

## YENİ SAĞLIK POLİTİKASI VE TIP EĞİTİMİ

*Prof. Dr. Ferda Özyurda*

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Son 10 yıldır ülkemizde Tıp fakülteleri toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt veren, toplumun sağlık düzeyini yükseltecek, sağlığı geliştirecek, sorgulayan, araştıran, donanımlı çağdaş hekimler yetiştirmek amacıyla programlarını değiştirme, geliştirme ve değerlendirme devriminde iken; Dünya Sağlık Örgütü sağlık çalışanlarının toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verecek şekilde yetiştirilmesinin gerekliliğini vurgular ve eylem planı önerirken; çağdaş bir hekimin,

- Koruyucu sağlık hizmetini önceleyen,
- Rekabeti değil ekip hizmetini öngören, hastane merkezli değil topluma dayalı olan, hasta hekim ilişkisine paranın girmediği, her zaman etik değerlerle davranan, Hipokrat yemine gönülden bağlı olduğu artık hekimliğin klasiği olmuş iken, ve

Geçen yıl tıp eğitimi kongremizde, bu özelliklere sahip hekimler yetiştirmek için yeniden yapılandırdığımız tıp eğitiminin sonuçlarını toplumda nasıl değerlendireceğimizi tartışırken yaklaşık iki hafta önce Türkiye Büyük Millet Meclisinde 20-30 milletvekilinin katılımıyla 70 milyon insanımızın yaşamını, sağlığını ve geleceğini ilgilendiren “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası” temel kanun olarak oylanarak kabul edildi. Bu yasa kamuoyuna son derece yararlı, gerekli hatta devrim niteliğinde olarak sunuldu.

Son yıllarda sağlık alanında adım adım bazı uygulamalar yapıp, pembe tablolar halinde sunuluyor ama uygulamalar ve vatandaşın yaşadıkları bu kadar pembe olmuyor. Örneğin, SSK hastaneleri kamu hastanelerine devredilip, SSK eczaneleri yerine serbest eczanelerden yararlanma getirildi ama alınan ilaçlar, ödemeler kısıtlandı, ilaçları yazacak hekimler uzmanlıklarına göre ayrıldı, yaşlı kronik hastalar hastalıkları için yazılan reçeteler için hekim hekim dolaşmaya başladılar. Bu ve bunun gibi gelişmeler insana ister istemez ironik olarak şu sözü hatırlatıyor:

*Yağmuru sevdiğini söylüyorsun  
Yağmura şemsiyeni açıyorsun,  
Güneşi sevdiğini söylüyorsun  
Güneş açınca gölgeye koşuyorsun,  
Rüzgarı sevdiğini söylüyorsun  
Rüzgara pencereni kapıyorsun,  
İşte bundan korkuyorum, çünkü  
Beni sevdiğini söylüyorsun...*

Uluslararası Para Fonu (IMF)'nin dayatması ile geçirilen, yıllardır tartışılan ve karşı çıkılan Genel Sağlık Sigortası Yasası ve Aile Hekimliği Yasası hekimlere ve toplumumuza neler getiriyor? Şöyleki;

Genel Sağlık Sigortası Yasası ile Emekli Sandığı, SSK ve Bağ Kur'a bağlı olarak çalışanlar ve bu sosyal güvenlik kapsamı dışında olanlar Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmaktadır. Toplumdaki tüm bireylerin sosyal güvenceye kavuşturulması olumlu bir yaklaşım olmakla beraber bu eşitlik en düşük ortak paydada eşitlenerek yapılıyor.

Emekli Sandığına bağlı çalışan devlet memurları SSK'lı işçilerle benzer haklarda eşitleniyor artık ve emekliliğe hak kazanılacak çalışma süreleri tüm gruplarda uzatılarak 9000 iş günü esas alınıyor.

### **Yasa kapsamındaki sağlık hizmetleri, yararlanma koşulları ve katılım payları:**

Bu yasa kapsamındaki sağlık hizmetleri; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı, tedavi, rehabilitasyon, organ doku kök hücre nakli, acil sağlık hizmetleri, analıkla ilgili tıbbi hizmetler, rahmin tahliyesi, tıbbi sterilizasyon, ağız ve diş hastalıklarının tedavilerinin ve protezlerin % 50 si, yardımcı üreme yöntemleri 23-39 yaş arasında olmak ve 900 gün prim ödeme koşuluyla iki deneme olarak belirtilmektedir, ancak uygulamaya ilişkin usul ve esaslar yönetmeliklerle düzenlenecektir. Diş

tedavisinde ve yardımcı üreme yöntemlerinde sınırlama ve çevreye yönelik sağlık hizmetlerinden hiç söz edilmemesine rağmen, kapsamlı bir sağlık hizmeti tanımlanmaktadır. Ancak ardından bu sağlık hizmetlerinden kimlerin hangi koşullarda yararlanacağı konusuna gelince sorun ortaya çıkmaktadır.

Şöyleki;

sağlık hizmetinden yararlanmak için, 18 yaşından büyük ve normal koşullar altında (iş kazası, meslek hastalığı, sakatlık vb olmayanlar) sağlık kuruluşuna başvuru tarihinden önceki son 1 yıl içinde 90 gün prim ödeme gün sayısı olması ve prim borcu bulunmaması gerekmektedir. Bu koşul mevcut durumda SSK'ya bağlı olanlarda olmakla beraber Emekli Sandığına bağlı devlet memurlarında yoktu ve devlet memurları sağlık primi ödeme durumunda değillerdi, artık onlar da prim ödeyecekler ve bu % 5 oranında olacak!

Yasa sağlık hizmetlerine katılım payı da getirmektedir:

Ayaktan hekim ve diş hekimi muayenesine katılım payı 2 YTL olacak, bu miktar her yıl arttırılarak belirlenecek, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ( asgari ücretin % 75 ini geçmeyecek şekilde) ve ayaktan tedavide sağlanan ilaçlar için Sigorta kurumunca belirlenmek üzere % 10-20 oranında katılım payını vatandaşlar ödemek zorunda olacaklardır. Yardımcı üreme tedavisinde ise bu oranlar birinci denemede % 30, ikincide % 25 olacaktır. Eğer sevk zincirine uyulmadan bir hekime ya da sağlık kuruluşuna başvurulmuş ise katılım payı % 50 arttırılacaktır.

### **Kim denetleyecek?**

Peki sağlık kuruluşuna başvuran kişi prim ödemiş mi ?, prim ödeme gün sayısını doldurmuş mu? bu koşulları kim denetleyecek? SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI YANİ HEKİMLER! Hekimler artık çağdaş hekimlik ilkeleri, insan hakkı olarak sağlık hizmeti sunmak yerine birer sigorta müfettişi haline getirilmek isteniyor. Zira bu koşulu yerine getirmeyenler kuruma verdikleri zararın 5 katı cezaya çarptırılacaklardır.

Yasaya göre katılım payı alınmayacak haller; iş kazası, meslek hastalığı, afet ve savaş halinde sağlık hizmetleri,kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,sağlık kurulu raporu olan ve Sigorta kurumunca belirlenen kronik hastalıklar, kontrol muayeneleri,şeref aylığı,vatani hizmet aylığı, harp malulü ve terörle mücadele aylığı alan ve SHÇEK'e bağlı olanlar olarak sıralanmaktadır. Yine bu hizmetleri belirlemeye Sigorta Kurumu yetkili kılınmaktadır.

### **Hizmet basamakları ve sevk zinciri**

Yasaya göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularının Sağlık Bakanlığı tarafından belirleneceği ve sevk zincirinin kurum tarafından belirleneceği ifade edilmekte, aile hekimlerinin birinci basamakta yer aldığı belirtilmektedir. Sigorta kurumunun sağlık hizmetlerini sağlaması için sevk zincirine uygun hareket etmek zorunluluğu getirilmekte, ödemeler sistemi buna dayandırılmaktadır. Olağandışı koşullar (afet, savaş, acil vb.) hariç, sevk zincirine uyulmadan sözleşmeli kurum ya da kişilere kişinin başvurusu halinde sunulan sağlık hizmeti için kurumca belirlenmiş olan bedelin %70'i sigorta kurumunca ödenebilecek, kalanı yani %30 'u sigortalının kendisi tarafından ödenecektir.

### **Sağlık Giderlerinin Ödenmesi:**

Sağlık hizmeti için ödenecek bedellerin belirlenmesi için yetkili "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" dur. Bu komisyon, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Hazine Müşteşarlığı ve Sigorta kurumundan birer temsilci olmak üzere 5 kişiden oluşmaktadır. Bu komisyonun üniversiteler, Türk Tabipler Birliği, sendikalar, birçok sivil toplum kuruluşundan görüş alacağı belirtilse de komisyonda hekimlerin olmaması dikkat çekicidir, sağlık hizmetinin sadece bir mali ödeme yaklaşımıyla ele alındığının bir göstergesidir. Halbuki sağlık hizmeti temel insan hakkıdır ve anayasal güvence altındadır.

Yasa sağlık hizmet sunucusu olan hekim ya da sağlık kuruluşlarının sözleşme yaptıkları sağlık hizmetleri için otelcilik hizmeti dışında fark ödemesi isteyemeyeceklerini, yatak bedeli olarak istenebilecek farkın ise kurumun belirlediği yatak bedelinin 4 katını aşamayacağı belirtilmekte, bunun ihlal edilmesi halinde bu sağlık hizmet sunucularının sözleşmeleri 1 yıl feshedilecektir.

Acil hallerde sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularının hizmet bedeli fatura karşılığı sözleşmeliler için belirlenen bedel olarak sigortalıya ödenecektir. Burada hizmet bedelinin ödenip daha sonra kurumdan bedelin alınabileceği anlaşılmaktadır.

Eğer sigortalı kurumla sözleşme yapmamış hekim ya da sağlık kuruluşunu seçer ve başvurur ise, sevk alanlara kurumca o hizmet için belirlenmiş bedelin % 70'i, sevk almayanlara % 50'si fatura karşılığı ödenecektir.

Prim ödemeleri için; prim ödemeye esas kazançlar, ücret, prim, ikramiye ve bu nitelikteki aylık ödemelerin brüt toplamı esas alınarak hesaplanacaktır ( döner sermaye katkı payları hariç); Genel Sağlık Sigortası primi prime esas kazancın % 12.5'udur. Bunun % 5'i sigortalı, % 7,5'u işverence ödenecektir.

## NE GETİRİYOR? NE GÖTÜRÜYOR?

1. Emekli Sandığına bağlı çalışan devlet memurları mevcut kanunlarına göre; sağlık hizmetlerinden ilk maaşlarını almalarından itibaren yararlanabilir, sağlık hizmetinden yararlanmak için herhangi bir prim ödemesi yapmazlardı: Halen çalışanların bazı ilaçlarda ödedikleri katkı payı % 10 oranındaydı. Yeni yasayla, devlet memurları SSK'lı düzeyine indirgenerek eşitlik! sağlanmakta, sağlık hizmetinden yararlanmak için işe başladıktan sonra 90 gün prim ödeme ve prim borcu olmaması koşulu aranmakta, artık maaşlarından %5 prim ödemesi yapma zorunda kalınmakta ve ilaç ve gerekli sağlık gereçlerinden katkı payı %20'ye çıkarılmaktadır. Devlet, devlet memurlarının maaşlarına zammı %2, %4.2 gibi oranlarda tartışırken % 5 i sigorta primi olarak bir çırpıda geri almakta katkı payları ile bunu katmerleştirmektedir. Devlet memurlarının mağduriyeti ve kazanılmış haklarının gaspı söz konusudur.
2. Sağlık hizmet sunucusu hekim ya da hastane gibi kuruluşlar arasında sözleşme yapan yapmayan ve vatandaşlar arasında sevk alan almayan ayrımı getiriliyor. Artık 70 milyon TC vatandaşı için hekim ya da sağlık kuruluşu seçme özgürlüğü bedeli ödendiği takdirde ve bedeli verenler için var.
3. Sağlık hizmet sunucusu hekim ya da sağlık kuruluşları sözleşme yapma, yapmama, yazdığım ilaç, kullandığım araç ya da gereç hasta için gerekli ve yararlıdan çok parası ödenir mi ödenmez mi kaygısı ile sağlık hizmeti sunma durumunda; tıp etiği yerine mali müfettiş gibi kaygılar taşımak zorunda bırakılmaktadır.
4. Yenilik olarak sunulan 18 yaşından küçüklerin GSS kapsamına kabul edilmesi, ülkemizde sağlık sisteminin temelini oluşturan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunda hiçbir yaş ayrımı yapılmadan her bireyin sağlık hizmetinden ücretsiz yararlanması, sevk zinciri ve toplum katılımı zaten vardı. Ancak kanun yozlaştırıldı, ilkelerine uygun olmayan karar ve uygulamalarla içi boşaltıldı.

Genel Sağlık Sigortası Yasasının birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulaması düzenleyen Aile Hekimliği sistemine ilişkin yasal düzenleme; 24.11. 2004 de çıkarılan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve temmuz, ağustos 2005'te çıkarılan yönetmelik ve yönergeler ile yapıldı ve pilot uygulama Düzce ilinde başlatıldı.

Burada 1961 de yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında kanunla yapılandırılan Sağlık hizmetleri ile Sağlıkta Dönüşüm şeklinde sunulan Aile Hekimliği Sistemini karşılaştıracak olursak; ( Şekil 1)

Sosyalleştirme yasaının temeli herkese eşit, ulaşılabilir temel sağlık hizmetini ekip olarak sunmak ve sağlık hizmetine toplum katılımını sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak, sağlık hizmetleri basamaklı olarak yapılandırılmış, birinci basamakta sağlık ocakları yer almıştır. Sağlık ocağında sunulan sağlık hizmeti belli bir nüfusa yöneliktir, sağlık ocağı belli bir bölgede oturan en az 10.000 kişilik bir toplumun sağlığından sorumludur. Sağlık ocağının lideri hekimdir, hekim halk sağlığı hemşiresi, sağlık evi görevlisi ebe veya hemşireler, sağlık memuru ya da çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetlilerle bir ekip olarak topluma koruyucu, iyi edici ve sosyal hizmetleri birlikte sunar. Sağlık ocağının alt ünitesi sağlık evleridir, 2500-3000 kişilik nüfus sağlık evini oluşturur ve sağlık evi

görevlisi ebe veya hemşirelerdir. Sağlık evi gebelik ve doğum, bebek bakımı, izlemi, aşılama, aile planlaması, yaşlı bakım ve takibi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumludur ve bu amaçla kendi bölgesinde düzenli ev ziyaretleri yapar. Sağlık ocağı diğer çalışanları çevreye yönelik koruyucu hizmetler, acil bakım, kayıt tutma ve sağlık hizmet düzeyini değerlendirme ve sağlık müdürlüğü yoluyla sağlık bakanlığına sunma gibi görevleri üstlenmiştir. Sağlık ocağında tedavi edici hizmetleri ekibiyle hekim yürütür ve pratisyen hekim toplumda görülen hastalıkların %95 inin üstesinden gelecek yeterlidir, % 5'ini uzman hekime ( ikinci basamak il hastaneleri ya da dispanserler) ön tanısı ile sevk eder (019 No.lu form ile), uzman hekim kesin tanıyı koyduktan sonra hastanın tedavisi ve tedavinin nasıl izleneceği hakkında bilgi notu ile hastayı sağlık ocağı hekimine yönlendirir. Bu ilişki ikinci basamak hastaneler ile üçüncü basamak uzmanlaşmış hastaneler arasında da vardır. Bu hizmet içi eğitim ve denetim zincirini oluşturur. Sağlık ocağı bölgesindeki salgın hastalıkların önlenmesi ve salgın halinde acil müdahaleler yapmakla da görevlidir ve çevrenin sağlıklı kılınması ve sağlıklı olmanın erdemlerinin toplumun farkında olmasından da sorumludur ve bu amaçla toplum katılımını sağlık kurulları aracılığıyla sağlar. Bu kurullarda muhtar, öğretmen, imam, ebe kadın gibi toplum liderleri ile sağlık ocağı ekibi birlikte çalışır.



Şekil 1: Sosyalleştirmede Sağlık Ocağı ile Sağlıkta Dönüşümde Aile Hekimliği Sistemi

Yaklaşık iki hafta önce emekli olan değerli hocamız Prof.Dr.Arslan Tunçbilek için yapılan bir törende, hocamız anılarından söz ediyordu: “yıl 1964, Arslan Hoca mecburi hizmeti yapmak üzere Diyarbakır Hazro ilçesine hükümet tabibi olarak tayin ediliyor, Sağlık bakanlığı müsteşarı Prof.Dr. Nusret Fişek. Arslan hoca uzun bir yolculuğun sonunda Hazro'ya vardığında kendinden önceki hekimin Van'a sağlık ocağına gittiğini öğreniyor. Bir kaç ay sonra Van'a bu hekim arkadaşını ziyarete ve sağlık ocağını görmeye gidiyor. Sağlık ocağı her türlü araç gereci, lojmanı ve ekibiyle inşa edilmiş durumda. Arslan hoca hükümet tabibi olarak ayda 588 lira maaş alırken, Van sağlık ocağı hekimi ayda 2000 lira maaş almakta ve yine o dönemde Hakkari Lepra Savaş merkezinde çalışan emekli olan hocamız Prof.Dr.Bahattin Korucu 4200 lira maaş almaktadır. Aynı yıl kaymakam maaşı yolluklarla 1000 liradır.” Bu anı demeti o yıllarda hekime ve sağlık hizmetine verilen değeri çok açık ifade etmektedir.

Sağlıkta dönüşüm, bir başka deyişle aile hekimliği sisteminde ise; aile hekimi, ya aile hekimliği uzmanı, ya herhangi bir alandaki uzman hekim ya da kurs görmüş pratisyen hekimdir. Aile hekimi, kendisine kayıtlı 2500-3000 bireye sağlık hizmeti sunmakla görevlidir. Aile sağlığı merkezinde yanında istihdam edeceği bir hemşire ile birlikte çalışır. Kendisine kayıtlı kişilere tedavi edici hizmetleri ve bireye yönelik koruyucu hizmetleri sunar ve sözleşmeli olarak çalışır. İleri uzmanlık isteyen hallerde kişileri kamu ya da özel hastanelere sevk eder, sevk oranı yüksek olmamalıdır.

Ayrıca 100.000 kişiden sorumlu Toplum Sağlığı Merkezleri, sağlık ocaklarının yaptığı, aile sağlığı merkezlerinin yapmadığı çevre sağlığı, okul sağlığı, iş sağlığı, afet hallerinde sağlık hizmeti sunma, aile sağlığı merkezlerinin eşgüdümünün sağlanması, sağlık eğitimi, hizmetlerin organizasyonu, kayıtların tutulması vb. görevleri üstlenmiştir. Bu merkezlerde halk sağlığı, adli tıp, epidemiyoloji, pratisyen hekim, çevre sağlığı teknisyeni, hemşire ebe gibi bir ekip önerilmekte ama ekip anılırken bu uzmanlıklar sıralanmamaktadır.

### Değişen nedir?

1. Sağlık hizmeti belli bir nüfustan oluşan topluma yönelik değil, tek tek bireylere yönelik düzenlenmektedir. Bu yapılanma birinci basamak sağlık hizmetlerinde tüberküloz, sıtma, kuş gribi, şarbon gibi hastalıkların yeniden kendini gösterdiği günümüzde salgınların kontrolü, önlem alınması, müdahale edilmesine engel teşkil edecek, toplum sağlığını riske atacaktır.
2. Sağlık ocağı hekimi en az 10.000 kişinin sağlığından sorumlu iken, aile hekimi 2500-3000 kişiden sorumludur.
3. Sağlık ocağı hekimi ekibi ile birlikte çalışır ve topluma sağlık hizmetini ekip olarak sunar. Ekipteki her bir çalışan sağlık hizmeti ile ilgili özgün görevleri vardır, ekibin lideri sağlık ocağı hekimidir. Ekipteki her kişi devlet memurudur.

Aile hekimi ise, aile sağlığı elemanı hemşire ile çalışır ve bu hemşirenin işverenidir. Kendisi de **sözleşmelidir** ve kayıtlı kişi sayısı ve iş güvencesi onun kaygısını oluşturur.

Şöyleki; aile hekimleri vali ile 1 yıllık sözleşme yaparak çalışırlar. Bu sözleşme, aile hekimine kayıtlı kişi sayısı 1000'in altına düşerse, aile hekimi başka bir işte çalışırsa, 10 gün süreyle göreve gelmezse vb. ihbar ve ikazsız feshedilir. Uyarılarak sona erdirmeye ise, aile sağlığı merkezinin fizik ve teknik eksikliklerini gidermeme, 1 yılda 10 gün işe gelmeme, denetimlerde işbirliği yapmama, verileri ibraz etmeme, eğitimlere devamsızlık yapma, koruyucu hizmet oranını % 80'in altına düşürme gibi hallerdedir.

Aile hekimi sözleşmesini sona erdirmek isterse 2 ay önceden bildirmek zorundadır, 2 ay önceden bildirmezse 1 yıl aile hekimliği yapamaz, bir başka deyişle sanki istifa etmiş sayılır. Görülüyor ki; birinci basamakta çalışan hekimlerimizin artık iş güvencesi kalmamakta, birinci basamak hekimlik etiği ayaklar altına alınarak özelleştirilmektedir.

### Düzce Aile Hekimliği Pilot Uygulaması

2005 sonbaharında aile hekimliği pilot uygulaması Düzce ilinde başlatıldı. 10 Nisan 2006'da Türk Tabipler Birliği, Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği ve tıp fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim dallarının katılımıyla oluşan bir ekip bu pilot uygulamayı yerinde incelediler. Bu inceleme gezisinin sonucunda karşımıza çıkan tablo şöyle:

- ❖ Düzce'de sağlık ocağı binaları aile sağlığı merkezlerine dönüştürülmüş ve binalarda sağlık ocağı ve aile sağlığı merkezi tabelaları yan yana duruyor. Sağlık ocağı nüfusları 3000 kişi olarak

- bölünerek her biri bir aile hekimi olarak görev yapacak pratisyen hekimlere verilmiş, sağlık ocağındaki odalar da aile hekimlerinin muayene ünitelerine dönüştürülmüş,
- ❖ Günlük muayene ortalamaları 60, sevk oranı %10 kadar ama sevk zinciri uygulanmıyor.
  - ❖ Kırsal bölgelere hizmet gezici hizmet olarak haftada 4 saat olarak veriliyor, bu hizmet mobile çıkmak olarak ifade ediliyor.
  - ❖ Aile hekimlerinin ücreti sözleşmeli personel statüsünden ödeniyor ve buna ek olarak kaynağı ifade edilemeyen 1940 YTL veriliyor ve böylece ortalama 5000YTL kazançları var. Bu durumdan memnunar, ancak sağlık ocağı ve araç ve gereçleri şu anda onlara tahsis edilmiş durumda, daha sonra bunları karşılamak için kira, araç, gereç gideri ödeyeceklerini düşünerek belirsizlik ve kaygı içindeler, bu nedenle aralarında rekabet hatta promosyon dağıtımı başlamış durumda.
  - ❖ Sağlık ocağının sertifikalı personeli dağıtılmış durumda olduğundan aile sağlığı merkezlerinin çoğunda aile planlaması hizmeti sunulmuyor, eğer yetkili personel orada ise bu hizmet toplum sağlığı merkezine devredilmiş durumda.
  - ❖ Yasada bulunan prim, katkı payı ve denetim uygulanmıyor. İdari yetkililer önceden de burada hizmetin iyi şekilde aynı yerlerde sunulduğunu ifade ediyorlar.
  - ❖ Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimler sözleşmeli aile hekimlerinden daha az maaş alıyorlar, bu nedenle biraz buruk durumdadır ama belirsizlik hissettiklerinden devlet güvencesini kaybetmek istememişler. Yoğun iş yükü, kayıtlar içinde bunalmış durumdadır. 100.000 nüfustan sorumlular ama bu nüfus eskisine göre belirsiz olduğundan yapılacak hizmet dağılmış durumda.

Görüldüğü gibi; Düzce pilot Uygulaması tam bir aile hekimliği sistemi uygulaması değil, sağlık ocakları bölünerek aile sağlığı merkezlerine dönüştürülmüş durumda, vatandaş için de pek fazla değişen bir şey olmamış ama yaklaşık 8 ayda hekimlerin kaygılarının nasıl arttığı ortada!

#### 4. Sistem düzenli prim toplamaya ve katkı payına dayalı olduğundan **sürdürülebilir**

**değil**2003 'de işsizlik oranının %10.5 olduğu, uzman hekim sayısının 43.660, pratisyen hekim sayısının 51.530, hemşire sayısının 79.059, gereken aile hekimi sayısının 23–24.000 olduğu düşünülecek olursa; sistemin sürdürülebilir olmadığı, pahalı bir hizmet üretileceği ve hekim işsizliğinin yakın bir tehdit olarak bizleri beklediği açıktır.

#### 5. Sağlık hizmeti sunulan yerler **artık kamu alanı değil**

Sağlık hizmeti birinci basamak sağlık hizmet sunumunun da özelleşmesi ile artık kamu alanı olmaktan çıkmaktadır.

### Tıp Eğitimi ile bu sistem bağdaşır mı?

Bu durumda tıp eğitimcileri olarak kendimize şu soruyu sormamız gerek:

- ❖ Birinci basamakta kişiye yönelik tedavi edici ağırlıkta ve koruyucu hizmetleri de içeren, rekabeti iyi bilmesi gereken, insanın sağlığını öncelemek yerine sigorta sisteminin gelirlerini önceleyen, meslek etiğini pek önemsemeyen hekimler yetiştirmeyi mi amaçlamalıyız?  
**YOKSA;**
- ❖ Toplumun sağlık gereksinimlerini çözmeye odaklanmış, ayrımsız her insana kaliteli sağlık hizmeti sunabilen, araştıran, sorgulayan, etik kuralları tüm yaşamında benimsemiş, sağlık hizmetini ekibi ile birlikte ekibinin lideri olarak sunan, doğru karar veren, yönetici hekimler mi yetiştireceğiz?

**İnanıyorum ki; kararımız ikincisidir ve tüm dünyada olduğu gibi, üniversite kimliğine yakışır şekilde belirlediğimiz tıp eğitiminin misyon ve vizyonunu gerçekleştirmeye devam etme kararlılığında olacağız.**

**Bu amaçla, bilimin en gerçek yol gösterici olduğunu söyleyen Mustafa Kemal Atatürk'ün gençliğe hitabesini bir kez daha hatırlayıp onun aydınlatığı yolda ilerlemeliyiz.**