

Fakülteler kitlendi, hastalar özele...



‘Tam Gün’ kararnamesi ile tıp fakültelerinde sağlık hizmeti durma noktasına geldi. Üniversite hastanelerinde hastaların tedavisi yarım kaldı, ameliyatlar durdu. Öğretim üyelerinin bir kısmı, KHK hükümleri nedeniyle, değil hasta bakmak reçete bile yazamıyor. Sağlık Bakanı Recep Akdağ ise çözümü özel hastaneler ya da Avrupa’da arıyor. 6➔

“Kamu Özel Ortaklığı, özel sektöre yeni bir kaynak transferidir”

Kanunsuzluğa, Hukuksuzluğa, Keyfilğe Son Verin!

Türkiye’nin çeşitli illerinde ihalesi bekleyen entegre sağlık tesisleri ile ilgili gelişmeleri Hekim Postası olarak yakından izlemeye devam ediyoruz. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Maliye Bölümü’nden Dr. Yiğit Karahanoğulları ile Kamu Özel Ortaklığı modelinin küresel sermaye hareketi, uluslararası ve ulusal ekonomik parametreler boyutları hakkında bir söyleşi gerçekleştirdik. 16➔

Hekimler ve sağlık çalışanları “Tam Gün” kölelik düzenlemesinin bu kez Kanun Hükmünde Kararname ile getirilmesini 17 Eylül 2011 tarihinde Sağlık Bakanlığı önünde yaptıkları basın açıklaması ile protesto ettiler. Hekimler soruyor: Doğuştan kazanılan en temel insan hakkı olarak sağlık hakkı nasıl olur da paraya endekslenir? Sağlık hizmeti nasıl olur da piyasaya yani paranın, kârın temel amaç olduğu bir işleyişe devredilebilir? Süreklilik arz eden son derece zor bir kamusal hizmet alanı olan sağlık hizmetlerinde çalışanlar nasıl olur da iş ve ücret güvencelerinden mahrum edilir? 6➔

Hastalar “müşteriydi”, şimdi de “ajan” oldu!

Sağlık Bakanlığı bir kez daha sağlık çalışanları ile hastaları karşı karşıya getirecek bir uygulamayı hayata geçiriyor. Uygulama çerçevesinde, kuruma başvuran hastalar hastanelerdeki her türlü olumsuz uygulamayı veya durumu “gönüllülük” ilkesi çerçevesinde Bakanlığın ilgili birimine ihbar edebilecek. 4➔

“Kırayı vermezseniz maaşlarınızdan keserim”

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, kamuya ait Aile Sağlık Merkezleri’nde hizmet veren aile hekimlerinden kira tahsiline başladı. Kira bedelleri aile hekimliğinin başladığı tarihten itibaren geçerli olmak üzere tek seferde istendi. Aile hekimleri ise kira bedellerinin yüksek olmasına ve uygulamaya tepki gösteriyor. 11➔

Hekimlere baskı, tehdit ve hukuksuzluk!

Muayenehanesi olan hekimlerin ikinci bir işte çalışması zorla engelleniyor. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü görevlileri muayenehaneleri basıp tutanaklar düzenliyor, hekimlere hastane idarelerinden tehdit telefonları yağıyor. İl Sağlık Müdürlüğü elemanları ajan gibi muayenehane tabelalarının fotoğraflarını çekiyor. 9➔

Şiddet sağlık çalışanlarını tehdit etmeye devam ediyor

Hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kaygı verici boyutlara ulaştı. Son olarak Adana’da bir kadın hekimin hasta yakınları tarafından ölesiye dövülmesi pes dedirtti. Adana’da görev yaptığı hastanenin acil servisinde hasta yakınları tarafından dövülen Dr. Fulya Kaya ağır yaralandı. 2➔

Meslek ve emek örgütleri 8 Ekim’de Ankara’da buluşuyor

DİSK, KESK, TMMOB ve TTBB; “İnsanca Yaşamı Savunuyor, Eşit, Özgür, Demokratik Bir Türkiye İstiyoruz!” sloganı ile 8 Ekim’de Ankara’da miting düzenleyecek. Miting saat 10.00’de Ankara Garı önünde başlayacak. Yapılan ortak açıklamada; geleceksizlik, işsizlik, sefalet ve adaletsizliğin giderek yaygınlaştığına, muhalif seslerin ise susturulduğuna dikkat çekilerek, temel haklarımızı ve insanca yaşamı savunmak için mitinge katılım çağrısında bulunuldu.

Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğü Aile Sağlığı Merkezlerini “Ticarethane” Olarak Gördüğünü Bir kez Daha Belgeledi

Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın bir demeci 10 Eylül 2011 tarihli gazetelerde yer aldı: “Öğretim üyesinin işi ticaret değildir!”. Doğru bir açıklama. Şüphesiz öğretim üyelerinin ticaretten farklı işler yapmaları beklenir. O zaman şu soru ortaya durmaktadır. Kimin işi ticarettir?

Örneğin Sağlık Bakanlığı'nın işi ticaret midir? Başka bakanlıklar ve özelleştirmeler, hatta “benim işim ülkemi pazarlamak” diyen Başbakanımız da tartışılabilir ama konumuz Sağlık Bakanlığı ile ilgili olduğuna göre sorumuzu bu bakanlığımız için soralım...

Bir zamanlar işçinin primleriyle edinilmiş çok değerli SSK arazilerini ve hastanelerini önce “hastaneleri tek elde topluyoruz” diyerek Sağlık Bakanlığı'na devredip sonra kamu özel ortaklığı modeli adı altında özel sektöre açmak bir nevi “ticaret” midir? Adını ne koyarsanız koyun usta bir manevra olduğu açık. “Ustalık dönemi”ne yakışır “ustalık eseri”.

Vatandaşın kamu hastanelerinde muayene başına 8 TL katkı payı alıp, performans adı altında yaklaşık 80 kuruşunu hekime vermek bir nevi “ticaret” midir? Açıkça bu da ustalık işi.

Bunlar tartışmalı diyebilirsiniz. Tartışmasız olanını Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün uygulamasında gördük. 14.9.2011 tarihinde İl Sağlık Müdürlüğü'nün web sayfasında “Aile Hekimliği Birimleri Kira Listesi” yayınlandı. Söz konusu listede aile hekimlerinden semte göre belirlenen katsayılar ile “ticarethane” gibi değerlendirilerek kira bedelleri isteniyor. Bu kira bedelleri hesaplanırken buralarda kamusal bir hizmet yürütüldüğünün, birinci basamak sağlık hizmetleri gibi halkın sağlığını doğrudan ilgilendiren

diren kritik bir iş yapıldığının hiçbir öneminin olmadığını görüyoruz. Bu listeyle kamu otoritesi “siz bir işyeri açmışsınız, semte göre, değerine göre kirasını ödersiniz. Bir kantin, bir market, bir otel, bir lokanta ya da bir bar, kamu binalarını kiralayınca nasıl, hangi kıstaslarla kira ödüyorsa siz de öyle ödeyeceksiniz” diyor. Sanki Cinnah Caddesi'nde aile sağlığı merkezi açınca Mamak'ta bir gecekondu mahallesine göre daha çok “işleyecek”, daha karlı olacak ve “dükkan” kirası da doğal olarak daha fazla olacak!

İşte bu birinci basamak sağlık hizmetlerinin hekimlere zorla özelleştirildiğinin bir ispatıdır. Evet, Sağlık Bakanlığı açıkça birinci basamak sağlık hizmetlerini bir işletme, bir “ticaret” işi olarak görmektedir. Bunu yaparken aile hekimlerinin bir fiil kullanmadığı, depo, koridor, park yeri, bekleme salonu gibi yerleri dahi hekimlere kiralamış gibi işlem yapmakta, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm yükünü hekimlere yıkmaktadır.

İşte size Sağlıkta Dönüşüm, işte size ustalık eseri...

Vatandaşlarımız aile hekimine giderken bir işletmeye gittiklerinin farkında mı? Aile fotoğraflarında yer açtıkları kişinin aslında bir “kiracı” olduğunu biliyorlar mı? Sanıyorum ki bilmelerinde fayda var. Bu değerli bilgiyi yurttaşlarımıza vermek, kamu otoritesinin böyle bir niyeti olmadığına göre, biz hekimlere düşüyor.



Dr. Bayazıt İlhan
Ankara Tabip Odası Başkanı
ilhanbayo@yahoo.com

Kahveci hasta yakınlarının saldırısına uğradı. Dr. Kahveci'nin burun kemiği, sağ el parmağı ve kaburgaları aldığı darbeler sonucunda kırıldı. İzmir'de Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Dr. Suat Seren

Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde asistan hekimler hasta yakınları tarafından darp edildi. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi Acil Servisi girişinde bir araya gelen hastane çalışanları saldırıları protesto ederek

artık bunların son bulmasını istedi. Tokat'ta ise Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde bir hemşire hasta yakınlarının saldırısına uğradı. Mersin'in Silifke ilçesinde, 112 Acil Servis istasyonunda görevli bir doktor,

solunum sıkıntısı çeken bir hastaya bakmak için gittiği vakada, alkollü bir şahıs tarafından darp edildi.

Hasta mahremiyeti tartışmaya açık hale mi geliyor ?

Hekim Postası

ODTÜ Teknokent araştırmacıları, Avrupa Birliği 7. Çerçeve Programı kapsamında yürütülen epSOS projesi kapsamında, Avrupa ve Türkiye gezilerinde rahatsızlanan kişilerin tedavileri için Türkiye ile Avrupa ülkeleri arasında hasta sağlık kayıtlarının karşılıklı paylaşımını sağlayacak altyapıyı kurmaya hazırlanıyor. Söz konusu sistem, Türkiye'de ve Avrupa ülkelerinde seyahat eden kişilerin, bu ülkelerdeki sağlık kuruluşlarına başvurduğunda

geçmişe dair tüm temel sağlık verilerine erişimi mümkün kılacak. AB Komisyonu tarafından desteklenen “Avrupa Hastalarına Yönelik Akıllı Hizmetler”in baş harflerinin bir araya getirilmesiyle adlandırılan epSOS'un ülke sistem sunucularından giriş yapan hekimler, hastanın kimlik numarası aracılığıyla Avrupa ülkesindeki bir hastanın sorgulamasını yapabilecek. SRDC Ltd. kurucu müdürü emekli ODTÜ öğretim üyesi Prof. Dr. Asuman Doğan, projenin ilk fazının 1 Temmuz 2008'de

12 Avrupa ülkesinin katılımıyla başladığını, ilk fazın toplam bütçesinin de 22 milyon Avro olduğunu; ikinci fazın ise 1 Ocak 2011'de başladığını belirtmişti. Toplam bütçesi 14 milyon Avro olan ikinci fazda aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 23 Avrupa ülkesi yer alıyor. 2013 yılı boyunca operasyonel pilot uygulama kapsamında tüm ülkeler tıbbi veri alışverişine başlayacak. Sistemdeki veri akışı operasyonlar, laboratuvar işlemlerinin sonuçları, tıbbi cihaz kullanım geçmişi, tansiyon ve kan şekeri gibi

temel fiziksel ölçümleri içerecek. 55 milyondan fazla vatandaşın sağlık kaydının sistemde yer alması çeşitli soru işaretlerini beraberinde getiriyor. Hasta bilgilerinin sadece tedavilerini yürüten hekimler tarafından mı görülebileceğine, ilgili sağlık kurumlarının yöneticileri veya bilgi işlem personeli tarafından da erişimin mümkün olup olmayacağına ilişkin net bir bilgi ise bulunmamakta.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bitmiyor!



Hekim Postası

Hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet kaygı verici boyutlara ulaştı. Son olarak Adana'da bir kadın hekimin hasta yakınları tarafından ölesiye dövülmesi pes dedirtti. Adana'da görev yaptığı hastane-

nin acil servisinde hasta yakınları tarafından dövülen Dr. Fulya Kaya ağır yaralandı. Kaya, hastanenin yoğun bakımında tedavi altına alındı. Dr. Fulya Kaya'nın elmacık ve sinüs kemiğinde kırıklar olduğu aldığı darbeler sonucunda gözünde ağır hasarlar olduğu öğrenildi. Trabzon'da Karadeniz Teknik

Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde görevli Dr. Ceren Konca, bir hastanın bastonlu saldırısına uğradı. Konca'nın kolu kırıldı. Uşak Devlet Hastanesi'nde psikiyatri uzmanı Dr. Sibel Kılınç hasta yakınlarının saldırısına uğradı. Kılınç'ın burnu kırıldı ve kafa travması geçirdi. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Dr. Mustafa Oğuz Cumaoğlu, hasta muayenesi yaptığı sırada, hasta yakınları tarafından darp edildi. Mersin'in Silifke İlçesi'nde 112 Acil Servis'te görevli doktorlar Feyit Yılmaz, solunum sıkıntısı çeken bir hastanın alkollü oğlunun saldırısına uğradı. Dr. Yılmaz, olay yerine geldiği ambulansla, Silifke Devlet Hastanesi'nde götürüldü. Boynunda ve başında darp izleri bulunan Yılmaz, tedaviye alındı. Kağızman Devlet Hastanesi Acil Servis doktorlarından Dr. Sinan

Ayyıldız Acil Servis'te görev yaptığı sırada ölü doğan bir bebek nedeniyle kadın doğum servisine çağırıldı. O sırada hastanede kadın doğum uzmanı olmaması nedeniyle görevi olmamasına rağmen bebeğin yanına giden Dr. Ayyıldız, tüm müdahalelerine rağmen bebeği kurtaramadı. Görev yerine dönen Dr. Ayyıldız'ın yanına hasta olduğunu söyleyen bir şahıs geldi ve muayene sırasında “nöbetçi doktor sen misin?” sorusuna evet demesi üzerine hekimin kafa bölgesine defalarca darp ederek kafatasının 2 yerden kırılmasına neden oldu. Olay burada da kapanmadı. Sonrasında acil kapısı önünde bekleyen 30 kişi kapıları kırarak hastanede bulunan tüm sağlık çalışanlarına saldırıda bulunmak istedi. Olay yerine gelen polis ekipleri saldırıyı uzaklaştırmakta zorlandı. Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi'nde Prof. Dr. Ramazan



Hastalar “müşteriydi”, şimdi de “ajan” oldu!

Sağlık Bakanlığı bir kez daha sağlık çalışanları ile hastaları karşı karşıya getirecek bir uygulamayı hayata geçiriyor. Uygulama çerçevesinde, kuruma başvuran hastalar muayene oldukları hastanelerdeki her türlü olumsuz uygulamayı veya durumu “gönüllülük” ilkesi çerçevesinde Bakanlığın ilgili birimine ihbar edebilecek.

Kansu Yıldırım

Sağlık Bakanlığı idare organizasyonunu değiştirecek “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile hastanelerde “gönüllü ajan” projesini uygulamaya koyacak. Sağlık emekçileri ile hastaları bir kez daha karşı karşıya getirecek bu uygulama çerçevesinde, kuruma başvuran hastalar muayene oldukları hastanelerdeki her türlü olumsuz uygulamayı veya durumu “gönüllülük” ilkesi çerçevesinde Bakanlığın ilgili birimine ihbar edebilecek.

2009 yılında da denenmişti

Gönüllü muhbirlik sistemi, Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından ilk kez 2009 yılında deklare edilmişti. O gün için projenin adı “Gönüllü Sağlık Gözlemcileri Projesi” idi. 2009 yılında bir gazeteye açıklamada bulunan Akdağ, uygulamanın öncü niteliğindeki detaylarını şu şekilde aktarmıştı: “Gözlemciler, en az 25 yaşında ve ilköğretim mezunu olacak. Devlet memuru olma şartları aranacak. Yani ağır ceza veya yüz kızartıcı suç işlememe ve kamu hizmetine engel hali olmama şartı aranacak. Bu gözlemcilere kimlik verilmeyecek. Kendilerini tanıtmaları yasak olacak. Gözlemci, kesinlikle kendini ifşa etmeyecek, gizleyecek. ‘Sağlık

Bakanlığı’nın gönüllü sağlık gözlemcisiyim’ derse aramızdaki sözleşme iptal edilecek. Önce web sitemizde ilana çıkacağız. Başvuruda bulunan kişileri, uzaktan eğitim modülleri ve doğrudan eğitim yoluyla eğiteceğiz. Eğitimin sonunda da yapacağız”.

Bugün ise uygulama güncellenerek, Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat taslağındaki düzenleme aracılığıyla yürürlüğe konacak. Taslakta yer alan “Sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmetin geliştirilmesi amacıyla Bakanlık, hizmetten faydalananların gönüllülük esasına göre yapacakları gözlemlerini değerlendirmek üzere gerekli düzenlemeleri yapar” maddesi “ajanlık” yani “muhbirlik” sistemine imkân tanıyor.

Soru işaretleri barındırıyor!

Uygulama, Bakanlık tarafından detayları daha sonra açıklanmak üzere, hastaların yaşadıkları sıkıntıların oluşturulacak ilgili kuruma veya telefon numarasına bildirmesine dayanıyor. Uygulamada “ajanın” ilgili ihbar birimine aktardığı bilgiler sonucunda sağlık görevlilerine ne tür cezalar verileceğine dair her hangi bir açıklama bulunmamakta. Ayrıca “ajan” niteliğindeki gözlemcinin hangi kriterlere göre ihbar mekanizmalarını çalıştıracığı açık değil.

TTB Merkez Konsey Üyesi Gülriz Ersöz: Etik ve bilimsel değil

2009 yılında da benzer bir proje gündeme gelmişti. O zaman da sağlık hizmetinin özellikli bir hizmet olduğunu belirterek denetiminin de özellikli olması gerektiğini, gerekli eğitim ve birikimi olmayanların denetleme yapamayacağını söylemiştik. Sağlık kuruluşlarında hastaların gerekli gördükleri durumlarda başvurabileceği oluşumlar zaten vardır. Bu oluşumların çalışmaları ile ilgili de sıkıntılar yaşanmaktadır. Çünkü hizmet sunumunu altyapı, istihdam ve çalışma koşulları dikkate alınmadan değerlendirebilmektedir. 25 yaş üstü olmak, yüz kızartıcı suç işlememek, devlet memuru olmak

sağlık hizmeti sunumunu değerlendirmeye yetmez.

Ancak sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında tedirginliğini artırır. Etik ve bilimsel açıdan uygun olmayan bu projede ısrar edilmemesini, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetinin niteliği konusunda bir kaygısı varsa, çalışanları potansiyel kusurlu kabul etmek yerine onların çalışma koşulları ve özlük haklarını iyileştirecek düzenlemeler yapması gerektiğini düşünüyorum.



TTB Merkez Konsey Üyesi
Gülriz Ersöz

SES Genel Başkanı Çetin Erdolu: Sağlık çalışanlarına daha fazla saldırı, daha fazla şiddet!

Sağlık Bakanlığı TeşkilatYasası’nı değiştiren ve işleyişini düzenleyen KHK ile devlet hastanelerindeki işleyişin denetlenmesi için hizmet alanlardan yararlanmayı öngören düzenleme de yapılıyor. Sağlık Dönüşüm Programı ile hizmet alanlara katkı ve katılım payları getiren, hizmeti büyük ölçüde özelleştirerek muayene ve tetkik fark ücretlerinin önünü açarak bunu meşrulaştıran hükümet, bugüne kadarki uygulamalarıyla hizmet alanlarla, hizmet verenleri karşı karşıya getirmiş, sağlık çalışanlarına yönelik saldırı ve şiddet olaylarında belirgin bir artışa neden olmuştur. Hizmetin kalitesini arttırmak

amacını taşıdığı ifade edilen bu açıklama bilimsellikten uzaktır. Bu saldırı ve şiddeti arttırmaktan öteye gitmeyecek bir uygulamadır. Sağlık hizmetinin niteliği, bu şekilde hizmetin yapısı hakkında bilgisi olmayan kişilere inceleme ve değerlendirme görevi vererek düzeltilemez. Olsa olsa bu olgu bir şikayet ve ispiyon olayına döner, yasal ve meşru sınırları zorlayan işleri yaptırmanın silahına dönüşür. Sağlık hizmetinin niteliği, hizmet verenlerle alanların katılacağı bir yönetim-denetim mekanizmasının işletilmesiyle, katılımcı bir yönetim biçimiyle düzeleceği düşüncesi ve inancındayız.

Emek ve hak mücadeleleri tarihine işyeri hekimliği büyütecileyle bakmak

HEKİMSİZ TIP TIPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI



Hekimsiz Tıp Tıpsız İşçi Sağlığı
Dr. Haluk Seçkin Başçıl
Ankara Tabip Odası Yayınları
Haziran 2011, 137 sayfa

Dr. Müge Yetener
mugeyetener@gmail.com

Uzmanlığını işçi sağlığı ve iş yeri hekimliği alanında seçmiş ve uzun yıllar bu alanda pratik ve teorik olarak çalışmış bir hekim olarak Haluk Başçıl, kitabında iş yeri hekimliğinin tarihine bakarken, zorunlu olarak dünya emek tarihine de bakmamızı sağlıyor. Neoliberal politikaların izdüşümü olarak oluşturulan post modern düşünce ve algılar, tarihin kendimizle başlayıp bittiği düşüncesiyle içinde bulunduğumuz vahşi sömürü düzenin geçmişle bağını koparttığı gibi gelecekle bağını kurmayı da engelliyor. Kitapta, işyeri hekimliğinin kurulma mücadelesinin, işçi sağlığı fikriyle birlikte geliştiğini ve hiç de kendiliğinden bir kazanım olmadığını görüyoruz. Üretim sürecinde hep var olagelen iş kazalarının ve meslek hastalıklarının “alın yazısı ve kader” olmaktan çıkıp, işverenlerinin sorumluluğunda “işçi sağlığı” fikrine evrilmesinin işçilerin ve ailelerinin yüzyıllar boyunca sürdürdükleri kanla bastırılan ve tekrarlayan isyanlar, kuşaktan kuşağa devredilen mücadele gelenekleri sonucu olduğunu görüyoruz. Yazar, kitap kenarlarına not etmiş olduğu işçi mücadelesinin önemli tarih ve köşe taşları ile okumayı canlı ve çarpıcı hale getirmiş. Ör-

neğin, 19. yüzyıl başlarında çocukların beş yaşında çalışmaya başlayıp günde 15-16 saat dokuma sektöründe ve madenlerde çalıştırılıyor olmaları gerçeğinden, iş yerinde mediko-sosyal servislerinin kurulması zorunluluğuna geçilebilmesinin henüz 1946 yılında mümkün olabildiğini görmek hak mücadelesinin uzunluğu ve niteliği hakkında fikir verebiliyor. Günümüzde tüm dünyada formel çalışma anlayışının esnekleştirildiği, atipik, informal çalışmanın kural haline getirildiği, taşeron çalışmanın yaygınlaştığı, işyerlerinin parçalanarak bölündüğü, kiralık işçi bürolarıyla işçilerin gittikçe daha güvencesiz ve daha az ücretle daha uzun süreler son derece olumsuz koşullarda çalıştırıldıkları bir süreci yaşamaktayız. Neoliberal dönemde, liberal kapitalist dönemin sömürü sistemini aratmayacak uygulamalarla ilkel birikim dönemine geri dönüş koşulları oluşturulmaktadır.

İşçi sağlığı ve güvenliği, iş yeri hekimliği ile ilgili tartışmalar ve yasal düzenlemeler de bu değişime paralel olarak şekillenmekte, “sağlık alanında reform” adı altında işçi sağlığının ve güvenliğinin tüm tarihsel kazanımları sermaye tarafından geri istenmektedir. Yazar, tüm dünyada işçi sağlığı ve iş yeri hekimliği uygulamalarının ortadan kaldırılmasına ve içinin boşaltılmasına yönelik “reform” uygulamalarını inceliyor ve Türkiye’deki uygulamalarla benzerliğe dikkat çekiyor. Yeni yasal düzenlemelerde; iş yeri hekiminin iş yükünün arttırılarak, çalışma ortamlarına ilişkin yapacakları koruyucu hekimlik uygulamalarına zaman ayıramayacak hale getirildikleri, öte yandan işçilerin sağlık kontrol periyot aralarının uzatıldığı, iş yeri hekimlerinin mesleki bağımsızlıklarının sınırlandırılarak, onların işverenin baskısına açık ve korumasız hale getirildiği, bireysel sağlık izleniminin belirsizleştirilip ortadan kaldırılmaya çalışıldığı vurgulanıyor.

Kitapta altı çizilen bir diğer önemli konu ise iş yeri hekimlerinin, işverenlerin bir projesi olan “iş sağlığı yönetimi”nin bir parçası haline getirilmesi çabaları.Bu risk yönetimi anlayışıyla, iş yeri hekimlerinin görevini, koruma-güvenlik teknik alanı ile sınırlamakta, koruyucu hekimlik anlayışıyla bağını koparmaktadır. Bu aynı zamanda, meslek hastalıklarının iş yeri ortamındaki sağlık risklerinin bir sonucu olarak geliştiği gerçeğini gözlerden saklamakta, meslek hastalıkları ile sağlık riskleri arasındaki neden sonuç ilişkisini gizlemektedir. Sosyal politikanın temeli olan işin işçiye uygun hale getirilmesi ortadan kaldırılmakta, işçi

işini sürdürdürebildiği sürece işçi kalmaktadır. Bu bağlamda hekimin rolü yeniden tanımlanmakta, sağlık kontrollerinin amacı; işçilerin sağlık durumlarına uygun işlerde çalışmalarının sağlanmasından, işçinin işe uygun olup olmadığının belirlenmesine doğru yönelmektedir. İşçinin işe uyumunun yeniden tanımlanmasından kasıt ise, işçinin işe ait sağlık riskleriyle işbaşı yapması ve bu risklere maruz kalmaya devam etmesidir. Yani ya işçinin sağlığının bozulması kabul edilecek ve çalışabilir kategorisine sokulacak, ya da işin içerdiği özel risklerden işçinin korunması amacıyla işte çalışmasının uygun olmadığına karar verilecektir.

ILO’nun istatistiklerine göre her yıl yaklaşık 2.3 milyon kadın ve erkek iş kazaları ya da meslek hastalıkları yüzünden hayatını kaybediyor.

İş kazalarından ölüm sayısı 360.000 iken, tedavisi olanaksız meslek hastalıklarından hayatlarını kaybedenlerin sayısı ise 1.950.000 dir. Üretimde kullanılan kimyasallar, hızlanan çalışma temposu, aşırı çalışma v.b gelişmelerle meslek hastalıkları tüm dünyada hızla artmaktadır. Her yıl sadece amyantın 100.000 kişinin ölümüne neden olduğu saptanmıştır. İşçilerin yaşamlarını kaybetmelerine neden olan etkenler içinde iş kazalarının oranı % 19, meslek hastalıkları ise % 81 dir.

Neoliberal dönemde de tıpkı liberal dönemde olduğu gibi sermaye, ağır bir ekonomik yük olarak gördüğü meslek hastalıklarından kurtulmak amacıyla iş yeri hekimliğinin etkinliğini azaltmak için yoğun ve sistematik bir çaba içindedir.

“İşçilerin yüzlerce yıldır sürdürdükleri daha iyi bir yaşam ve daha insani bir çalışma ortamı için yürüttükleri mücadele ve iş yeri hekimliğinin yarım yüzyılı biraz geçen varlığı, vahşi liberalizm nostaljilerine izin vermeyecektir.”



Dr. Müge Yetener

Fakülteler kitlendi, hastalar özele...

‘Tam Gün’ kararnamesi ile tıp fakültelerinde sağlık hizmeti durma noktasına geldi. Üniversite hastanelerinde hastaların tedavisi yarım kaldı, ameliyatlar durdu. Öğretim üyelerinin bir kısmı, KHK hükümleri nedeniyle, değil hasta bakmak reçete bile yazamıyor. Sağlık Bakanı Recep Akdağ ise çözümü özel hastaneler ya da Avrupa’da arıyor.

Hekim Postası

Tam Gün Yasası’nın yürürlüğe girmesiyle birlikte çok sayıda hekim muayenehanelerini kapatma, emekli olma veya istifa etme seçenekleri arasında bir seçim yapmak zorunda bırakıldı. Bazı öğretim üyeleri kamudaki görevlerinden istifa ederken, henüz bir karar almamış öğretim üyeleri ise KHK hükümleri nedeni ile hasta bakamıyor, ameliyat yapamıyor, tetkik istemiyor, reçete yazamıyor.

Bu durum, hekimlerin yanı sıra vatandaşı da mağdur etti. Devlet hastanelerindeki vatandaşlar randevu iptalleriyle karşı karşıya kaldı. Üniversite hastanelerinde hastaların tedavisi yarım kaldı, ameliyatlar durdu ya da ileri tarihlere ertelendi.

Sağlık Bakanı Recep Akdağ ise yaşanan bu sorunlara ilginç bir çözüm önerisi getirdi ve “Gerekirse hastalarımızı ambulans uçakla Avrupa’ya götürürüz” dedi. Bu süreçte mağdur olan hastalara sahip çıkılacağı iddiasında bulunan Akdağ şunları söyledi: “Biz ilgili hastalarımıza sahip çıkacağız. Onları kamuya ait diğer eğitim ve araştırma hastanelerinde ya da Türkiye’deki özel hastanelerde tedavi ettireceğiz, tedavilerini sonuna kadar takip



edeceğiz. İhtiyaç olursa bu hastalarımızı uçak ambulansa koyacağız, Avrupa’ya götürüp orada tedavi ettireceğiz.” Akdağ, üniversite hastanelerinde öğretim üyesi açığı oluşması durumunda ise hızlıca yeni öğretim üyesi kadroları tahsis edebileceklerini konu ile ilgili YÖK’e ve üniversitelere yazı gönderdiklerini söyledi. Akdağ, “Eğer bu yeni durumdan dolayı, bazı hocalarımızın ‘dışarıda çalışmayı tercih ediyorum’ demesinden dolayı hizmet açığı oluşuyorsa lütfen Sağlık Bakanlığımıza acilen bildirilsin” dedik. Biz bu hizmet açığını mutlaka kapatacağız. Nasıl kapatacağız? O üniversitemize aynı alanda ilgili mahareti olan bir doktor görevlendirmesi

yapacağız. YÖK ile de konuştuk. Gerekirse yeni öğretim üyesi kadroları da ihdas edeceğiz.”

ATO Başkanı İlhan: Üniversite hastanelerini çökertme operasyonu Akdağ’ın açıklamalarını değerlendiren Ankara Tabip Odası (ATO) Başkanı Bayazıt İlhan ise üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin hizmet vermektan alıkonmasının tıp eğitimi sürecini de olumsuz etkilediğini belirtti. Yapılmak istenenin ‘üniversite hastanelerini

çökertmek’ olduğuna vurgu yapan İlhan, şunları söyledi: “Sağlık Bakanlığı hekimleri de hastaları da mağdur etti. Sağlık alanında tam bir kaos yaşanıyor. Bakanlık bir yandan hekim yetersizliği iddiası ile yurtdışından hekim ithal etmeye çalışıyor, bir yandan yetişmiş hekimimizi hizmetten alıkoyuyor. Neden hastalarımız, tedavisi için yurtdışına, özel hastaneye gitsin? Hastalarımız neden yıllardır hizmet aldıkları üniversite hastanelerinden hizmet almasın? Bu tamamen, üniversite ve kamu hastanelerini çökertme operasyonudur. Hekim emeğini ucuzlatma çabalarıdır.”

Kanunsuzluğa, Hukuksuzluğa, Keyfiliğe Son Verin!

Hekimler ve sağlık çalışanları AKP hükümetinin Anayasa Mahkemesi ve Danıştay kararlarına rağmen, “Tam Gün” kölelik düzenlemesini bu kez Kanun Hükmünde Kararname ile getirmesini Sağlık Bakanlığı önünde yaptıkları basın açıklaması ile protesto ettiler. TTB’nin çağrısıyla 17 Eylül 2011 tarihinde TTB önünde toplanan hekimler ve sağlık çalışanları “Kanunsuzluğa, hukuksuzluğa, keyfi yönetime son” yazılı pankart açarak Sağlık Bakanlığı’na yürüdüler. Çeşitli illerden tabip odaları yöneticilerinin de katıldığı eyleme SES, Dev-Sağlık-İş, KESK, DİSK, TMMOB, Türk Hemşireler Derneği ile Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği üye ve yöneticileri de destek verdiler.

Sağlık Bakanlığı önüne gelindiğinde ise hekimler ve sağlık çalışanları “Burası Ticaret Bakanlığı” sloganları atarak AKP hükümetinin uyguladığı sağlık politikalarına tepki gösterdiler. Basın açıklamasına www.ato.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

TTB, KHK hakkında CHP’yi bilgilendirdi

TTB, KHK’nin hekimlerle ilgili hükümleri hakkındaki görüşlerini CHP ile paylaşarak, söz konusu hükümlerle ilgili Anayasa Mahkemesi’nde iptal davası açılması talebinde bulundu. CHP’nin sağlık kökenli ve hukukçu milletvekilleri, Tam Gün Yasası’nın Kanun Hükmünde Kararname ile yürürlüğe sokulmasını gündemine aldı ve ‘Tam Gün’ teklifi hazırlamak için komisyon oluşturdu. Komisyonunda yer alan milletvekilleri tarafından yapılan açıklamada, “CHP Tam Gün Yasası’na karşı olmadı ama AKP’nin yaptığı düzenlemelerin gerçek Tam Gün ile alakası yok, sadece isim benzerliği var. O yüzden biz gerçek bir Tam Gün yasa teklifi hazırlamaya karar verdik. Biz hekimlerin tam süreyle çalışmasına karşı değiliz. Hekimler tam süreli çalışmalı ama uygun bir maaşla, insani çalışma koşulları ile. AKP’nin Tam Gün’ü insani çalışma koşulları sağlamıyor, biz buna karşı çıkıyoruz” denildi.

Hekimler ve sağlık çalışanları ne diyor?



D r. Güzide Elitez: Son derece hukuksuz

Tam Gün’ün Kanun Hükmünde Kararname şeklinde çıkarılması son derece hukuksuz bir uygulama, öncelikle bunu protesto ediyoruz. Hekimlerin serbest çalışmasının önündeki engellerin, özellikle mesleği serbest olarak uygulamanın engellerin kaldırılmasını istiyoruz.

D r. Derviş Gazitepe: Özlük haklarımız elimizden alınıyor

Böyle bir yasanın kanun hükmünde kararnameyle çıkartılması, mecliste görüşülmeden, hiç kimseye danışılmadan çıkarılması kabul edilemez. Hekimlerin özlük hakları elinden alınıyor.

D r. Ersin Çağırğan (Denizli Tabip Odası Başkanı): Örgütlü mücadele gerek Çıkaracakları son Kamu Hastane Birlikleri yasasıyla sağlığı tamamen ticari alana açacaklar. Son iki üç yıldır özellikle

ortaya çıktı ki, tek örgütümüz Türk Tabipleri Birliği ve tüm hekimlerin bu çatı altında örgütlü bir güç olarak bu politikalara karşı durması lazım. Bunun önemi, anlamı bugün çok daha iyi ortaya çıkmış durumda. Herkese buradan söyleyeceğimiz en güzel şey, Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları çatısı altında bütün gücümüzle bu politikalara karşı durmalıyız, destek olmalıyız.

D r. Ümit Nurhan: Halkın desteğine ihtiyacımız var

Burada kanunsuzluk var. Türkiye’de bir kanunsuzluk her alanda. Tabii bu konuda halkın desteğine ihtiyacımız var. Çünkü biz sonuçta halkın sağlığı için yürüyoruz, halkın sağlığı daha iyi olsun diye bu işleri yapıyoruz. Halk buna sahip çıkması gerekiyordu düşünüyorum. Biz örgüt olarak kendi haklarımız yanı sıra hasta hakları ve toplum sağlığına sahip çıkıyoruz.

M uzafer Yüksel (SES Adana Şube Başkanı): Kölelik düzenine karşıyız

Sağlık iflasın eşiğine doğru gidiyor. Uygulamalar özelleştirmenin ta kendisi. Tam Güne bu insanların hiçbirisi karşı değil, biz karşı değiliz. Ama köle düzeni şeklinde çalışmaya da karşıyız.

S inan Sevimli (SES Adana Şube Örgütlenme Sekreteri): Sesimizi duymak zorundalar

Sağlık Bakanlığı’nın söylediği gibi, marjinal birkaç kişilik bir örgüt değil burası, bu ülkenin hekimleri seslerini duyuruyorlar, duyuracaklar, birileri de duymak zorunda kalacak.

D r. Serdar Koç: Hekimler Arasında sahte düşmanlıklar yaratıyorlar

Kanunsuz, hukuksuz, temel insan hak ve özgürlüklerini hiçe sayan, ben yaptım oldu zihniyeti bu. Kararnameye çıkartmışlar, muayenehaneleri yok sayıyorlar. Ne zaman kapatacak adam muayenehanesini, ne zaman önlemini alacak, ne zaman vergiyle bağını kesecek? Hiçbir süre vermiyor. İşte bu süreçte meslek dayanışması, sınıf dayanışması çok önemli. Hekimlere bakıyorsun; üniversitenin sorunlarına pratisyen hekim kulağına tıkıyor, aile hekiminin sorunlarına bakıyorsun, uzman hekim kulağını tıkıyor. Hastanede ki sorunlara dönüyoruz; birinci basamak hekimleri kulağını tıkıyor, yani hekimler de birbirinden yalıtılmış vaziyette. Hemşirenin sorunu ayrı, hekimin sorunu ayrı ya da başka bir sağlık çalışanının sorunu ayrıymış gibi algılatmaya çalışıyorlar ve sahte düşmanlıklar yaratıyorlar. Oysa sorun ortak, mesleki onurumuza birlikte sahip çıkmamız lazım.

D r. Lütüfi Bay (Gaziantep Kilis Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi): Bu süreci halka iyi anlatmamız gerek

Sağlıkta dönüşümle beraber zaten Sağlık Bakanlığı kararını vermiş, muayenehane hekimliğine karşı savaş ilan etmişti. Bunu gerçekleştirmenin yollarını yıllardır basamak basamak uyguladılar. Bunların birçoğu Anayasa Mahkemesi'nden, Danıştay'dan geri döndü. 26 Ağustos'ta alınan son karar, Adalet Bakanlığı'nın teşkilat yapısıyla ilgili ortaya konulan Kanun Hükmünde Kararname'nin içine konulan 5-6 maddeyle sağlık çalışanlarının muayenehane açması önündeki tüm imkanlar kapatılmış oldu. Bu süreci halka iyi anlatmamız gerekiyor. Halk, hekime yapılan haksızlıkları sanki kendi çıkarınaymış gibi değerlendiriyor. Hekim sıkıştırıldığında kendisine yapılacak olan hizmetlerin artacağını sanıyor. Aslında bizim halkımız hastaneye gidip görünmeyle muayene olduğunu sanıyor. Aslında gerçek muayene olmuyor. Normal standart bir muayene 15-20 dakika sürecekken, devlet hastanelerinde 2-3 dakikayla, sadece görmeyle, yani yüzüne bakmayla sağlık hizmeti veriliyor. Bunun anlaşılması tahmin ediyorum epey yıllar alacak. Ama anlaşıldığında bunun en çok zararını yine sağlık hizmeti talep eden halkımız çekecek.

D r. Nuh Demirtaş: Ucuz işgücü elemanı olmak istemiyoruz ve olmayacağız

Hükümetin uyguladığı politikalar tamamen tribünlere oynama amacı güdüyor. Bakanın dediği gibi, 'muayenehaneleri kapattık, halkımız rahat etsin' değil mesele. Biz gerçekten Tam Gün tek bir işte ve mesleki geleceğimizi garantiye alacak bir ortamda çalışmak istiyoruz. Ama bu yeni dayatılan, özellikle şu son kanun hükmünde çıkarılan kararnameyle hekimle-

re çok büyük bir adaletsizlik yapılmıştır. Sadece hekimleri değil, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ni yok sayan bir anlayıştır bu. Hükümete şunu söylüyoruz: Elinizde zaten çoğunluk var, niye mecliste tartışmadan, görüşmeden böyle bir şeyi çıkarıyorsunuz? Tabii bunlar sağlıkta dönüşüm programının parçaları. Bu parçaları tamamlamak istiyor hükümet ve bizleri sözleşmeli, güvencesiz çalıştırmak istiyor. Biz ucuz işgücü elemanı olmak istemiyoruz ve olmayacağız. Biz gerçekten hekimlik yapmak istiyoruz, hekimlik mesleğimizi onurumuzla yapmak istiyoruz.



D r. Ömer Eşki (Adana Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi): Sağlık paralı hale gelecek

Hükümette iki mantık hakim. Biri kervan yolda düzülür. Diğeri, ben yaptım oldu. Bu kabul edilebilir bir durum değil. Sağlık çok ciddi bir alandır. Bir ülkede sağlıkla,

eğitimle oynarsanız, ülkenin uzun vadedeki çıkarları açısından çok ciddi sorunlarla karşılaşsınız. Ama bu hükümetin bunu anlayacak kapasitesi yok. Vatandaşta kısmi bir memnuniyet hali var, bunu da kabul etmek lazım ama bu göreceli bir memnuniyet. Yani bu işin sonu paralı sağlığa dönüştüğünde bitecek bu memnuniyet. Yani devlet elini sağlıktan çekip, sağlığı bir hak olmaktan çıkarıp, parayla satın alınabilir bir hizmet haline getirmeye çalışıyor. Bu çok tehlikelidir, yani paralı olmayan insanlar o zaman sağlık hakkına nasıl erişecekler?

Biz Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları aktivistleri olarak sağlığın eşit, ulaşılabilir, ücretsiz bir kamu hizmeti olması gerektiğini ve böyle kalması gerektiğini savunuyoruz. Bir yandan sosyal devlet olduğunu iddia edenlerin, sosyal devletin olmazsa olmazlarından biri olan sağlık hakkını bu şekilde gasp etmeye çalışmaları anlamlı bir durum değil. Bundan bir an önce vazgeçmeleri gerekiyor. Bütün çabamız ve mücadelemiz bu doğrultuda. Bu yanlış uygulamalara son verilip, daha hukuksal, daha sosyal, daha eşitlikçi bir sağlık politikası ve yapılanmasına gitmek gerekiyor. Hekim hakları açısından baktığımızda ise hekimlerin görev, yetki ve sorumlulukları, mesleki bağımsızlıkları çok önemli. Bunlara dokunmamak gerekiyor. Bir hekim mesleğini özgürce yapabilmeli ve bunun önündeki kısıtlayıcı engeller kaldırılmalı. Bunlara da dikkat etmek gerekir. Hekimlere insan gibi yaşayabilecekleri, hem ekonomik, hem sosyal koşulların sağlanması gerekiyor. Bu şartlar altında hekimlik yapmak da çok zor gerçekten. O yüzden hem hekim açısından, hem halk açısından yasal düzenlemelerin daha dikkatli ve daha doğru biçimde yapılması gerekiyor.

Hekimlere baskı, tehdit ve hukuksuzluk!

Hekim Postası

Muayenehanesi olan hekimlerin ikinci bir işte çalışması zorla engelleniyor. Anayasa Mahkemesi ve Danıştay kararlarını hiçe sayan bir kanun hükmünde kararname ile kamuda çalışan hekimlerin ikinci bir işte çalışmaları yasaklandı. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü görevlileri ise muayenehaneleri basıp tutanaklar düzenliyor, hekimlere hastane idarelerinden tehdit telefonları yağıyor. İl Sağlık Müdürlüğü elemanları ajan gibi muayenehane tabelalarının fotoğraflarını çekiyor. Son olarak Ankara İl Sağlık Müdürü Mustafa Aksoy imzasıyla 7 Eylül 2011 tarihinde muayenehanesi olan öğretim üyelerine bir yazı gönderildi ve "emekli olun, istifa edin, ücretsiz izin alın ya da hastanede sağlık hizmeti üretmediğinizi derhal belgeleyin" denildi. Yazıda, aksi takdirde muayenehanelerin ruhsatının iptal edileceği tehdidi savruldu.



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan bir grup öğretim üyesi: 'Sağlık Bakanlığı ile Yapılan İşbirliğinden Mutlu Değiliz'

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kiralık olarak bulunduğu Altunizade'deki Hastanesinden depreme dayanıksız olması gerekçesi ile çıkarılarak Sağlık Bakanlığı'nın Pendik'teki hastanesine 2010 yılı sonbaharında taşınmıştır. Marmara Üniversitesinin Maltepe/Başbüyük'teki kendi hastanesi ise 18 yıldır halen bitirilmeyi beklemektedir. Bu taşınma ile Marmara Üniversitesi Rektörlüğü ve Sağlık Bakanlığı işbirliği başlamıştır. Bu işbirliği 8 Şubat 2011 de yayınlanan "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile Üniversitelerin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımına ve İş Birliğine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" ve 4 Mayıs 2011 tarihinde imzalanan "İstanbul Valiliği ve Marmara Üniversitesi arasında Sağlık Bakanlığına ait Sağlık Tesisinin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Protokolü" çerçevesinde yürütülmektedir. Bu işbirliğinde Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Sağlık Bakanlığı tarafından işletilmesi, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin ise üniversite öğretim üyeleri tarafından yapılması öngörülmektedir. Protokol, öğretim üyelerinin tüm özlük haklarının üniversite mevzuatına göre yürütüleceğini belirtmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından taşınma öncesi verilen sözler tutulmamakta ve protokola uyulmamaktadır. Taşınma öncesi modern bir hastane sözü verilmesine rağmen halen ameliyathane, radyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi gibi hastanenin birçok bölümü eski Marmara Üniversitesi Hastanesinden taşınan cihazlar ile yürütülmeye çalışılmakta veya hiç faaliyet göstermemektedir. Hastane için alınması gereken tıbbi cihazların ihaleleri aradan geçen yaklaşık bir yılda yapılmamış durumdadır. Tıbbi sarf malzeme alımları yeterli miktarda yapılmamış olduğundan ameliyathaneler ve ve servisler eksik ve nitelsiz malzeme ile yürütülmeye çalışılmaktadır. Hemşire ve personel kadrolarındaki eksiklikler nedeni ile servisler ve ameliyathaneler tam kapasite ile çalışmamaktadır. Bu aksaklıklara rağmen öğretim üyeleri, asistanlar ve diğer sağlık personeli özverili çalışmalarını sürdürmekte ve hastanenin poliklinikte bakılan hasta sayıları ve ameliyat sayıları artmakta, acil servis hizmet vermeye devam etmektedir.

Bir Üniversite Hastanesinin en önemli görevi eğitim ve araştırma iken Sağlık Bakanlığı bu hastaneyi bir hizmet hastanesi olarak görmek ve buna zorlamaktadır. Artan iş yükü ve uygulanan performans sistemi tüm eğitim hastanelerinde olduğu gibi eğitimi ve sağlık hizmetinin niteliğini olumsuz olarak etkilemektedir.

Döner sermaye üniversiteye bağlı iken araştırma fonuna aktarılan para uzun süredir aktarılamadığı için araştırma fonu üniversitenin hiç bir bilimsel faaliyetini destekleyememekte, asistan tezleri için bile destek sağlayamamaktadır. Yapılan protokolda araştırma fonunun desteklenmesi konusunda anlaşılmasına rağmen bakanlık bu konuda yeterli duyarlılığı sergilememektedir. Yaşanan tüm bu olumsuzluklar öğretim üyelerini olumsuz etkilemekte ve çalışma motivasyonlarını her geçen gün düşürmektedir.

Protokol, öğretim üyelerinin tüm özlük haklarının üniversite mevzuatına göre yürütüleceğini belirtmesine rağmen bakanlık bu maddeyi de görmemeyi tercih etmektedir. Tam gün yasasını bakanlık kurallarına göre uygulamaya çalışması yargı tarafından engellenmiş ve öğretim üyelerinin mesai sonrası çalışmalarının önünü açmıştır. Aynı şekilde döner sermaye/performans ödemelerinin de üniversite mevzuatına göre değil de bakanlık mevzuatına göre yapılması konusundaki direktmesini sürdürmekte ve anlaşmazlığı yargı kararı olmadan çözmeye yanaşmamaktadır.

Sağlık Bakanı basınla her buluşmasında Marmara Üniversitesi öğretim üyelerinin çok mutlu olduğunu ve tüm üniversitelere aynı modelin uygulanmasının gerekli ve uygun olduğunu vurgulamaktadır. Biz aşağıda imzası bulunan Marmara Üniversitesi öğretim üyeleri ise "Hayır Sayın Bakan, bizler bu işbirliğinden mutlu değiliz" diyoruz ve bir an önce kendi Üniversite Hastanemize geçme arzusunda olduğumuzu belirtiyoruz.

Meclis iradesi yok sayıldı

Otoriter yönetim anlayışının bir ürünü olarak görülen ve toplumun muhalif kesimlerince sıklıkla eleştirilen KHK'ler yine devrede. 650 sayılı KHK yoluyla "Tam Gün" uygulamasını yeniden gündeme getiren hükümet tarafından, önceki yargı kararları yok sayılarak TBMM by-pass ediliyor.

Hekim Postası

26 Ağustos 2011 tarihinde yürürlük kazanan 650 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile "Tam Gün" uygulaması yeniden gündeme getirildi. İl Sağlık Müdürlüğü görevlileri kamu görevi yanında muayenehanesi olan veya özel sağlık kuruluşunda da görev yapan hekimlere yönelik kimi sözlü istem ve direktiflerde bulunuyor.

Bir darbe klasiği: KHK

KHK hukuk sistemimize, 12 Mart darbesi sonrası, 1971 Anayasa değişikliği ile girdi. Otoriter yönetim anlayışının ve "ferman padişahıdır" kültürünün bir ürünü olarak görüldü ve eleştirildi. Bugüne kadar hemen hemen bütün iktidarlar tarafından kullanıldı. Yasama yetkisi; en genel ifadesi ile "kanun koymak, değiştirmek, kaldırmak" yetkisi olarak tanımlanıyor. Anayasa'nın 7. maddesi ise "Yasama yetkisi; Türk milleti adına Türkiye Büyük Millet Meclisi'nindir. Bu yetki devredilemez" diyor. Öte yandan, Anayasa'nın 91. maddesi uyarınca TBMM tarafından Bakanlar Kurulu'na KHK çıkarma yetkisi verilebiliyor. KHK; kural olarak acil ve önemli durumlarda yürütme erkinin kanun hükmünde düzenleme yapma olanağı elde ettiği bir yürütme işlemi.

KHK ne getiriyor?

Anayasa Mahkemesi ve idari yargı organlarının bilinen kararları sonucunda, 5947 Sayılı Tam Gün Yasası'nda (hekimler lehine) oluşan boşlukları yeniden dolduruyor. Yani siyasi iktidar, yargı kararlarını tanımadığını gösteriyor. Bir anlamda, TBMM iradesi by-pass ediliyor! Kamu sağlık kuruluşlarında 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası'na tabi olarak görev yapan hekimlerin, mesleklerini ayrıca icra etme hakkını kesin olarak yasaklıyor. Bu amaçla; 657 Sayılı Yasa ve 1219 Sayılı Yasa'da yeni düzenlemeler yapıyor 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası m. 28'e eklenen hüküm; "Memurlar, mesleki faaliyette veya serbest meslek icrasında bulunmak üzere ofis, büro, muayenehane ve benzeri yerler açamaz; gerçek kişilere, özel hukuk tüzel kişilerine ve kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ait herhangi bir işyerinde veya vakıf üniversitelerinde çalışamaz".

Hatta; "insani ve sosyal amaçlı gönüllü çalışmalar" dahi artık "kurumundan izin almak" koşuluna bağlı kılınıyor! Meslek kuruluşlarında yönetim, denetim ve disiplin kurulu

üyelikleri dışındaki çalışmalar dahi fiilen yasaklanıyor! 1219 Sayılı Yasa'nın 12. maddesine de, Anayasa Mahkemesi kararı ile oluşan boşluğu gidermek adına- 657 Sayılı Yasa'nın değiştirilen söz konusu 28. maddesi, şimdi yeni bir kural/engel olarak monte ediliyor. Üniversitelerde (2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'na tabi) çalışan öğretim üyesi hekimlerin; mesai saatleri dışında mesleklerini ayrıca icra etme hakkını, yüksek öğretim kurumunda "yalnızca eğitim ve araştırma faaliyetinde bulunmak ve döner sermaye geliri elde edilen hizmetlerde çalışmamak" koşuluna bağlı kılıyor.

Bu amaçla; 2547 Sayılı Yasa'da da değişikliğe gidiliyor. Mesleğini ayrıca icra eden öğretim üyesi hekimlerin; rektör, dekan, müdür, bölüm başkanı, anabilim dalı başkanı, başhekim olma hakkı da engelleniyor. Geçici bir madde ile yükseköğretim kurumlar dışında meslek icra etmek isteyen hekimlere 2 yıla kadar ücretsiz izin hakkı veriliyor.

926 Sayılı TSK Personel Kanunu ve 2955 Sayılı GATA Kanunu'nda değişikliklere gidilerek, aynı yasak ve koşulları askeri hekimler için de yürürlüğe konuyor.

Ancak; bu yeni düzenlemelerin yürürlük tarihini, KHK'nin Resmi Gazete'de yayım tarihi (26.08.2011) olarak öngördüğü gibi; her hangi bir uyum/geçiş hükmü ise içermiyor!

Bu nedenle, binlerce hekim bir anda "yasadışı çalışan" konumuna sokulmuş oluyor!



Ankara Sağlık Müdürlüğü aile hekimlerinden 'haraç' keser gibi kira topluyor "Kirayı vermezseniz maaşlarınızdan keserim"

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, kamuya ait Aile Sağlık Merkezleri'nde hizmet veren aile hekimlerinden kira tahsiline başladı. Kira bedelleri aile hekimliğinin başladığı tarihten itibaren geçerli olmak üzere tek seferde istendi.

Hekim Postası

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Sağlığı Merkezleri'ne dönüştürülen sağlık ocaklarında faaliyet gösteren aile hekimlerinden yüksek rakamlarda kira istedi. Müdürlük, aile hekimlerine "Aile Sağlığı Birimi, Aile Sağlığı Merkezi ortak alanı ve taşınır malzeme kullanım bedellerinin maaşımdan kesilmesini kabul ve taahhüt ederim." yazılı bir taahhütname imzalatıyor. Kira bedellerinin ise aile hekimliğinin başladığı tarihten itibaren geçerli olmak üzere tek seferde istendi. Tüm kira bedeli ise aile hekimlerinin 2011 Aralık maaşlarından kesilecek.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan duyuruda şöyle denildi: "İlimizde 15 Temmuz 2010 tarihi itibarıyla Aile Hekimliği Uygulaması başlamıştır. 15 Haziran 2011 tarihinde yayınlanan, Strateji Geliştirme Başkanlığının 2011/43 sayılı Genelgesi doğrultusunda; Aile Sağlığı Merkezlerinin kiralama bedelleri İl Sağlık Müdürlüğü Döner Sermaye İşletmesi İşleri İle İlgili Şube Müdürlüğü tarafından tahsil edilecektir. Bu işlem için Müdürlüğümüzde bir komisyon oluşturulmuş olup, Komisyon tarafından ilgili ASM'lerde çalışan hekimlerle kira kontratları imzalanacaktır. Kira kontratlarının imzalanmasını takiben Aile Hekimlerinin 2011 Ekim ayı maaşlarından 3,5 aylık kira bedelinin tamamı tahsil edilecektir. (15 Haziran 2011 - 30 Eylül 2011 arası.) 15 Temmuz 2010

ile 15 Haziran 2011 tarihleri arasındaki 11 aylık kira bedelleri ise Ankara Defterdarlığı Milli Emlak Müdürlüğü tarafından tamamı tek seferde olmak üzere tahsil edilecektir. Bu tahsilatın 2011 Aralık maaşlarından yapılmasının, ilgili kurum tarafından planlandığı öğrenilmiştir. Aile hekimleri tarafından kiralanan, ancak müdürlüğümüze ait demirbaş malzemeleri kullanan aile hekimlerinden ise sadece demirbaş malzeme kullanım kira bedelinin tahsilatı yapılacaktır."

Kira bedelleri ASM tadilatlarına harcanacakmış!

Ankara İl Sağlık Müdürü Mustafa Aksoy, aile hekimlerinden alınacak kira ile buraların boya, onarım gibi temel tadilatlarını yapacaklarını söyledi. Aksoy şunları söyledi: "Biz aile hekimlerimizle kira-ev sahibi ilişkisi içinde olacağız. Onlardan alınacak para yine onların ihtiyaçları için harcanacak. Binaların boyaları, tadilatı buradan gelecek paralarla yapılacak."

İtirazlara ATO'dan destek

Aile hekimlerinden istenen kira bedellerine itiraz etmek isteyen hekimler için ATO Hukuk Bürosu çalışmalarını sürdürüyor. İtiraz dilekçelerine <http://www.ato.org.tr/duyurular/detay/79> adresinden ulaşabilirsiniz.

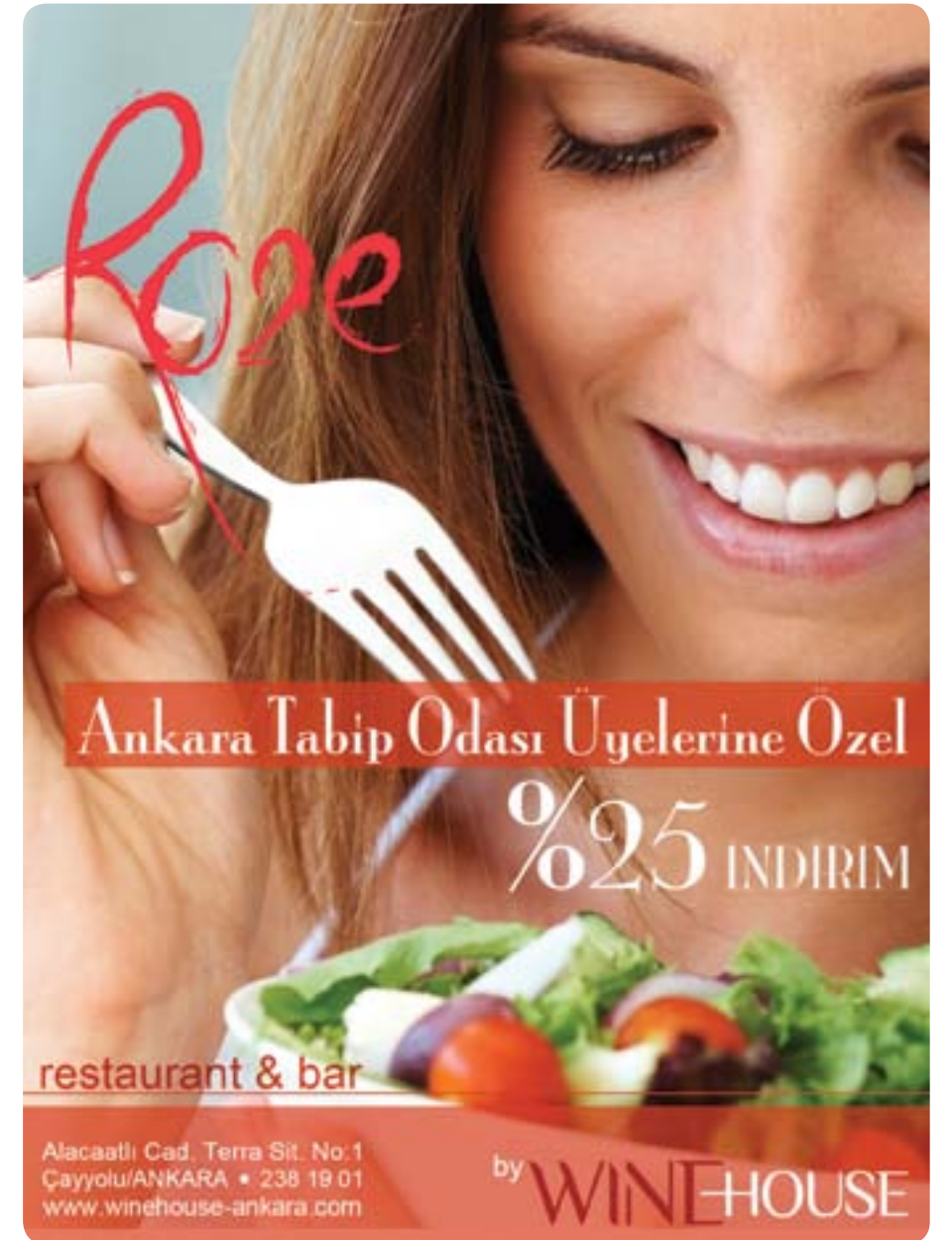
"Kapitalizmin Krizi ve Sağlık" tartışıldı

Hekim Postası

TTB, kapitalizmin içinde bulunduğu krizi ve bu krizin sağlık alanına etkilerini "Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Konferansı"yla ele aldı.

TTB, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi (IAHPE) ve Çankaya Belediyesi işbirliği ile düzenlenen Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Konferansı, 29 Eylül - 02 Ekim 2011 tarihleri arasında Çankaya Belediyesi Çağdaş Sanatlar Merkezi'nde gerçekleştirildi. Dünyaca tanınmış, hekim, ekonomist ve uzmanların bir araya geldiği konferansta, "Kriz,

Ticarileşme Ve Hasta Hekim İlişkisi", "1980 sonrası Sağlık Reformları" "Neoliberal Ekonomik Politikaların Sağlık Çalışanlarına Etkisi" vb. konular üzerine sunumlar yapıldı.



Organ bağışında yeni dönem: Puanlandırma, şartlı bağış, çapraz bağış

Türkiye’de organ bağışlarının yasadışı bir şekilde sektörleşmesi Sağlık Bakanlığı’nı bir dizi önlem almaya itti. Aile puanlandırılması, şartlı bağış sistemi ve çapraz bağışçı havuzu yöntemiyle yasadışı organ ticaretinin önüne geçilmesi planlanıyor. Prof. Dr. Kenan Keven ise konu ile ilgili şunları söylüyor: “Bu durum organ bağışının artmasına vesile olabilir. Ancak organ bağışı kararında, bireyin sağlıklı iken kendi kararıyla buna rıza göstermesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır.”

Kansu Yıldırım

Türkiye’de organ bağışlarının yetersiz oluşu ve bu durumun yasadışı sektörleşmesinin son yıllarda artması, Sağlık Bakanlığı’nı bir dizi önlem almaya itti. Bakanlık, konuyla ilgili üç sistemi hayata geçirmeye hazırlanıyor: Aile puanlandırılması, şartlı bağış sistemi, çapraz bağışçı havuzu. Bu yöntemler ile yasadışı organ ticaretinin önüne geçilmesi planlanıyor. Bunun için canlı organ vericiler takip altına alınarak, muhtemel ölüm nedenleri araştırılacak.

Aile Puanı Sistemi

Aile Puan Sistemi ile organ bağış yapan hastanın ailesi nakil için önceliğe sahip olacak. Yaşamını yitiren hastanın organlarını bağışlayan aileden, ileride organ nakline ihtiyaç duyanlara ek puan verilecek. Böylece organ bağış yapan ailenin hastası, nakil için önceliğe sahip olacak.

Şartlı Bağış Sistemi

Uygulamalar arasında “Şartlı bağış” da var. Organ bağışı yapmak isteyen biri, ailede nakil bekleyen başka hastaya nakledilmesi şartını öne sürerek organlarını bağışlayabilecek. Ailesinde vericisi olmayan hastalar için bir havuz oluşturulacak ve bu havuza kayıtlı kişiler arasında çapraz bağış da yapılabilecek.

Çapraz Bağışçı Havuzu

Organ bağışının artırılması için öngörülenlerden bir diğeri de “Çapraz Bağışçı Havuzu” oluşturulması. Örneğin böbrek hastalarında çoğu zaman aileden biri bağış yapmak istiyor ancak doku uyumu yoksa bu mümkün olmuyor. Bu tür hastalar için bir havuz oluşturulup aynı durumdaki bir başka hastanın vericisi ile çapraz bağış yapılması mümkün olabilecektir.



Konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı organ nakli merkezlerini takibe almaya hazırlanıyor. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Arif Kapu-ağası, yıllık nakil sayıları belirli bir sayının altında, nakil sonrası ölüm yüzdeleri ise belirli bir oranın

üzerinde olan merkezlere çeşitli yaptırımlara hazırlandığını açıklamıştı. Yılda belirli bir sayının altında nakil yapan merkezlere ilk önce uyarda bulunulacak, ikinci yıl aynı durumun tekrarlanması halinde ise faaliyetleri askıya alınacak.

Prof. Dr. Kenan Keven: Organ bağış kararı birey sağlıklı iken vermeli

Konuyla ilgili görüş aldığımız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kenan Keven ise şunları söyledi: “Sağlık Bakanlığı tarafından hayata geçirilmeye çalışılan ve organ nakli sayısını ve nakilde yaşanan bir takım olumsuz durumları engellemeye yönelik planlanan bu girişimler olumlu yaklaşımlardır. Organ bağış yapan ailelere, ailede birisine organ nakli gerektiğinde öncelik verilmesi, son derece olumlu bir yaklaşımdır. Bu durum organ bağışının artmasına vesile olabilir. Ancak organ bağışı kararında, bireyin sağlıklı iken kendi kararıyla buna rıza göstermesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Örneğin vatandaşlara beyin ölümü gerçekleştiğinde organ bağışı yapıp yapmayacakları sorulup eğer negatif cevap alırsa, “sizin bu beyanınız nedeni ile eğer günün birinde size organ nakli gerekirse, organ bağışı yapma kararını beyan eden, ancak şu an organ bekleyen hastalar sizin önünüzde yer alacaktır”

denmesi daha doğru bir yaklaşım olabilir.

Çapraz bağışa bakalım: Bu durum ailelerinde organ vericisi olup (böbrek), kan grubu uyumu olmayan ve bu nedenle böbrek nakli yapılamayan hastalar için uygun bir çözüm olabilir. Burada da temel sorun A ve B grupları için bu çapraz nakil yapılabilirken A veya B grubu vericiden 0 grubu alıcıya böbrek naklinde uygun çapraz naklin olmamasıdır. Bu olgularda çapraz 0 verici ve A alıcı durumunda zaten bu nakil gerçekleşmektedir. Bu olgulara çapraz nakil teklif etmek uygun olmaktadır. Doku uyumunda artışın sağlanması ise her merkezin uygulamasında değişikliklerin olduğu bir durumdur. Doku uyumu hiç olmayan olgulara böbrek nakli yapmayan merkezler bu yolla daha uyumlu vericiden alıcıya böbrek nakli yapabilirler.”

İlaç Sektörü nereye gidiyor?

Türkiye’de ortalama yıllık ilaca harcanan tutar 16 milyar TL civarında. İlaç harcamaları 2002’de 5,2 milyar lira, 2010 yılında 15,4 milyar lira, 2011 yılında 16 milyar liraya yükseldi. TÜİK verilerine göre ise kamunun ve özelin cari ve yatırım harcamalarıyla birlikte 2008 yılındaki toplam sağlık harcaması 59 milyar TL civarında. Bu tutar da milli gelirin % 5 ila % 6’sına tekabül ediyor. Görüleceği üzere ilaca harcanan para ciddi bir rakam.

Kansu Yıldırım

Hükümet ve Bakanlık rahatsız

Farklı toplantılarda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik ve Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Saim Kerman basına yaptıkları açıklamalarda sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının yıllık tahmini 16 milyar TL civarında olduğunu belirtmişti. Her iki hükümet yetkilisinin açıklamalarında ortaklaştığı nokta, ilaç giderlerinden rahatsızlık duymaya başlamalarını vurgulamalarıydı. Kerman, 2010 yılında yapılan “Atık İlaç Hareketi” çalışmasında İzmir ve çevre illerdeki pek çok eve gidildiğini, evde kullanılmayan ilaçların sınıflandırıldığını, her 100 kutu ilaçtan 45’inin kutusunun dahi açılmamış olduğunu, ilaca harcanan tutarda ciddi bir tutarın boşa gittiğini söylemişti.

Bursa’da Özel Medicabil Hastanesi’nin açılış töreninde Bakan Çelik, “Biz bu harcamalarımızı yaptık, vatandaşımıza helal olsun, ama bu rakamlar büyük rakamlar. Bir kutu ilaçtan ne olur demek lüksüne sahip değiliz.” demişti.

Reçete maliyetinin sorumlusu Sağlıkta Dönüşüm

Bu durumu mali açıdan incelediğimizde şu verilere ulaşıyoruz: 2010 yılı ilaç harcamalarında SGK toplam 14,6 milyar TL’lik kaynak ayırmıştı. Bu süreçte SGK, ortalama yüzde 9 buçuk indirimle ödenmesi kararı almıştı. SGK istatistiklerinde ise 2010 yılı ilaç harcaması tutarı ortalama 15 milyar TL olarak belirtiliyor. Soru işareti uyandıran nokta şu; ilaç fiyatlarında yüzde 30’lara varan indirimlere rağmen devlete reçete başına maliyeti artıyor. Bir aritmetik işlemiyle 45 lira civarında reçete maliyeti ortaya çıkıyor.

Maliyetlerin başlıca sebebi Sağlıkta Dönüşüm Projesi. Çünkü proje ile kamusal sağlık hizmeti felsefesi haline gelen nicelik faktörü sadece rakamlar düzeyinde hastaneye başvuru sayılarını başarı olarak görmekte. Son olarak Bakan Çelik de konuşmasında “bir hastanın önceden iki kez ama şuan 8 kez hastaneye gidebilmesini” dönüşüm projesinin ölçütü olarak tanımladı. Sayısı tam olarak bilinmeyen mükerrer başvurularla birlikte, hastalara reçete edilen ilaçların toplam giderlerinin 16 milyar TL olması da, başvuru oranlarını yükseltme amacı var.

İlaç kartelleri indirimlerden ve krizden etkilenmedi

İlaç sektöründeki karteller ve kooperasyonların ilaçlardaki fiyat indirimlerinden ve küresel ekonomik krizden etkilenmediği de istatistiklerden ortaya çıkıyor. 2010 Kurumlar Vergisi listesinde iki ilaç deposu, beş ilaç firması yer alıyordu. Listedeki üç firmanın ismi bilinmiyor. Öte yandan Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde ihraç edilen ilaç tutarı 2010 yılında 356 milyon dolarken, ithal edilen 4.032 milyon dolar olarak görülüyor. Bu rakamlarda periyodik bir artış da söz konusu.

Sönmez: Faturaları tutarları 2011 yılı sonunda daha fazla olacak

Konuyla ilgili olarak Türkiye’nin önemli ekonomistlerinden Dr. Mustafa Sönmez’den kısa bir görüş aldık. Kendisi, SGK, hastane ve ilaç faturalarının uç uca eklendiğinde 2010’de 33,3 milyar TL’ye ulaştığını; 2010’da hasta başına 115 TL gibi bir maliyetin ortaya çıktığını söyledi. Ayrıca 2011 yılı sonunda daha fazla olmasının muhtemel olduğunu; başvuru kolaylığının başvuru sayısını artırdığını belirtti: “Her ne kadar cepten ödemeye

hem tedavide hem ilaçta zorlasalar da toplam fatura SGK için artıyor.”

TEB: Akılcı ilaç kullanımı şart

Türk Eczacıları Birliği (TEB) Başkanı Erdoğan Çolak bir açıklamada, ilaç israfının akılcı olmayan ilaç kullanımından kaynaklandığını belirtmişti: “İlaç israfının önüne geçilmesi, ilaçların yeterli süre kullanılması ve tedavinin kendilerine, topluma maliyetinin mümkün olan en düşük seviyede tutulması demektir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı hem dünyada hem de Türkiye’de en önemli ilaç israfı nedenleri arasından gösterilebilir”.

Çolak, kurum olarak yaptıkları araştırmalar sonucunda Türkiye’de reçeteye yazılan her iki ilaçtan birinin gereksiz şekilde reçete edildiğini ilaç israfının boyutu ve miktarı hakkında erişilebilen net bir rakam bulunmadığını, ancak akılcı olmayan ilaç kullanımında en ön sırada yer alan antibiyotiklerin en çok israf edilen ilaçlar arasında olduğunu kaydetmişti.

SGK İLAÇ HARCAMALARI			
YIL	Reçete SAYISI	Tutar,Bin TL	Reçete başına,TL
2008	302.412	13.046.556	43,1
2009	327.001	16.005.392	48,9
2010	306.461	14.897.455	48,6
2011/5	148.561	6.537.442	44,0
SGK HASTANE HARC. BİN TL			
	Başvuru	Tutar	Hasta Baş.
2008	216.930	13.771.434	63,5
2009	247.142	15.653.143	63,3
2010	277.634	18.488.386	66,6
2011/5	134.969	9.118.785	67,6
SGK SAĞLIK HARC. BİN tl			
	İLAÇ	TEDAVİ	HARCAMA
2008	13.046.556	13.771.434	26.817.991
2009	16.005.392	15.653.143	31.658.535
2010	14.897.455	18.488.386	33.385.841
2011/5	6.537.442	9.118.785	15.656.228

Avrupa'da ilaca dirençli tüberküloz hızla yayılıyor

Hekim Postası

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Avrupa'da her yıl 81 bin tüberküloz vakasının standart antibiyotik tedavisine cevap vermediğini ve birçok ülkede bu vakalara doğru tanı konulmadığını bildirdi. Tüberküloz vakalarının en çok Doğu Avrupa'da, özellikle Rusya ve Ukrayna ile Azerbaycan'da görüldüğü; Batı Avrupa'daysa en fazla tüberküloz hastası bulunan başkentlerin başını Londra'nın çektiği kaydedildi. Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa ve Orta Asya'daki 53 ülkede ilaç tedavisine dirençli tüberkülozla mücadele için plan geliştirdi. Tanının geliştirilmesini ve tedaviye erişimin artırılmasını öngören planla, 2015 yılına dek bölgede 120 bin kişinin hayatının kurtarılacağına inanılıyor.

'Herkes dikkatli olmalı'

İngiltere'deki tüberküloz vakaları, daha çok büyük kentlerde görülüyor. Londra'da her yıl 3500 tüberküloz vakası teşhis ediliyor. 2009 Yılında İngiltere'de ilaca dirençli 58 tüberküloz vakası görüldüğünü belirten sağlık yetkilileri, hastanın öngörülen tedaviyi ta-

mamlaması yüzünden mikropların direnç kazandığını belirtiyorlar. İngiltere Sağlık Koruma Kurumu'nun tüberküloz uzmanı Dr. İbrahim Abubakar, "Genelde sayılar düşük seyretmekle birlikte son on yıldır artış gözlenmekte. Bu duruma kayıtsız kalamayız. Her tüberkülozlu hastanın tedavisi birkaç yüz bin sterline mal oluyor. Bir kimsede tüberküloz mikrobi varsa bu başkalarına da geçebilir." dedi ve aile hekimleriyle hastanelerin acil servislerini, olası vakalara karşı tetikte olmaya çağırdı. Tüberküloz havadan geçebilen ve yüzde 7 oranında ölümle sonuçlanan bir hastalık. Çok ilaçlı tedaviye dirençli tüberküloz türüne yalanan hastaların hemen hemen yarısı hayatını kaybediyor. İngiltere'de röntgen cihazıyla donatılmış arabalarla, evsizler ve uyuşturucu bağımlıları arasında tüberküloz taraması yapılıyor. WHO'nun Avrupa örgütünde görevli Dr. Ogtay Gozalov, "Tehlikede olanlar sadece göçmenler ve mahkumlar değil. Hepimiz tüberkülozla yüzyüze olabiliriz." dedi ve üye ülkelerde harekete geçilmezse ileride daha kötü sonuçlarla karşılaşılabileceğini vurguladı. (BBC Türkçe)

Tıp öğrencisi sigara içti, okuldan atıldı

Hekim Postası

Son yıllarda sigara ile mücadeleye ağırlık veren İran'da ilk kez bir tıp öğrencisi sigara içtiği için okuldan atıldı. Doktorların sağlık konusunda halka örnek olması gerektiği düşüncesiyle İran'da stajyer doktorların sigara içmesi yasak. Tahran, 2003 yılından bu yana sigara ve tütün ürünlerinin reklamın yasakladığı gibi, kamuya açık yerlerde sigara içilmesine de izin vermiyor. Ancak buna rağmen, istatistiklere göre özellikle de gençler arasında sigara içenlerin sayısı giderek artıyor.

Yetkililer bu eğilimin önüne geçmek için, tıp öğrencilerinin yanı sıra, üst düzeyde resmi görevlere getirilenlere de sigara yasağı uyguluyor. Sigara içenlerin önemli resmi görevlere atanması, 2010 yılının Temmuz ayından bu yana yasaklanmış bulunuyor. Sigara alışkanlığının batıya göre daha yaygın olduğu Orta Doğu ülkelerinde bir süredir sigara karşıtı kampanyalar yürütülüyor. Mısır ve Suriye de, bu çerçevede sigarayı yasaklayan ülkeler arasında yer alıyor. (BBC Türkçe)

Tıbbi atıklar korkutuyor



Hekim Postası

Birleşmiş Milletler (BM) uzmanı Calin Georgescu, dünya genelinde tıbbi atıkların yarattığı risklere dikkat çekerek, çok az ülkenin bu konuyla ilgili gerekli düzenlemeleri yaptığını söyledi. BM İnsan Hakları Konseyi'ne sunulan bir raporda da, hükümetlerin her yıl tonlarca miktara ulaşan

atıklar konusuna çok az dikkat gösterdikleri vurgulandı. Yoksul ülkelerde tıbbi ve kimyasal atıklar, doğrudan kent çöplüklerine veya hastane tuvaletlerine atılıyor ya da zehirli gazları yayan beton fırınlarda yakılıyor. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve rilerine göre, zengin ülkelerde kişi başına yıllık 6 kilogram zehirli tıbbi atık oluşurken, düşük gelirli ülkelerde bu miktar 3 kilograma geriliyor. (WHO), her yıl milyonlarca hepatit ve binlerce yeni HIV vakasının, kullanılmış şırınga iğnelerinin yeniden kullanılmaması ve gerekli şekilde imha edilmesi durumunda engellenebileceğini belirtiyor. (AA)



**ARİF HOCA
SPOR OKULLARI**
Gerçek eğitim.

basketbol



www.arifhocasporokullari.com

2010 YAZ OKULLARI

2010-11 SPOR OKULLARI

2011 YAZ OKULLARI

2011-12 SPOR OKULLARI

2012 YAZ OKULLARI



Güvenli ve hijyenik tesislerde her çocuğa birebir ilgi gösteren uzman antrenörler eşliğinde gerçek eğitim için ARİF HOCA SPOR OKULLARI.



Arif Hoca Spor Okulları
Özel Yüce Okulları Tesisleri
İsmet Eker Sokak No: 5 Oran, Ankara
Tel : 490 02 02 / 200 - 0538 346 86 43

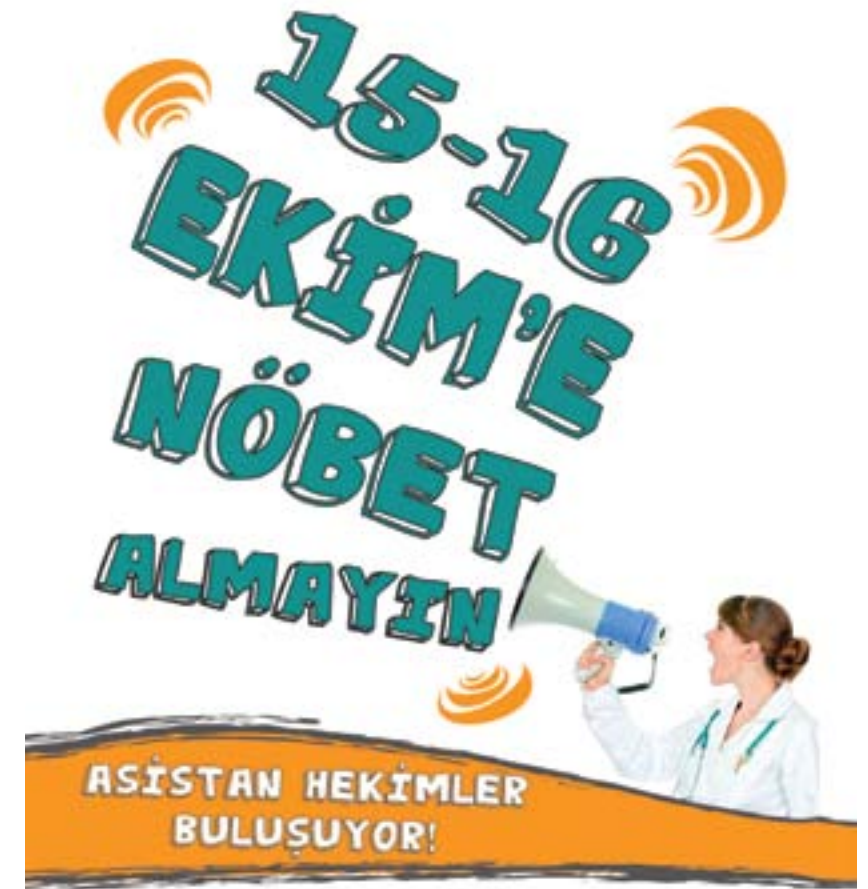
Asistan Hekim Kurultayı İstanbul'da yapılıyor

Hekim Postası

Asistan Hekim Kurultayı 15 -16 Ekim 2011 tarihinde İstanbul'da Cerrahpaşa Oditoryumu'nda gerçekleştirilecek. Asistan hekimlerin sorunlarının tartışılacağı kurultayda asistanlık tanımı, çalışma koşulları, özlük hakları, günümüz sağlık ortamı konuları ele alınacak. Kurultayın sonuç bildirgesi ise ikinci gün düzenlenecek bir basın açıklamasıyla kamuoyu ile paylaşılacak.

Bilgi için:

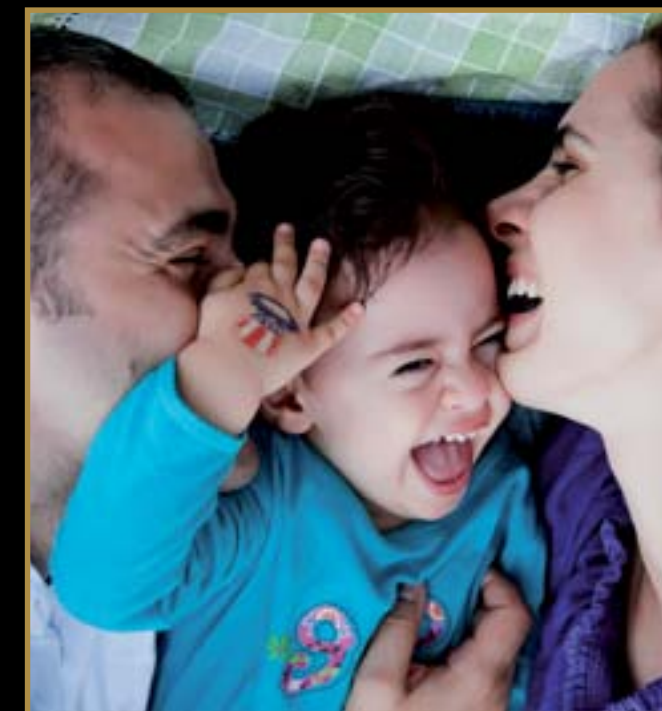
Kurultay Sekreteryası:
TTB - İstanbul Tabip Odası Asistan Hekimlik Komisyonu
Sekreter : Özlem Öztürk
Tel : (212) 514 02 92 (dahili 144)
E-posta : hub2@istabip.org.tr



15-16 Ekim 2011
Cerrahpaşa Oditoryumu / İstanbul



Hayatınızın Her Anında, Nesilden Nesile En Özel Fotoğraf kareleri...



Ankara Tabip Odası Üyelerine % 10 İNDİRİM

Bilgi ve randevu için;

Üsküp Caddesi No:16/A Çankaya / ANKARA • T. 427 07 07 • info@enozelgun.com • www.enozelgun.com

söyleşi

“Kamu Özel Ortaklığı, özel sektöre yeni bir kaynak transferidir”



Kansu Yıldırım

- Kamu-Özel Ortaklığı modelinin iktisadi anlamı nedir? Bu sistem, hangi koşullarda ortaya çıkmıştır ve ne tür bir sermaye birikim ihtiyacına denk düşmektedir?

Kamu Özel Ortaklığı, bir özelleştirme biçimidir. Özelleştirmeler, mülkiyeti tüm topluma ait olan üretim araçlarının, menkul ve gayrimenkul değerlerin, özel firmalara düşük fiyatlar karşılığında devredilmesidir. Hem kamunun elindeki mülklerin miktarıyla belirlenen hem de toplumsal tepkilerle yani meşruiyetle belirlenen sınırları vardır. İlki nicel, ikincisi ise politik sınırlardır. Örneğin bugün tüm kamu hastanelerini satmak isterseniz, muhtemelen çok ciddi bir direnişle karşılaşsınız. İşte KÖO modelinin günümüzde tüm dünyada gittikçe daha çok gündeme gelmesinin sebebi de bazı alanlarda artık bu ekonomik ve politik sınırlara gelinmiş olmasıdır. Diğer taraftan özel sermayenin kâr oranının da iktisadi krizlerle birlikte azalma eğilimine girmesi yeni kâr alanlarına yönelmesini gerektirmektedir. KÖO, özel sektöre yeni bir kaynak transferi yönteminden başka bir şey değildir. KÖO ilk bakışta özelleştirmelere göre toplum için çok daha cazip bir modelmiş gibi

Kayseri ve Ankara Etlik Entegre Tesisleri ile başlayan süreç sonrası bu sayfalardan Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeline ilişkin genel bir tablo çizmeye çalışmıştık. Türkiye’nin çeşitli illerinde ihalesi bekleyen entegre sağlık tesislerini Hekim Postası olarak yakından izlemeye devam edeceğiz. Bu amaçla Eylül sayımızda söz konusu modele ilişkin kavramsal bir çerçeve çıkartmıştık. Kamusal sağlık hizmetlerinin niteliksel değişiminden hukuksal temellerine, sağlık çalışanlarının istihdam biçiminden mekansal boyuttaki rant ekonomisine kadar modelin ayrıntılarını Etlik örneği çerçevesinde sizlere sunmuştuk. Ekim sayımızda ise sizlere Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Maliye Bölümü’nden Dr. Yiğit Karahanoğlu ile KÖO modelinin küresel sermaye hareketi, uluslararası ve ulusal ekonomik parametreler boyutları hakkında bir söyleşi gerçekleştirdik.

görünebilir. Yatırımları kamu değil özel sektör gerçekleştirmektedir. Karşılığında tesislerin işletme hakkını bir süreliğine kamudan devralmaktadır. KÖO’nun tipik özelleştirmelerden farkı, satış işleminin yani kaynak transferi işleminin daha tesisler ortada yokken sözleşmeye bağlanmasıdır. Tesislerin yapılmasından başlayarak, işletilmesinden devredilmesine kadar geçen uzun sürecin pek çok iktisadi aşaması ve detayı vardır. KÖO, her aşama için özel sektöre pratikte pazarlık yapabilme imkanı vermektedir. İhaleyi alan firma için esneklikler yaratılabilmektedir. Oysa klasik özelleştirme modelinde alınan verilen şeyler net olarak bellidir; tek seferde özel ile kamu arasındaki ilişki gerçekleştirilir ve biter. KÖO’nun uygulamada ve literatürde pek çok farklı modelinin olma nedeni, kurulan ilişkinin uzun ve kapsamlı olmasıdır.

“Modelin temel mantığı devletin, yatırımın hem riskini hem de kârlarını özel sektöre devretmesidir. Kamu sağlık hizmeti sunma amacını yerine getirirken, özel sektöre ‘riski sen al, bunun karşılığında ben sana kârını garantileyim’ demektedir. Yani bizzat devletin kendisi sağlık hizmeti alanında bir kâr ilişkisi yaratmaktadır.”

- Etimolojik olarak “kamu” ve “özel” kelimelerinin bir arada kullanılması oksimoron (iki zıt anlamlı kelimenin bir arada kullanılması) bir tesadüf müdür? Yoksa yeni tür piyasacılığın mı habercisidir?

Kamu Özel Ortaklığı ifadesi, oksimoron bir adlandırmadır; çünkü olgunun kendisi oksimoron bir olgudur. Özellikle sağlık alanında yapılacak bir KÖO için bu daha da geçerlidir. Özel sektör ile kamunun amaçları ortak değildir. Özel bir firma için amaç

halkın sağlık hizmeti alması olamaz. Firmanın amacı kâr maksimizasyonudur. Oysa kamu kesimi için amaç sağlık hizmetinin üretilmesidir. “Anayasa’da kamu kesimi sağlık hizmetini kâr amacı güderek sunar” yazıyor olsaydı iki aktör amaçta ortaklaşabilirdi. Modelin temel mantığı devletin, yatırımın hem riskini hem de kârlarını özel sektöre devretmesidir. Kamu sağlık hizmeti sunma amacını yerine getirirken, özel sektöre “riski sen al, bunun karşılığında ben sana kârını garantileyim, onu da sen al” demektedir.

- Bakanlık söz konusu model çerçevesinde Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı oluşturmuş ve Türkiye’nin çeşitli illerinde 16 proje için ihalelere girmiştir. Kayseri tesisinin temelleri de atılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın büyük sağlık kompleksleri/entegre tesisler için bu yöntemle başvurusunun amacı nedir? Maliyetli bir model midir?

Evet, son derece maliyetli bir modeldir. Oysa iddia kamunun cebinden beş kuruş paranın çıkmayacağı yönündedir. Bu serbest piyasa ekonomisinin doğasına aykırı bir iddiadır. Yapılan ihalelerin detayları tam olarak kamuoyuyla paylaşılacakla birlikte, basından takip edebildiğimiz bilgilere göre, hastaneler kamunun kendi arazisinde, kamunun çizdiği projelerle yapılacak, özel şirket yalnızca inşaat maliyetlerini ve tıbbi cihaz alımlarını gerçekleştirecek ve sözleşmeye göre işletmeyi üstlenecek ancak tıbbi işletmesi bakanlığı ait

olacak yani hastanede çalışacak hekimleri Bakanlık istihdam edecek, özel sektör ise 25 yıllığına işletmenin kârlarına el koyacak. Üstelik devlet, bu ilgili tesisler için özel firmaya kira ödemesinde bulunacak. İlgili firmaya, kampüsün içinde bir takım otel, AVM gibi ticari tesisler yapma izni verilip, kiradan düşülebilecek. Bu, akıl almaz bir tablo. Bu tür yatırımlarda en büyük maliyet kalemlerinin, arazinin bedeli, inşaat maliyeti, tıbbi cihazların bedeli ve uzman personelin maaş giderleri olması beklenir. Tüm bunların büyüklüklerine dair net rakamlar kamuoyuyla paylaşılmamaktadır. Ama bunların çoğunun kamu kaynaklarıyla karşılanacağı açıktır.

- Maliyetlerden bahsedebilir misiniz?

Maliyetlere ilişkin önemli noktalardan biri bu büyüklükte tesisler için gerekli olan arazilerin izafi değerinin muazzam boyutlarda olması olsa gerektir. Örneğin Ankara için Etlik ve Bilkent gibi semtlerde 7 hastaneyi barındıracak büyüklükte tek parça bir arazinin piyasa bedeli astronomik boyutlarda olsa gerektir. Anlaşılan o ki, devlet bunu, ihaleyi kazanan firmaya hediye etmektedir. Benzer şekilde personel maliyetleri de işletmelerin en önemli maliyet kalemlerindendir ve bunu da Bakanlık karşılamaktadır. Üstüne kamu bir de ilgili firmaya kira ödeyecektir. Bu kira konusunda şunu da eklemek istiyorum, bu maddenin amacı özel sektörün arazide başka mülkler edinmesini

“KÖO son derece maliyetli bir modeldir. Oysa iddia kamunun cebinden beş kuruş paranın çıkmayacağı yönündedir. Bu, serbest piyasa ekonomisinin doğasına aykırı bir iddiadır.”

kolaylaştırmak ve buna ilerde meşru bir gerekçe sunmak olsa gerektir. Zira böylece kamu kira masraflarından kurtulabilecektir. Maliyete ilişkin bir diğer nokta finansman maliyetidir. İhaleyi kazanan özel firma, yatırıma başlayabilmek için (tabii ki de hiçbir özel şirketin kendi öz kaynakları yeterli olmayacaktır) finansman sağlamak amacıyla piyasalara başvuracak, kredi alacak ya da tahvil ihraç edecektir. Genellikle özel firmaların (ya da ilgili yatırım için kurulan özel amaçlı aracın) ihraç ettiği tahvillerin kredi derecesi, devlet borçlanma senetlerinin derecelerinden daha düşüktür. Bu da özel firmaların borçlanmasının kamuya göre daha maliyetli olması anlamına gelmektedir. Üstelik içinde bulunduğumuz uluslararası kriz konjonktüründe özel bir

firmanın finansal kaynak bulması daha da maliyetli ve zordur.

Etlik Entegre Sağlık Kampüsü ihalesini kazanan firmaların, 25 yıl boyunca devletten toplam 8 milyar TL kira geliri elde edeceği görülmekte. İlginç olan nokta firmaların, hastane inşaatı için 2,4 milyar liralık yatırım yapacak olmaları. Yani basit bir aritmetik- le 5,6 milyar TL gibi bir para artıyor! Bir maliyeci olarak bu durumu nasıl okumak gerekmektedir?

Uluslararası uygulamalardan bir başka hesaplamayı da örnek olarak alabiliriz. İngiltere’de National Union of General and Municipal Workers sendikasının bir araştırmasına göre, sağlık alanındaki özel finansman girişimleriyle (private finance initiatives) yapılan yatırımlar için devlet toplam 13 milyar pound bir kira bedeli ödeyecek. Bunlar muazzam büyüklükte rakamlar. Liverpool’da özel finansman girişimi modeli ile yapılan Fazackerly hapishanesinin ilk kuruluş maliyetlerinin iki yıl içinde amorti edildiği, geri kalan 23 yılın ise tamamen kâra dönüşeceği tahmin edilmekte. Hastaneler için maliyetlerin hapishanelere göre daha yüksek olduğunu ama bu tesislerin gelirlerinin de hapishanelere göre çok daha yüksek olacağını düşününce benzer bir kârlılık oranı ile karşılaşılması beklenebilir. Az önce belirttiğim gibi sözleşmenin süresinin uzunluğu ve bu tür yatırımlarda, politik olarak müdahaleye açık olan, pazarlık edilip zaman içinde değiştirilip esnetilebilecek çok fazla ayrıntının varlığı nihai kârların belirleyeni olacaktır. Örneğin yakın bir zamanda kampüs hastaneleri için ÇED raporu hazırlama zorunluluğu kaldırılmıştır. Yine kampüsle taşınacak hastanelerin geride bırakacakları binaların, ekipmanların ve arazilerin akıbetine ilişkin belirsizlikler mevcuttur. Tesisler çalışmaya başladığında hekimlerin istihdam modeli belirsizliğini korumaktadır. Bu süreçlere ilişkin pek çok bilgi ticari sır statüsünde kamuoyu ile paylaşılmamaktadır. Ama modelin tasarımı gereği, özel

“Hastaneler kamu arazisinde kamunun çizdiği projelerle yapılacak, özel şirket yalnızca inşaat maliyetlerini, tıbbi cihaz alımlarını gerçekleştirecek, hastanede çalışacak hekimleri Bakanlık istihdam edecek, özel sektör ise 25 yıllığına işletmenin kârlarına el koyacak. Devlet üstelik özel firmaya kira ödemesinde bulunacak.”

firmalar için kârların çok yüksek olacağı kesin.

Sağlıkta KÖO’na alternatif bir başka yatırım ve hizmet sunum modeli olabilir mi? Bu tür alternatiflerin hayata geçirilme imkânları halihazırdaki kriz konjonktüründe mümkün müdür?

Özelleştirmelere zemin hazırlayan temel tez kamunun etkin olmadığıydı. İlginçtir ki KÖO gündeme geldiğinde kamuoyuna sunulan meşruiyet sağlayıcı iddia “etkinlik/verimlilik” ekseninde ortaya konulmadı. Yatırım yapılırken kamunun cebinden “beş kuruş paranın çıkmayacağı”, kamu kaynaklarının israf edilmeyeceği, bütçeye yük olunmayacağı iddia edildi. Böyle bir iddia son derece saçmadır. Yatırımın gerçekleştirilme aşamasında kamu herhangi bir harcama yapmıyor olsa bile tesislerin işletilmesi aşamasında gerçekleştirilmesi umulan kârlar için, kamudan ve toplumun cebinden büyük bir kaynak transferi gerekmemekte olduğu açıktır. Madem kamunun cebinden bir para çıkması istenmiyor o zaman niçin doğrudan özel firmaların bu tür yatırımları üstlenmesi tercih edilmemektedir? Devletten herhangi bir transfer almaksızın, devletin tekel gücünü kullanmaksızın, serbest rekabet koşulları içerisinde bu tür yatırımlara girmek kârlı olmasa gerek. Yanıtlanması gereken asıl soru ise “niçin kamunun sağlık yatırımları için kendi kaynaklarını kullanmadığıdır?”. Bütçenin kaynakları yani tüm topluma ait kamu kaynakları niçin yine tüm toplumu ilgilendiren sağlık tesislerinin hayata geçirilmesinden esirgenmektedir. Halk kitlelerinin kanaatkârlığa ve kaderciliğe alıştırıldığı bir konjonktürde, “yatırım yapılsın da nasıl olursa olsun” mantığı ile KÖO meşrulaştırılırsa eğer, önümüzdeki 25 yılın hem sağlık politikaları ipotek altına alınmış olacaktır hem de neoliberal politikalardan kurtulabilme fırsatı kaçırılmış olacaktır.

söyleşi

işçi sağlığı

Meslek hastalıkları tespiti konusunda yeterli değiliz

Türkiye’de hemen her gün birçok işçi iş kazaları nedeniyle sağlığını ya da yaşamını yitiriyor. Meslek hastalıklarına yakalanan ancak hastalığına tanı bile konulmayan işçi sayısı azımsanmayacak kadar çok. İşçilerin işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetine ulaşmalarında meslek hastalıkları hastaneleri ise büyük bir öneme sahip. Türkiye’deki meslek hastalıkları hastanelerinin durumu ve devletin işçi sağlığı üzerine izlediği politikalar üzerine TTB İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu Başkanı Dr. Arif Müezzinoğlu ile röportaj gerçekleştirdik.



Jülide Kaya

Türkiye’de meslek hastalıkları na tanı konulabiliyor mu?

Çalışma Bakanlığı’nın, araların da TTB’nin de olduğu tarafların oluşturduğu Ulusal İSİG Konseyi kararlarında, 2009-2013 hedeflerinin en önemli maddeleri olarak İSİG Kanunu’nun yürürlüğe girmesi ve ilgili mevzuat çalışmalarının tamamlanması ile iş kazası oranlarının % 20 azaltılması ve beklenen meslek hastalığı tanı koyma oranının % 500 artırılması olarak sunuldu. Bu durum var olan meslek hastalıkları sayısının Bakanlık tarafından bile kabul edilemez olarak görüldüğünün açık ifadesidir. İşçi sağlığı sorunlarının toplamının %55’i iş kazası, %45’i meslek hastalığı olarak açığa çıkmaktadır. Meslek hastalıkları tespiti konusundaki yetersizliğimizi daha iyi görmek için dünyadaki mevcut duruma bakmak gereklidir. Dünyada işçi sağlığı ve güvenli-

ğinin mevcut durumunu değerlendirmek için, bu konuda öncü olan iki uluslararası kurumun; Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün verileri kullanılmaktadır. ILO tahminlerine göre; meslek hastalığı nedeni ölümlerin %32’si mesleki kanserlerden ve %23’ü kardiyovasküler sistem hastalıklarından kaynaklanıyor. Bizde mesleki kanser tanısı sanıyorum yurtdışı kaynaklı bir tespit dışında henüz gerçekleşmemiştir. AB ülkelerinde görülen meslek hastalıkları incelendiğinde Finlandiya gibi ülkelerin yüksek meslek hastalığı sayısına sahip olması, bu ülkelerin gelişmiş bir tanı koyma ve doğru bildirim sistemine sahip olması ile izah edilmektedir. Ülkemiz ele alındığında ise grafiklerde meslek hastalığı bakımından “çok iyi durumda” görünmemize karşın beklenen (tanı konulması gereken) meslek hastalığı sayısı 43.000 ile 130.000 arasındadır. Ülkemizde meslek hastalıklarının tespit edilememesi, ilgili bütün tarafların sorumlu olduğu bir bilgi

ve duyarlılık eksikliği ile ilişkili olmakla birlikte temel olarak meslek hastalığı tanı sürecinde yaşanan güçlükler ve belirsizlikler, meslek hastalıkları tanı ve bildirim sisteminin önemli oranda eksikliğiyle bağlantılı temel sorunlar nedeniyledir.

- Bu hastalıkların tanısında meslek hastalıkları hastanelerinin rolü nedir?

Ülkemizde çalışma koşullarını düzenlemeyi hedefleyen ilk yazılı metin 1865’de yayınlanan ve kömür madenlerindeki çalışma koşullarını düzenleyen Dilaver Paşa Nizamnamesi’dir. 1930 yılında yayınlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu önemli düzenlemelerden biri olup çalışma hayatına sağlık ve güvenlikle ilgili düzenlemeler getirmiştir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, halen halk sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında önemli bir yaptırım aracı olarak kullanılmaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu 1945 yılında iş kazaları ve meslek hastalığı pirimi toplayarak bu alanda sosyal güvenlik ihtiyacını karşılamıştır. Bu yıllarda, meslek hastalıkları ile ilgili var olan bilgi eksiği ve kurumun bu alandaki işlevlerini yerine getirirken diğer devlet hastanelerinden yararlanamaması nedeniyle SSK 1949 yılında ilk hastanesini İstanbul Nişantaşı Meslek Hastalıkları Hastanesi olarak kurmuştur. SSK sigorta kapsamına hastalık, analık gibi sigorta alanlarını da alınca birçok hastane kurmuş ve söz konusu hastane de hizmet hastanesine çevrilmiştir. 1978 yılında Ankara ve

İstanbul illerinde iki meslek hastalıkları hastanesi kurulmuştur. Hastanelere teşhis, ilgili sigorta alanlarında sigortacılık kararları (maluliyet belirleme, sigortalılık işlemlerine hak kazanma kararı) alabilmenin ve tedavinin yanı sıra “kurumu korumak amacıyla” koruyucu sağlık hizmetlerini, gezici sağlık hizmetlerini ve meslek hastalıkları alanında eğitim hizmetlerini yürütme görevleri verilmiştir. Hastanelerin kuruluşuyla saptanan meslek hastalığı sayısında ve çeşitliliğinde artış yaşanmıştır. Meslek hastalıkları hastaneleri, ülkemizde birtakım ilklere imza atmıştır. İş psikolojisi laboratuvarı, iş hijyeni laboratuvarı, toksikoloji laboratuvarı, gelişkin solunum fonksiyon laboratuvarı, gezici iş sağlığı laboratuvarı olan ilk hastanelerdir. Bu hastanelerde çok sayıda, sahaya yönelik, bilimsel çalışma ve araştırma gerçekleştirilmiştir.

Ayrıca hastanelerin, ulaşılabilirlikleri binlerce işyerinde “işin sağlıklı yürütülmesi” fikir ve çabasının başlamasına katkıda bulundukları da rahatlıkla söylenebilir. Meslek hastaneleri diğer SSK hastaneleriyle birlikte 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Meslek hastalığı saptanması ülkemizde ciddi bir sorun olmasına karşın sınırlı sayıda da olsa bu hastaneler sayesinde gerçekleştirilebilmiştir.

-Türkiye’deki mevcut meslek hastalıkları hastanelerinde neler yapılır?Bu hastaneler yeterli mi?

Bu hastanelerin yaptıkları iş



ler şunlardır: Özellikle ağır ve tehlikeli işlerde çalışan işçi gruplarının iş yasası gereği işveren tarafından yaptırılması gereken periyodik muayenelerinin gerçekleştirilebilmesi. İşe giriş muayenesi (çalışanın işe başlamadan önceki sağlık parametrelerinin tespiti). Şüpheli vakalarda bu hastanelere mahkemeler, sigorta müdürlükleri ve hastanelerden sevk edilmiş hastaların meslek hastalığı yönünden araştırılması. Meslek hastalığı tanısı konmuş vakalarda şahsın hastalığına göre çalıştığı iş yerinde ona uygun olan bölümlerde çalışması için heyet kararı oluşturulması. Bireysel şikayetler nedeniyle muayene yapılması. Üç tane meslek hastalıkları hastanemiz var. İstanbul, Ankara ve Zonguldak’ta. Zonguldak’taki bölgenin özelliğinden dolayı solunum sistemiyle ilgili, daha çok toz hastalıklarını değerlendiren bir hizmet veriyor. Tüm hastanelerde bazı elemanların eksikliği söz konusu. Sayı bakımından personel yetersizliği sorunu son yıllarda eleman alınmamasının, kadro tayin edilmemesinin sonucu. Özellikle meslek hastalıkları hastanesinde böyle kısıntıların olmaması gerekiyor. Bu hastanelerde performans sistemine geçiş ile hem tedavi edici hekimlik, hem koruyucu hekimlik hizmetlerini beraberce yapılmaya başlamasıyla poliklinik hizmetlerini vermeye başlamış ve asıl fonksi-

yonu önemli oranda azalmıştır. Sonuç olarak yaptıkları ve yapmaları gereken işler dikkate alındığında ülkemizdeki üç meslek hastalığı hastanesinin yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir.

- Türkiye’deki meslek hastalıkları tanısı konulması sorununu değerlendirir misiniz?

Meslek hastalığı tanısı koymak, 506 sayılı SSK Kanunu, Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü ve Meslek Hastalıkları Listesi çerçevesinde işleyen bir süreçtir. Bu sürecin hepimizin bildiği zorluklarını tekrar etmeyeceğim. Ek olarak söylemek istediğim buradaki tanı koyma mantığının “sigortacılık mantığı” olduğu, meslekteki kazanma gücünü belli bir oranda kaybedilmesi halinde yapılacak yardımın çerçevesini oluşturmaya yönelik olduğudur. Dolayısıyla, örneğin “işitme kaybı”, Amerikan Otolaringoloji Akademisine göre 15dB’in üzeri hafif derecede işitme kaybının başladığı, ISO 389 standardına göre 26dB’in üzeri çok hafif derecede işitme kaybının başladığı değerlerdir. Oysa işitme kaybının meslek hastalığı sayılması için uzun hesaplamaların öncesinde, 35dB’in üstünde bir kayıp olması gerekmektedir. Dolayısıyla “işitme kaybı” tanısı alındığında yani gürültüye bağlı kayıp başladığında bunun “bir süre sonra” meslek hastası

olacağını söyleyebiliriz ve raporunda da “halen mesleki açıdan herhangi bir patoloji yok” yazabiliyoruz. Sonuç olarak maruziyet ile bu maruziyet sonunda meslek hastalığı olma arasındaki süreci bu sistem boş bırakıyor. Bu boş alanın doldurulması, her alandaki sağlık gözetim programlarının oluşturulması önümüzdeki dönemin temel görevi olmalıdır.

- Bu konu ile ilgili Türkiye’de bir çalışma yürütülüyor mu?

Çalışma Bakanlığı’nın bu konu ile ilgili olarak başlattığı ve sürdürdüğü bir dizi proje var. Tüm bu projelere ayrıntılarıyla bakıldığında; koruma-önleme anlayışının gereklerinin, yeterince oluşturulmadığını ve hayata geçirilemediğini, dolayısıyla meslek hastalıkları tanısı konulmasına anlamlı katkıları olmadığını düşünüyorum. İşyeri hekiminin temel işi olan gözetim programlarının uygulanması, maruziyetin tanımlanması, ölçülmesi, belli-eşik değerlerinin üzerine çıkışının engellenmesi, sonuç olarak maruziyetin önlenmesi ile birlikte yapıldığında meslek hastalığı ve iş kazalarının önlenmesi-azaltılabilmesi sağlanabilecektir. Öte yandan, meslek hastalıkları hastaneleri dışında da meslek hastalıkları tanısının konulması bir süredir artık mümkün. Ancak birçok benzer yeni adımda olduğu gibi bu hastaneler iyi bir ön hazırlık dönemi ardından standartların saptandığı bir çalışma olmadan bu sürecin içindeler. Tahmin edileceği gibi sonuçları etkileyecek herhangi bir değişim söz konusu değil. Bu yönetim döneminde sağlığın öncelikle teknoloji ağırlıklı yöntemlerle çözülebileceğini düşünmelerinden kaynaklanan, nerdeyse her ilçede solunum fonksiyon testlerinin, odimetri tetkiklerinin, bazı ilçeler de tomografi ve mr tetkiklerinin

de yapılabildiği hastaneler açılmış bulunmakta, hatta yakın zamanda mr tetkiki olmayan 7-8 ile de mr temini konusunda ihaleler açılmakta. Bunlar “Sağlıkta Dönüşüm” ile ilişkili bilinen gelişmeler olmakla birlikte, bu hastanelerle bağlantılı olarak öncelikle sanayinin yoğunlaştığı yerler de an azından işyeri hekimliği yapan bu alanda deneyim kazanan hekimlerin idaresinde işçi sağlığı poliklinikleri açılarak, hastanelerde yer alan uzman hekimlerin değerlendirilmelerini de sağlayarak meslek hastalıklarının ön elemeleri, ön tetkikleri yapılabilir ve gerçekten şüphelilerin, meslek hastalıkları hastanelerine ve tanı koymakta yetkili olan hastanelere sevkı sağlanabilir. Maruziyet, sonuçları ve şüpheli mesleki etkilenme her çalışana yakın bir hastanede belirlenir. Öncelikle sanayiden ağırlıklı illerde olmak üzere her ilde en az bir hastanede bu polikliniklerin kurulması, “cephenin geniş letilmesi”ni sağlamakta çok anlamlı olacaktır. Öte yandan, toplum sağlığı merkezlerine işçi sağlığı hizmetlerini devretme kararı almıştır. TSM’ler eğer bu alanda küçük işyerlerini özellikle de 50’nin altındaki küçük işyerlerini hedeflerlerse doğru bir faaliyet gerçekleştirebilirler. Ancak büyük işyerlerine de hizmet veren TSM’ler alanda OSGB’lerle ticari alanda rekabet etmekten öteye gidemez yeni meslek hastalıklarına ulaşılmasını sağlayamaz. Sonuç olarak tüm tarafların korkmadan, çekinmeden mesleki maruziyeti sorgulaması, şüphelenmesi, sevk etmesi, tanı koyması ve bu süreçlerin oturmuş programlar halinde işlemesi için başta devlete olmak üzere alanın tüm aktörlerine önemli görevler düşüyor, ancak en önce şu soruyu sormamız gerekiyor? Türkiye’deki tüm meslek hastalıklarına tanı konulmasını gerçekten istiyor muyuz?

kültür sanat

Tiyatro



Bir Delinin Hatıra Defteri

Bir delinin değil, adım adım deliliğe giden, yaşadığı gerçeklerle baş edemeyen bir adamın hatıra defteri...

2009 yılında Erdal Beşikçioğlu'na Baykal Saran Tiyatro Ödülü'nü kazandıran oyun Ankara'da Stüdyo Sahnede sezon boyunca izleyici ile buluşacak.

Yazan: Nikolay Vasiliyeviç Gogol
Uyarlayan: Sylvie Luneau, Roger Coggio
Çeviren : Coşkun Tunçtan
Yöneten: Cem Emüler
Oyuncular: Erdal Beşikçioğlu
Devlet Tiyatroları Sosyal Tesisleri / MACUNKÖY
Bilgi için tel: 0 312 397 30 24

Konser

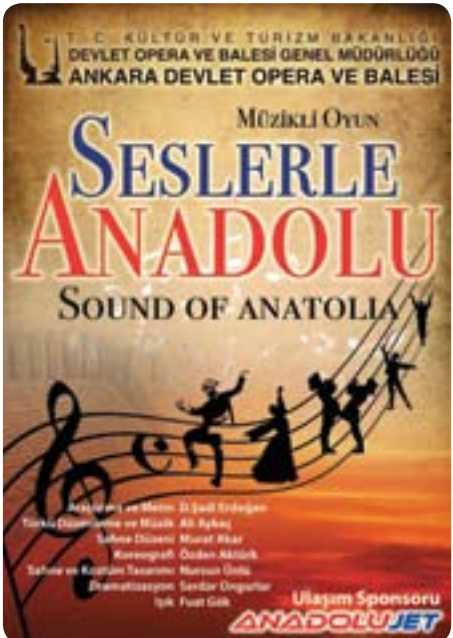


Azam Ali & Niyaz

Sufi gizemini ve trans müziğini bir araya getiren Niyaz oldukça kısa süre içinde kendine geniş bir hayran kitlesi edindi. Hepsı birbirinden yetenekli 3 müzisyenden oluşan Niyaz son albümleri Nine Heavens ile dünya müziğinin en dikkat çeken isimlerinden olmaya devam ediyor. Kültürel ve biçimsel sınırları aşmalarının yanında tarihsel sınırları da zorlayan Niyaz, ortaçağ İran şiirleri ve 300 yıllık İran halk şarkılarıyla 21. yüzyıl'ın trans müziklerini birleştiriyor. Genellikle aşk şiirleri ve Allah'a adanmışlıkla ilgili yazılar üstüne şarkılarını besteleyen grubun isimleri Farsça ve Urduca yakarma anlamına geliyor. İran'da doğan ve Hindistan'da büyüyen grup üyesi Azam Ali bu iki kültürün sadece dilsel değil aynı zamanda ruhani ve müzikal benzerlikler ve ortaklıklar taşıdığından bahsediyor. İran, Hindistan ve hatta Türkiye'nin farklı coğrafyalarından beslendikleri farklı duyguları organik bir biçimde harmanlamaları sonucunda ortaya eşsiz bir müzik çıkarıyorlar.

20 Ekim 2011 Saat: 20:30
Yer: ODTÜ Kültür ve Kongre Merkezi Kemal Kurdaş Salon

Müzikli Gösteri



Seslerle Anadolu

Ankara Devlet Opera ve Balesi

Araştırma ve Metin
D.Şadi Erdoğan

Seslerle Anadolu, ülkemizin bulunduğu coğrafyadaki Anadolu temasını çok sesli müzik ve dans ile harmanlayarak, ülkemizin çağdaş yüzünü uluslararası arenada gösterme amacını taşıyor. Anadolu topraklarında çıkan ritim ve ses, evrensel formlara ait düzenlemeler ile değişik bir anlam kazanıyor.

11 Ekim 2011 -30 Ekim 2011
Operet Sahnesi Saat: 20.00

kültür sanat

Konser



Erkan Oğur&İsmail Hakkı Demircioğlu

Erkan Oğur ve İsmail Hakkı Demircioğlu Türk halk müziğinin iki usta sanatçısı olarak, çoğu eski, bazıları ise çok eski Anadolu türkülerinden oluşan bir repertuarı seslendiriyorlar. Bu nedenle, kendi ifadeleriyle, performanslarını “bir birlikte hatırlama çabası” olarak görüyorlar. Düo formatında gerçekleştirdikleri, benzersiz ve ustalıklı türkü yorumları, Türk halk müziğinde yeni bir tarzın doğuşuna yol açıyor.

15 Ekim 2011 Saat: 20:30 Yer: MEB Şura Salonu

Sinema



Bir Zamanlar Anadolu'da

Kasabalarda hayat, bozkırın ortasında sürdürülen yolculuklara benzer. Her tepenin ardında “yeni ve farklı bir şey” çıkacakmış duygusu, ama her zaman birbirine benzeyen, incelen, kıvrılan, kaybolan veya uzayan tekdüze yollar..

Nuri Bilge Ceylan'ın yönettiği ve Muhammet Uzuner, Yılmaz Erdoğan, Taner Birsell ile Fırat Tanış'ın oynadığı “Bir Zamanlar Anadolu'da (Once Upon a Time in Anatolia)” filmi sinemaseverlerle buluştu.

64. Cannes Film Festivali'nde “Jüri Büyük Ödülü”nü kazanan, Uluslararası Altın Koza Film Festivali'nde Türkiye prömiyerini gerçekleştiren film, ve Hamburg Film Festivali'nde gösterilecek 3 Türk filminden biri.

Fotoğraf

Baydaş Temel Fotoğraf Atölyesi Başlıyor

Temel Fotoğraf Atölyemizin yeni dönemine 22 Ekim 2011'de başlıyoruz. Dört hafta sürecektir atölyemiz her cumartesi saat 14.00'de başlayıp, 18.00'de bitecek. Bu 4 saatin yarısı teoriye, diğer yarısıysa ustaların fotoğraflarını inceleme, çekimler ve çekilen fotoğrafların değerlendirilmesine ayrılacak.

En fazla 10 kişiden oluşacak atölyede, profesyonel fotoğrafçı olan eğitmenlerden azami kişisel destek alabileceksiniz. Sohbet biçimindeki atölye çalışmalarımızda, gereksiz ayrıntılar yerine, uygulamaya yönelik güncel bilgilerle, fotoğrafçılığın temel teknik bilgilerini ve terimlerini öğreneceksiniz.

Profesyonel fotoğraf stüdyosunda yapılacak çalışmalar pratik ağırlıklı olacaktır. Atölye katılımcılarına kendi makinelerini getirmelerini öneriyoruz.

Adres: Çevre Sokak (Üsküp Caddesi) 16 – A Çankaya Ankara
Bilgi ve Kayıt : (0312) 427 07 07



kültür sanat

BİN UÇURTMAYA, KANIYORSUN!



Prof. Dr. Çağatay Güler

Taşın üstüne oturup uçurtma uçuran çocukları izleyen adam birden ağlamaya başladı.

Çocuklar önce görmediler ağladığını. Başlarını kaldırmış, bulutların arasında süzülen uçurtmalarını kolluyorlardı. Daha bir yükseklere süzülün diye yavaş yavaş ellerindeki çubuğa sarılı ipini salıveriyorlardı.

Taşın üzerine oturmuş ağlayan adamı ilk uçurtması gördü çocuğun. Kaşı gözü olan bir uçurtmaydı. Kaş göz etti çocuğa adamı göstererek. Çocuk geriye döndü. Baktı kocaman bir adam, ağlıyor uçurtmasız bir çocuk gibi. Yaklaştı...Uzattı uçurtma ipinin sarıldığı çubuğu:

-Uçurur musun?

Bir çocuğun uçurtmasını vermesi, uzatması o kuyruğu, koca kafasıyla göklerde süzülen uçurtmanın ipini, ancak çocuk gibi ağlayan kocaman adamlara gösterilebilecek bir özveridir.

-Sen uçur!

Çocuk gibi ağlayan bir adam “Sen uçur!” diyorsa uçurtmasını uzatan bir çocuğa, çocuk gibi ağlamayı kesip yaşamıyorsa uçurtmanın sevincini çok umarsız hissediyordur kendini.

Çocuklar bilir bunu:

-İstersen senin olsun!

-Sağ ol, sen uçur!

İşte tam zamanıdır bir eski zaman romancısının: “Ey düşleri küresel değişimin cenderesinde sıkışıp kalmış bahtsız adam! Bir çocuk uçurtmasını verdiğinde “sağ ol, sen uçur” diyecek kadar umutsuz olmana yol açan yükü masal kahramanları bile taşıyamaz!

Hangi güneş aydınlatabilir kötü kaderinin karanlığını! Hangi merhem ondurur kanayan yarayı? Hangi güç olmamış kılar zamanın oldurduğunu? Heyhat, ağlamaktan başka çare yok

bahtsızlarına kötü kaderin!”

Çocuk terk eder mi çocuk gibi ağlayan bir adamı oturup bir taşın üzerine? Hele uçurtma uçuran bir çocuksa... Sarmaya başladı uçurtmasının ipini. Sardı, sardı, yere indirdi.

Getirdi önüne yatırdı adamın. Kuyruğunu uzattı, özenle düzelterek. Bakışlarını dikti adamın gözlerine. Adamı küçülttü, küçülttü, fısıldadı parmak kadar kaldığında:

- Bin uçurtmaya, kaniyorsun!

Adam aşağı sarktı parmak kadar boyuyla oturduğu taştan. Artık direnemezdi, biliyordu.

Çocuk da yardım etti biraz. Uçurtmanın ortasına yerleştirdi adamı kollarını da çıtalardan geçirip. Dirseğini büküp, çıtalara tutunmasını sağladı. Bir iple de bağladı uçurtmanın ortasına, ne olur ne olmaz diye. Sonra aldı eline uçurtmanın ipini. Arkadaşına seslen-diyardım etmesi için. Uçurtmanın başını kaldırdı yerden, koşup gelen arkadaşı. Birkaç adım attı yavaş yavaş. Hızlandı koşmaya başladı sonra. “Bırak!” diye seslendi arkasına bakmadan.

Bıraktı arkadaşı. Orda dikilmiş sırasını bekleyen rüzgâr esti kaldırdı kafasını uçurtmanın.

Kuyruğu yerde süründü bir süre. Sürükleyip kuyruğunu ardından havalandı göğün mavisine uçurtma.Mavi kendine getirdi adamı. Derin derin soluk aldı bir süre. Gerip gevşetti çıtalara çengellediği bacaklarını. Aşağıya baktı. Uçurtmaya binmiş adamlar dünyayı bir başka görür. Bir masal dünyasıydı aşağıda gördüğü. Yedi cüceler ormandan dönüyorlardı masal evlerine. Biraz sonra biri irkilecekti birden, “Biri benim suyumdan içmiş!” diyecekti. Diğeri haykıracaktı: “Biri benim yatağımda yatmış!” Gülümsedi adam, Pamuk prensesti o! Cadı kraliçe yola koyulmuştu bile. Kendinden güzeline dayanamazdı dünyada. Adam ceplerini yoklayıp, vurmak istedi bozuk para yağdırıp kafasına gökten. Sonra vazgeçti, masal biterdi

o zaman. Kıyamadı prensin mutluluğuna! Aslında Pamuk Prensesin bitişidir masalın sonu.

Mutluluğu bir prene bağlı olan Pamuk Prenseslerin masalı biter kırk gün kırk gece düğünden sonra! Seveni bir prens olmayan Pamuk prensesin masalı devam eder!

Pembe bir tepe gördü birden. Biri anlatılamaz bir pembe boyamıştı tepeyi. Pembeye bürünmüş bir tepe anımsamıyordu çocukluğunun masallarından. Uçurtmaya sordu çaresiz... Uçurtma, “Çiçeğe bezenmiş badem ağaçları” dedi. “Yeşile döner, çağlaya durunca, sıradanlaşır!”

Uzaktan bir kale görüldü. Kalenin kahramanını ormandaki devi öldürmesi için salmışlardı. Kale kapısını indirmişler, kahramanları eli belindeki kılıcının kabzasında

ormana doğru yürüyordu hendeğin üzerindeki kapı köprüsünden. Sırtında okları, yayını asmış omzuna. Devi öldürüp dönerse kalenin Kralı kızını verecekti ona! Böylesi masallarda kızlarının görüşünü sormaz padişahlar, krallar. Devi gördüm ormanda. Aslında bir günahı yoktu. İyi bir devdi. Yoluna bile çıkmamıştı kimsenin. Yanlışlıkla ezivermişti mızrağını ona saplamaya çalışan birini. “Meşru müdafaa” hakkı yoktur suçsuz günahsız devlerin. Eninde sonunda öldürülmesi gerekir. Devdir, devse kötüdür ve öldürülmelidir. Adam ne yapacağına karar veremedi bir türlü. Deve haber verse, dönünce kellesini vurur kral oğlanın, devi öldüremediği için. Vermese, sevmişti devi! Sonunda kıyamadı deve. Uyardı! Saklandı dev.

Kalenin yolunu tutan oğlana da kaleye dönmemesini söyledi. Kral

başını vuracaktı. Oğlan çekti gitti başka diyara. Kral kızı mı yoktu sanki başka yerlerde! Gider bir başka kalenin kahramanı olurdu. Masal mı yoktu! Kızı yaşlı bir soyluya verdi Kral.

Arazisi çok büyüktü!

Çok askeri vardı gönderecek, Kral için savaşmaya!

Sonra bir kır kahvesi gördü uzakta. Uçurtma hafif alçaldı daha iyi görmesi için.

Kahvenin konduğu sekideki bahçede. Masalarda tek tek adamlar. Yüklenip dertlerini çökmüşler bir bardak çayın başına. Tepeden aşağı dalmış gitmişler ayaklarının altındaki kente. Bir masada iki kişi tavla oynuyor. Pek üzerinde durmadı onların. Ama o hanımeli yok mu o hanımeli! Kokusu ta ona kadar gelen buram buram. Sarmış kapısını, penceresini, çatısını kahvenin. Doyamadı bakmaya. Uçup gitmiş gibi oldu yüreğindeki ağırlık. Koşturası geldi uçurtmanın ipi elinde. Dalıp gitmişti uçurtma süzülürken daha da yükselcere.

Adam doğruldu oturduğu taştan. Gülümsedi çocuğa, yanından geçenken:

-Hoşça kal!

Çocuk da gülümsedi, seslendi adama uzaklaşırken:

-Oturup bir taşın üzerine çocuk gibi ağlama bir daha... Kanarsın!

hekim postası
hekimlerin gücü, hekimlerle güçlü

Sahibi: Ankara Tabip Odası adına Dr. Bayazıt İlhan
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü: Dr. Bayazıt İlhan
Yayımlayan: Ankara Tabip Odası
Yayının Türü: Yerel, süreli
Yayının Şekli: Aylık Türkçe
Yıl: 2011 - Sayı: 35
Yayın İdare Merkezi: Ankara Tabip Odası
Mithatpaşa Cad. No:62/18 Kızılay Ankara
Tel: (312) 418 87 00 Fax: (312) 418 77 94 www.ato.org.tr
Yayın Kurulu: Dr. Selçuk Atalay, Dr. Özden Şener,
Dr. Serdar Koç, Dr. Seyfi Durmaz, Kansu Yıldırım
Editör / İletişim: Jülide Kaya
**Haber, yorum ve yazılarınızı
hekimpostasigazetesi@gmail.com
adresine gönderebilirsiniz.**
10.000 adet basılmıştır.
Ankara Tabip Odası Basın Yayın Komisyonu ürünüdür.
ATO üyelerine ücretsiz gönderilir.

Reklam Pazarlama ve Baskı Öncesi Hazırlık:
Baydaş Fotoğrafçılık Tanıtım Ltd. Şti.
Üsküp Cad. 16/A Çankaya Ankara 06680
Tel: (312) 427 07 07 Fax: (312) 427 20 84 info@baydas.com

NERO
Bay & Bayan Saç Tasarım

Ankara Tabip Odası Üyelerine Özel
% 15 indirim

6. Cadde 50. Sokak No: 9/A Bahçelievler Ankara
Tel: 212 55 37-38

