısı dikkati çekmektedir. Geçilen yeni sistemle birlikte hem yöneticilerin hem de sağlık çalışanlarının bir karmaşa içinde olduğu gözlenmiştir.

Hekimler iş tanımları her gün değiştiği, geçici görevlendirmelerle çalıştıkları yer ve yaptıkları iş devamlı değiştiği için, Aile Hekimliğini bir kurtuluş olarak düşünmektedir. Ancak taşların yerine oturması zaman alacaktır. Sağlık çalışanlarının bütün isteği huzurlu bir çalışma ortamı ve herkese eşit ve ücretsiz hizmet sunmakken, bu değişimin hekime ya da vatandaşa ne getirip ne götüreceği zamanla görülecektir.

Sistem içinde hizmete erişim sorunu yaşayan özellikli gruplarından birinin mevsimlik geçici tarım işçileri olduğu gözlenmiştir. İşsizlik ve yokluk nedeniyle düşük ücret ve sosyal haklardan mahrum olarak çalışmak zorunda kalan mevsimlik tarım işçileri evlerini bırakarak tamamen yabancı bir yerde birçok sıkıntı içinde yaşamakta ve çalışmaktadırlar. Gezici mevsimlik tarım işçilerinin yaşadıkları sorunlar; kalabalık-uygun olmayan araçlarla seyahatleri sırasında geçirdikleri trafik kazaları ile çalıştıkları yaz aylarında gündeme gelmektedir. Gündeme gelen sorunların çoğunluğu da yaşam koşullarına odaklanmakta, çalışma koşullarını göz ardı etmektedir. Oysa toplumun bu dezavantajlı grubu başta sağlık ve eğitim olmak üzere sosyal hizmetlere de ulaşamamaktadır. Gezici mevsimlik tarım işçiliğinin temel sorunu sosyo-ekonomik ve politik olmakla birlikte sosyal ve ekonomik boyutu ile ayrıntılı bir şekilde değerlendirmeye gereksinim duymaktadır. Gittikleri yerde en az altı ay kalan bu insanlar aile hekimleri olmadığı ve TSM'lerde de onlara düzenli hizmet verecek sağlık insan gücü bulunmadığı için yeterli ve düzenli sağlık hizmeti alamamaktadır. Polatlı ilçesi geçici tarım işçileri için en iyi olanakları sağlamaya çalışan bir ilçe olmakla birlikte, orada bile çözülmesi gereken pek çok sorun olduğu gözlenmiştir.

Toplumun dezavantajlı diğer grubunu 50'den az işçinin çalıştığı küçük ve orta büyüklükteki işletmelerde çalışan işçiler oluşturmaktadır. Bu işçiler işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerine ulaşamamaktadır. Ülkedeki işletmelerin ve çalışanların büyük çoğunluğunu barındıran küçük ve orta boyuttaki işletmelerin işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerine ulaşmalarını sağlayacak yasal düzenlemelerin yapılması gereklidir. Tüm çalışanların sağlık hizmetine ulaşımını sağlayacak yasal düzenlemeye

ek olarak yeterli ve etkili denetimlerin iş kazalarını azaltacağı açıktır.

Öneriler

Gözlemler ve görüşmeler sonucunda birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesine yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur.

Temel olarak;

Ücretsiz, sosyo-kültürel/coğrafik/örgütsel olarak ulaşılabilir, nüfusa ve bölgeye dayalı, kapsayıcı bir ekiple sunulan, bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti planlanmalı ve sunulmalı, "İş barışını bozan, görev istek ve motivasyonunu azaltan, ölçütleri yetersiz olan performansa dayalı hizmet anlayışından vazgeçilmelidir.

Değişen sistem özelinde;

- Sosyo-ekonomik durumu düşük, sosyal güvencesi olmayan ya da nüfus cüzdanı olmayan, bu nedenlerle liste dışında kalmış olan ya da listelerde bulunduğu halde hizmete ulaşamayan kişilere sağlık hizmeti ulaştırılmalı (bölge tabanlı hizmet, ev ziyaretleri),

- Bebek, çocuk, gebe, doğurgan çağ kadın, yaşlı, özürlü gibi risk grupları buldukları yerde değerlendirilmek ve izlemek amacıyla ev ziyaretlerine önem verilmeli,

- "Misafir hasta" tanımı tam olarak yapılmalı, bu kişilerin koruyucu ve sağaltıcı hizmetlere ulaşımı kişisel insiyatiflere bırakılmamalı, aldıkları hizmet bağlı buldukları ASM'ye ulaştırılmalı, bu konudaki gerekli düzenlemeler yapılmalı,

- Tüm AHB'lerde AP hizmetlerinin verilmesi sağlanmalı,

Toplumsal önemi nedeniyle veremle savaş AHB ile işbirliği içinde VSD'lerce sürdürülmeli, bunun için VSD'lere gerekli personel ve alt yapı sağlanmalı,

- Sağlık Grup Başkanlığı" ve "Toplum Sağlığı Merkezi" arasındaki yetki, görev ve sorumluluk açısından farklar tanımlanmalı, bu konudaki belirsizlikler ortadan kaldırılmalı,

- Farklı birinci basamak kurumları arasında (ASM, TSM, SGB) veri akışı sağlanmalı, verilere ulaşım şeffaf olmalı,

- İkinci, üçüncü basamakla birinci basamak arasında koordinasyon sağlanmalı, bunun için sevk sistemi ve geri bildirim sistemi oluşturulmalı,

- Sağlık evlerinin şu anki sistem içindeki yerleri ve görevleri tanımlanmalı,

- Toplum sağlığı merkezlerinin verilen görevleri yürütebilmesi için sağlık insan gücü planlaması yapılmalı,

- Aile hekimliği birimlerinde sunulan hizmetler için, nüfusa göre belirlenmiş, nitelik ve nicelik olarak yeterli sağlık personeli bulunmalı,

- Aile sağlığı elemanı olarak çalışan ebe, hemşire, sağlık memuru gibi çalışanların görev atamaları tam olarak yapılmalı, aldıkları eğitime uygun görevlendirilmeleri sağlanmalı,

- Aile hekimlerinin eğitim alma, izin kullanma ile ilgili sorunları yasal düzenlemelerle çözümlenmeli,

- Sağlık sisteminin temelini oluşturan sağlık çalışanlarına hem yöneticiler-denetleyiciler, hem de hizmet alan vatandaşlar tarafından hak edilen saygı ve değer teslim edilmeli, bunun gereği yapılmalıdır.

İş Sağlığı özelinde;

- Küçük ve orta boyutlu işletmelerde çalışanlara ek olarak gezici mevsimlik tarım işçileri de iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine ulaşımı sağlanmalı,

- İşçilerin büyük bir kısmını oluşturan ve zaten toplumun dezavantajlı grubunu oluşturan bu çoğunluğun iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yoksun bırakılması önleyen yasal düzenlemeler acilen hayata geçirilmeli,

- Çalışan sayısı elli ve altında olan işyerlerini de kapsayan, tercihe bırakılmayan bir düzenleme ile hizmetin kapsamı genişletilmeli,

- Gezici mevsimlik tarım işçiliğinde sorun yalnız işçilerin değişen yaşam koşulları değildir. Geçici göç ile binlerce kilometre yol yapan işçiler, tehlikeli iş olan tarım sektöründe ve kötü koşullarda, uzun süre çalışmaktadır. Hak kayıpları, çocuk işçiliği, sosyal hizmetlere ulaşamama gibi çok sayıda sorunu barındıran "sorun yumağı" halindeki gezici mevsimlik tarım işçiliğinin sorunları temel nedenlere odaklanarak çözüme ulaşabilir. Mevsimlik geçici tarım işçileri düşük sosyoekonomik yapıda, işsiz, niteliksiz ve eğitimsizdir. Sorunların temelinde de işçilerin bu yapısı yatmakta olup çözüm için temel nedenlere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Yaz aylarında çok sayıda insan gücüne gereksinim duyulan

mevsimlik tarım işleri için de, gezici tarım işçilerini gözeterek, tarımda verimliliği ve mekanizasyonu artıracak tarım politikaları hayata geçirilmelidir.

Görüşülen kişilerin dikkat çeken ifadeleri: “Sağlık Ocağı ana kucağı” (sağlık ocağında da çalışmış olan bir aile hekiminin dönüşümle ilgili görüşü sorulduğunda...)

“Hiçbir işçinin canı 300 bin TL etmez” (iş kazası nedeniyle ölen işçinin ailesine verilen tazminat sonrası ailenin üzülmemesi için gerekçe...)

“Türkiye’nin kendi aşısını üretecek teknolojisi, sermayesi ve bu işte çalışacak bilim adamı yok”
“Torpilin varsa ancak Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’nde

çalışabilirsin” (Halk Sağlığı uzmanlarına gereksinim olduğu söylendiğinde buna talip olduğumuzu belirtince...)

Teşekkür:

Bu gezinin tüm aşamalarındaki katkı ve desteklerinden dolayı Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ile TTB Halk Sağlığı Koluna,

TTB çalışanlarına,

Eğitim semineri çerçevesinde ziyaret ettiğimiz tüm kurum-kuruluşlara ve onların bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan çalışanlarına teşekkürü borç biliyoruz.

Katılımcılar:

Dr. Murat Aysin
Dr. Sema Çelik
Dr. Semiha Çelik
Dr. Müripide Demirhan
Dr. Behzat Can Demirkan
Dr. Mehmet Gezer
Dr. Sevil İkinci
Dr. Yunus Karadeniz
Dr. R. Azim Okyay
Dr. Selin Sağlam
Dr. Gülnur Saruhan
Dr. Mustafa Soner Yılmaz
Dr. Tuğba Sevim Yılmaz

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Danışman ve Eğitim Sorumluları

Prof. Dr. Reyhan UÇKU Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Yrd. Doç. Dr. Alpaslan TÜRKKAN Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.