

ÜREME POLİTİKALARI¹ ÜZERİNE BAZI NOTLAR: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI, AİLE HEKİMLİĞİ VE GEBLİZ SİSTEMİ

Seda Saluk

Bu yazı kadın emeğini, bedenini ve cinselliğini denetleyen pronatalist -yani doğum yanlısı ya da doğurganlığı ve çocuk sayısını artırmayı hedefleyen- söylem ve politikaların sağlık kurumlarına nasıl yansıdığını tartışmayı hedefliyor. Sağlık sisteminin içinden geçtiği neoliberal reform süreçlerini de göz önünde bulundurarak, devletin çoğunlukla doğurganlığı kontrol etmek ve yeniden düzenlenmek amacıyla vaat ettiği ya da bazen bizzat kadınlar tarafından talep edilen üreme sağlığı hizmetlerine odaklanıyor. Yazar saha çalışmasındaki gözlemlerine ve görüşmelerine dayanarak hem hizmetlerinin yapısındaki ve dağılımındaki hem de sağlık çalışanı ile hizmetleri kullanan kadınlar arasındaki ilişkilerdeki değişimleri aktarıyor. Özellikle hamile kadınların tespit ve takip edilmesi için kullanılan elektronik sağlık kayıt sistemlerinin nasıl uygulandığını inceleyerek pronatalist politikaların sağlık alanındaki izdüşümleri üzerine bir tartışma başlatmayı hedefliyor.

Türkiye’de yaşayan kadınlar olarak özellikle son yıllarda hayatımızın her alanına sirayet etmiş olan pronatalist -yani doğum yanlısı ya da doğurganlığı ve çocuk sayısını artırmayı hedefleyen- söylemler ve politikalarla mücadele ediyoruz. Hükümetin sık sık kadınları en az üç çocuk doğurmaya davet etmesi, “her kürtaj bir Uludere’dir” açıklamaları ve akabinde gelen kürtaj ve sezaryen düzenlemeleri, hastanelerde gebelik testi yaptıran kadınların fişleniyor olduğu haberleri ve de kadınları hem esnek ve güvencesiz çalışmaya hem de aileye ve çocuk bakımına mahkûm eden kadın istihdam politikaları, gündemimizi meşgul eden pronatalist düzenlemelerden sadece birkaçı. Bu düzenlemeleri, Türkiye’deki feministlerin ve akademisyenlerin uzun zamandır işaret ettiği gibi, ne kadınlığı annelik ve üremeye eşitleyen ve devletin tanımladığı makbul aile kavramını merkezine alan muhafazakâr politikalarından ne de kadınları esnek işgücü olarak yerel ve küresel kapitalist markete entegre etmeyi hedefleyen neoliberal mantıktan ayrı düşünebiliriz. Muhafazakârlık ve neoliberalizm arasındaki girift ilişki, aynı zamanda kadınların iş yaptığı, kullandığı ve etkilendiği pek çok alanı piyasa mantığı ve yönetme tarzıyla yeniden düzenleyerek halihazırda var olan ve doğurganlığın kontrolünü hedefleyen politikaların ve uygulamaların yeni biçimlere bürünmesine neden oluyor. Bu girift ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için kadın emeğini, bedenini ve cinselliğini denetleyen pronatalist söylem ve pratiklerin farklı alanlara nasıl yansıdığına daha yakından bakmak gerekiyor.

Ben de bu yazıda, İstanbul’da yürüttüğüm kısa süreli saha çalışmasına dayanarak pronatalist

Telif ©2014 ISSN 1307-0932

Kültür ve Siyasette Feminist Yaklaşımlar

Sayı 24 (Ekim 2014)

hükümet politikalarının uzun zamandır reform sürecinden geçmekte olan sağlık hizmetlerine nasıl yansıdığına dair bir tartışma başlatmayı hedefliyorum. Bunun için de devletin çoğunlukla doğurganlığı kontrol etmek ve yeniden düzenlenmek amacıyla vaat ettiği ya da bazen bizzat kadınlar tarafından talep edilen cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ve bu hizmetlerin yaygın olarak sunulduğu birinci basamak sağlık kurumlarına,² özellikle de aile sağlığı merkezlerine –eski adıyla sağlık ocakları- odaklanacağım. Elbette sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişiklikleri anlayabilmek ve tartışabilmek için bunları öncelikle ekonomik ve politik bağlamına yerleştirmek, sağlık sisteminin içinden geçtiği neoliberal reform süreciyle beraber düşünmek gerekiyor. Sağlık reformları, doğum yanlısı politikalarla birleştiğinde sağlık çalışanlarını, sağlık hizmeti kullanıcılarını ve kadınlar üzerindeki denetim mekanizmalarını nasıl etkiliyor? Bu politikalar hem devlet ve vatandaş arasındaki ilişkiyi hem de vatandaşlar arasındaki ilişkileri nasıl düzenliyor? Sağlık kurumları, görev tanımları içerisinde bulunan herkese eşit ve kolay erişilebilir kadın sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini ne kadar ve ne şekillerde yerine getirebiliyor? Kadınlar kullanmak istedikleri sağlık hizmetlerini hangi koşullarda talep edebiliyorlar ya da bu hizmetler hangi kadınlara, hangi koşullarda temin ediliyor?

Yukarıdaki soruları tartışmayı hedefleyen bu yazı, 2014 yılının Mart–Haziran ayları arasında İstanbul’da bulunan çeşitli sağlık kurumlarına yaptığım ziyaretleri, Kadıköy ve Sultanbeyli’de bulunan iki farklı aile sağlığı merkezinde (ASM) gerçekleştirdiğim birer aylık katılımcı gözlemleri, konuyla ilgili belge ve internet taramalarını ve sağlık çalışanları (ebeler, hemşireler, eğitimciler ve hekimler) ve sivil toplum kuruluşlarından (dernekler, sendikalar, meslek örgütleri) kişilerle yaptığım yarı resmi sohbetleri ya da derinlemesine görüşmeleri temel alıyor. Öncelikle belirtmeliyim ki bu yazı, nihayete erdirilmiş bir analiz sunmaktan ziyade şimdiye kadar yaptığım gözlem ve görüşmeleri aktararak ileriye dönük bir tartışma açmayı hedefliyor. Niteliksel araştırma yapan sosyal bilimcilerin çokça kullandığı “alan” ya da “saha” kavramı aslında çok parçalı, dağınık ve pozitivist yanlısının aksine zamansal ve mekânsal sınırları olmayan bir pratik. Bu nedenle bu yazının bazı kısımları aynı zamanda sağlık sistemindeki birtakım uygulamaların kendi hayatımdaki yansımalarına, yakın çevremdekilerin deneyimlerine ve de dost sohbetlerindeki kadın paylaşımlarına da dayanıyor.

Yazımın ilk bölümünde, daha sonra gelen tartışmalara ve analizlere bir arka plan vermesi bakımından Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında yürürlüğe konulan ve sağlık sisteminin neoliberalleşmesine ivme kazandıran Sağlıkta Dönüşüm Programı’na (SDP) kısaca değineceğim. Bu bölümde özellikle performansa dayalı ek ücretlendirme uygulamasını aktararak performans

sisteminin sağlık çalışanlarını ve üreme sağlığı hizmetlerini nasıl etkilediğini tartışmaya çalışacağım. İkinci bölümde, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin yoğun olarak verildiği aile sağlığı merkezlerinin (ASM) yapısını ve işleyişini büyük ölçüde değiştiren birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden inşa sürecine ve yine ASM’lerde uygulanan Aile Hekimliği Sistemi’ne değineceğim, bu değişikliklerin üreme sağlığı hizmetlerini nasıl etkilediğine dair izlenimlerimi paylaşacağım. Yazımın son kısmında ise hamile oldukları tespit edilen kadınların İstanbul’daki ASM’ler tarafından takibinde yaygın olarak kullanılan ve merkezi bir elektronik sağlık kayıt sistemi olan Gebe, Lohusa, Bebek ve Çocuk İzlem Sistemi’nin (GEBLİZ) planlanması ve işleyişine dair gözlemlerimi aktaracağım.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Neoliberalizm ve Prekarya

Hükümetin sağlık sistemine erişimde var olan eşitsizlikleri gidereceğini ve sağlık hizmetlerini merkezi-bürokratik işleştirmekten kurtaracağını öne sürerek 2003’te yürürlüğe koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık hizmetlerinde bir dizi değişimi de beraberinde getirdi. Örneğin farklı sigorta biçimleri Genel Sağlık Sigortası (GSS) adı altında tek bir sigortada birleştirildi ve çeşitli sağlık kurumlarıyla sözleşmeye dayalı anlaşmalar yapıldı; Sağlık Bakanlığı’nın teşkilatı yeniden yapılandırılarak sağlık kurumlarının işleyiş ve örgütlenme tarzı değişti; kamuya ait kurumlar planlama ve denetim yetkisi yine Bakanlık’ta olacak şekilde idari ve mali olarak özertleştirildi; sözleşmeli ve taşeron personel uygulaması ile sağlık çalışanlarının istihdam koşulları değiştirildi; 184 şikâyet hattı, hasta hakları birimleri, performansa dayalı değerlendirme ve ek ücretlendirme sistemi gibi uygulamalar arttı ve teşvik edildi; sağlıkta dijitalleşme ve elektronik kayıt sistemleri yaygınlaştırılarak Bakanlık tarafından hasta ve çalışan bilgilerine ulaşmak kolaylaştı. Böylece hantallaştığı ve tekelleştiği düşünülen kurumlar, özel sektör işletme prensipleriyle yeniden düzenlenerek yerinden yönetilmeye başlandı. Daha etkin, kaliteli ve “serbest piyasa”yla bütünleşmiş hizmet verebilmek amacıyla yapıldığı öne sürülen bu değişiklikler aslında tam da etrafımızı kuşatmış olan neoliberalleşmenin ya da bürokratik terimlerle ifade etmek gerekirse Dünya Bankası ya da Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi küresel sermaye odaklarının da teşvik ettiği “iyi yönetim” ilkesinin tezahürleri. Eskiden sadece Sağlık Bakanlığı’nın elinde olan merkezi güç artık hem sağlık kurumları hem de sağlık hizmeti kullanıcıları arasında paylaşılıyor; böylece sistem içinde yetki ve sorumluluk alan farklı birey ve birimler kendi yönetimlerine ortak oluyorlar.³

SDP ile birlikte gelen değişiklikler sağlık çalışanlarının iş koşullarını da büyük ölçüde etkiliyor. Meslek örgütleri ve sağlık sendikaları, uzun zamandır esnek istihdam adı altında yapılan

sözleşmeler ve sağıkta taşeronlaşmanın, özellikle bakım hizmeti sağlamakla yükümlü olan ve çoğunluğunu kadınların oluşturduğu hemşireler, ebeler ve hastabakıcılar üzerine ağır bir yük getirdiğini belirtiyorlar. Sağlık çalışanları bir anlamda ağır iş yükleriyle, kalite standartlarıyla ve performans baskısıyla birlikte güvencesiz iş koşullarında çalışmaya mahkûm edilerek prekaryalaşıyor.⁴ İstihdam koşullarındaki değişikliklerin yanı sıra randevu alırken hekim seçebilme, 184 şikâyet hattı ve hasta hakları birimleri gibi uygulamalar da sağlık çalışanlarının prekaryalaşmasını etkileyen faktörler. Başta hak temelli bir anlayışa bağlı olarak kurulduğu izlenimi veren yeni sistem aslında daha çok müşteri memnuniyeti mantığına dayanıyor. Bir bakıma hasta haklarının korunduğu iddia edilirken çalışan hakları göz ardı ediliyor. Örneğin görüşme yaptığım bir ASM hekimi, sağlık çalışanlarının karşılaştıkları zorluklar ve adaletsizlikler karşısında aynı şekilde başvurabilecekleri bir sistemin henüz tam olarak oturtulmuş olmadığını söylüyor. Son yıllarda özellikle de kadın sağlık çalışanlarına yönelik sözlü taciz ve fiziksel şiddet vakalarının artması da bu durumun bir yansıması olarak okunabilir.⁵

Performansa Dayalı Değerlendirme ve Pronatalizm

SDP kapsamında yürürlüğe sokulan bütün bu neoliberal düzenlemelerin, doğum yanlısı politikalarla birleştğinde sağlık hizmetlerinin dağılımını ve özellikle de kadın sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini ne şekilde etkilediğini tam olarak anlamak için elbette daha kapsamlı bir araştırmaya ihtiyaç var. Ancak sağıkta performansa dayalı değerlendirme ve ek ücretlendirme sistemine biraz daha yakından baktığımızda aradaki ilişkiye dair bir fikir sahibi olabileceğimizi düşünüyorum. Performans uygulaması, Sağlık Bakanlığı'nın verilen hizmetler karşılığında sağlık çalışanlarına döner sermaye üzerinden yine Bakanlık'ın belirlediği kriterlere ve çalışanların performans puanlarına dayanarak ek ödeme verdiği bir sistem. Birinci basamaktaki sağlık çalışanları aynı zamanda Bakanlık tarafından sıkı sıkıya denetlenen aşıları ve gebe ve bebek izlemleri aksatmaları durumunda performans puanlarının düşmesiyle ve akabinde ücretlerinde kesintilerle karşılaşılıyorlar. Meslek örgütlerinin performans sisteminin verilen sağlık hizmetlerinin dağılımını olumsuz etkileyeceği ve çalışanlar arasında ücret farklılıklarına ve eşitsizliklere neden olacağı yönündeki uyarılarına rağmen Bakanlık, sistemin çalışan performansını ve sağlık hizmetlerindeki verimliliği ve kaliteyi artıracığı görüşünde. Görüşme yaptığım hastane hekimleri ve aile hekimleri, ek ücretlendirme sisteminden hemşire ve ebelere kıyasla daha yüksek pay aldıklarını söylüyorlar, ancak bu durum performans puanlarında ve ücretlerinde de daha yüksek kesintiler demek. Yine de görüştüğüm hekimlerin performans sisteminden çok fazla şikâyetçi olmadıklarını söyleyebilirim. Ancak hemşire ve ebeler için aynı şeyi söylemek mümkün değil. Çoğunlukla kadınların oluşturduğu bu ikinci grup, sağlık

hizmetlerinin dengesiz bir biçimde performans kapsamında değerlendirilmesinden, performans ölçümlerinin yaptıkları işin niteliğinden ve harcadıkları emekten çok işin miktarına ve pozisyonlarına göre yapılmasından ve özellikle negatif performans uygulamasından oldukça şikâyetçiler. Bu çalışanlar, kendilerine kayıtlı kişiler arasındaki hamile kadınları ve yeni doğan bebekleri tespit ve takip etmekle görevlendirildiklerini, ancak kadınların bu hizmetleri talep etmedikleri ya da farklı gerekçelerle hizmeti reddettikleri durumlarda dahi negatif performans uygulaması kapsamında ücretlerinin kesildiğini belirtiyorlar. Hekimlere kıyasla çok daha düşük ücretler aldıkları için maaşlarındaki herhangi ufak bir kesintinin dahi kendileri için sorun yarattığını söylüyorlar. Bu nedenle bu takipleri izlem yaptıkları kadınlarla karşı karşıya gelme pahasına sıkı sıkıya yapmaya çalışıyorlar. Üreme sağlığı hizmetlerinin kadınların sağlık kurumlarına gelmeleri beklenmeden aktif olarak verilmeye çalışılması elbette çok önemli bir koruyucu sağlık uygulaması. Ancak Bakanlık'ın aktif olarak verilmesini istediği -hatta görüştüğüm ASM hemşireleri ve ebelerinin sıkça söylediği gibi negatif performans uygulaması ile cezalar üzerinden kendilerine dayattığı- hizmetler ne yazık ki sadece nüfusun ve doğurganlığın denetim ve kontrolüne yönelik olan sağlık hizmetleri. Örneğin 15-49 yaş kadın izlem gibi kadın sağlığına yönelik koruyucu hizmetler ya da aile planlaması gibi üreme sağlığı hizmetleri performans uygulaması kapsamında değerlendirilmiyor. Hemşire ve ebeler de bu nedenle iş yüklerinin çok ağır olduğu zamanlarda buralara çok özen göstermeyebildiklerini söylüyorlar. Benzer bir biçimde, görüştüğüm bir hastane hekimi, yasal olmasına karşın son zamanlarda hastanelerin isteğe bağlı kürtaj işlemi yapmak istememesini hekimlerin fişlenme korkusunun yanı sıra performans puanı yüksek olmayan, yani kâr getirmeyen kürtaj işlemiyle uğraşmak istememelerine de bağlıyor. Performans sistemi ve alınan ek ücretler nedeniyle son dönemde ameliyat oranları ve bununla bağlantılı olarak sezaryenler artmış, Bakanlık bu durumla mücadele etmek için yine performans katsayılarıyla oynayarak sağlık çalışanlarının normal doğumda aldıkları puanları ve ücretleri artırmıştı.⁶ Bu örnekler özelinde özellikle vurgulanması gereken nokta, performans sistemi gibi neoliberal uygulamaların hükümetin pronatal politikalarını tamamlayıcı işlev görüyor olduğu. Bakanlık'ın belirlediği performans kriterleri yoluyla kadınlar üzerindeki pronatalist kontrol ve denetim mekanizmaları artarken doğurganlığı baskılayan ya da kontrol altına alan sağlık hizmetleri kazanç getirmediği ya da aynı denetim mekanizmasına tabi tutulmadığı için sağlık çalışanları tarafından tercih edilmiyor ya da önem sırasında daha altlara düşebiliyor.

Birinci Basamağın Yeniden İnşası ve Aile Hekimliği Sistemi

Pronatalist hükümet politikalarını ve sağıkta neoliberalleşmeyi genelde hastaneler, yani ikinci ve üçüncü basamak sağık kurumları üzerinden tartışıyoruz. Halbuki yukarıda da bahsettiğim gibi birinci basamak sağık kurumları cinsel sağık ve üreme sağığı hizmetlerinin yaygın olarak verildiğı yerler. Sağıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile bu kurumlardaki hizmetlerin işleyiş ve finansmanında da önemli değışiklikler meydana geldi. Birinci basamağın yeniden inşası sırasında bir dönem cinsel sağık ve üreme sağığı hizmetlerinde önemli rol oynayan ana çocuk sağığı ve aile planlaması merkezlerinde (AÇSAP) önemli değışikliklere gidildi. 1990'lı yılların “planlı kalkınma” döneminde Türkiye, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından aile planlamasını en iyi uygulayan ülke seçilirken AÇSAP'lar özellikle Kürt nüfusunun yoğun olduğu illerde gerçekleştirilen bu “başarı”da önemli bir rol oynuyordu.⁷ AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2003-2007 yılları arasında Avrupa Birliğı ve Sağık Bakanlığı işbirliğıyle yürütölen Türkiye Üreme Sağığı Programı boyunca üreme sağığı hizmetlerinin standardizasyonu ve yaygınlaştırılmasında da önemli bir rol üstlendi. 2009 yılında ise hizmetlerin tek elden ve daha güçlü yürütölebilmesi amacıyla müdürlük lağvedildi ve sayıları azaltılan merkezler toplum sağığı merkezlerine (TSM) bağlandı. Eskiden her ilçede iki ya da üç tane AÇSAP varken artık sadece bir AÇSAP bulunuyor. Az sayıdaki kurum da doğrudan cinsel sağık ve üreme sağığı hizmeti sunmaktansa artık daha çok planlama ve denetim yapıyor; gebelik okulları, evlilik öncesi sağık eğitimi gibi eğitim hizmetleri sağlıyor.

Birinci basamaktaki bir başka büyük değışiklik de sağık ocaklarında meydana geldi. 2005 yılından itibaren tüm Türkiye'de aşama aşama aile hekimliğı uygulamasına geçilmesiyle beraber eskiden mahalle düzeyinde örgütlenen ve bütün giderleri Sağık Bakanlığı tarafından karşılanan sağık ocakları zamanla muayenehane mantığına dayalı yarı özel sağık işletmeleri olan aile sağığı merkezlerine (ASM) dönüştüröldü.⁸ Ancak ASM çalışanları bu geçişin kendilerine kayıtlı olan nüfusa yeterince anlatılmadığı, bu durumun da kişiye yönelik koruyucu sağık hizmetlerinin verilmesinde önemli engeller oluşturduğu görüşünde. Örneğın Kadıköy'de görüşme yaptığım sağık çalışanları, aile hekimliğı uygulamasına ilk geçildiğinde kendilerine kayıtlı kişilerle tanışmak ve onları merkezlere davet etmek için kapı kapı gezdiklerini, ancak mahallelilerin sistemden haberdar olmamaları nedeniyle büyük tepkiyle karşılaştıklarını belirtiyorlar. Özellikle gelir seviyesinin yüksek olduğu ilçelerde karşılaşılan tepkilerin şiddeti, bir dönem sitelerin girişlerine “dilenci, satıcı ve aile hekimi giremez” yazılı tabelalar asılmasından da anlaşılabilir.⁹

Aile sağlığı merkezlerinin finansmanı Bakanlık tarafından hekimlere verilen toplu bir bütçe üzerinden işliyor; Bakanlık hekimlerden kurum giderlerini ve tıbbi sekreter, temizlik çalışanı ya da acil hemşiresi gibi personelin ücretlerini bu bütçeden karşılamalarını, yani ASM'yi işletmelerini bekliyor. ASM'ler Bakanlık'ın belirlediği kalite kriterleri doğrultusunda A, B, C ve D olarak sınıflandırılıyorlar ve bu sınıflandırmaya göre aldıkları bütçe değişiyor. Neoliberal yönetme biçiminin izdüşümü olan bu uygulamalar, kurumları tamamen özelleştirmekten ziyade Bakanlık tarafından verilen toplu bütçeyi kurumların yönetmelerini sağlamak demek. Böylece kurumlar özerkleşiyor ama aynı zamanda devletin denetleyici rolünden tamamen bağımsızlaşmıyor.¹⁰ Eskiden sağlık ocaklarının bina ve demirbaşlarından temizlik malzemelerine kadar bütün kaynak ve harcamaları kamu bütçesinden karşılanırken ASM'ler buldukları binaları ya devletten ya da özel mülk sahiplerinden kir alıyor, Bakanlık'ın karşıladığı aşılarda ve aile planlaması malzemeleri hariç bütün sağlık ve temizlik malzemelerini özel şirketlerden satın alıyor. Hemşireler, ebeler ve sağlık memurları, mesleki farklar gözetilmeksizin yeni yönetmelikte aile sağlığı elemanı olarak geçiyor. Hekimler haricindeki ASM çalışanları, devlette kadroları olsa dahi sözleşmeli olarak ya da taşeron firmalar aracılığıyla istihdam ediliyor. Meslek örgütleri ve sağlık sendikaları, bu özel işletme mantığı ve istihdam düzeninin aile hekimleri ve diğer çalışanlar arasında işveren/patron-işçi ilişkisinin doğmasına neden olduğu/olacağı ve işyeri barışının ve ekip dayanışmasının bozulmasını beraberinde getirdiği/getireceği görüşünde. Gözlem yaptığım ASM'lerde aile hekimlerinin, bulunması zor ve pahalı olan ilaçları bazen birbirlerinden sakladığını, bazı hekimlerin diğer ASM çalışanlarına tıbbi eldiven ya da tuvalet kâğıdı gibi malzemelerin tasarruflu kullanımı yönünde sıkıyönetim uyguladığını ya da bir temizlik elemanının kendisini işe alan yönetici hekimin sigortasını eksik yatırdığını söylediğini göz önünde bulundurduğumda meslek örgütlerin ve sendikaların bu konuda çok da haksız olmadıklarını söyleyebilirim.

Aile hekimliği sisteminin ve ASM'lerin adlarından da anlaşılacağı gibi birinci basamaktaki cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri yine aileyi temel alıyor. Cinsel sağlıktan çok üreme sağlığı kapsamında verilen bu hizmetler, daha çok heteroseksüel evli çiftleri ve özellikle kadınları hedef alıyor. Verilen bu hizmetlerin başında gebelik ve lohusalık takibi, aile planlaması danışmanlığı, gebelikten korunma yöntemlerine yönelik bilgilendirmeler, doğum kontrol hapı ya da prezervatif temini, gebeliği önleyici iğne ya da rahim içi araç (RİA) uygulaması gibi hizmetler var. Türk Tabipleri Birliği'nin yaptığı bir araştırma, RİA kullanımının aile hekimliğine geçilmesiyle beraber önemli ölçüde azaldığını belirtiyor.¹¹ Bunun bir nedeni AÇSAP'ların artık bu hizmeti vermemesi olabileceği gibi diğer nedenleri de RİA uygulamanın hem performans kriterleri kapsamında

değerlendirilmemesi, hem uygulama sorumluluğunun sadece A ve B sınıflarındaki ASM'lerde olması, hem de sağlık çalışanlarının da belirttiği gibi RİA uygulamaya yönelik hizmet içi eğitimlerin eskisi kadar sık yapılmıyor olması olabilir. Örneğin Kadıköy'de görüşme yaptığım bir hemşire ASM'lerinde RİA sertifikası olan sadece bir aile hekimi olduğunu, ancak onun da bu hizmeti vermeyi tercih etmediğini çünkü hem merkezde hijyenik bir oda bulunmadığını hem de RİA takmanın oldukça meşakkatli olduğunu söyledi. Talep gelmesi durumunda ise kadınları belediyelerin kadın sağlığı merkezlerine yönlendirdiklerini belirtti. İkinci ya da üçüncü basamaktaki hastanelere çok fazla yönlendirmediklerini, çünkü bu tip üreme sağlığı hizmetlerinin daha çok birinci basamakta verilmesi gerektiğini de ekledi. ASM'lere gelen taleplerin karşılanması çoğunlukla sağlık çalışanlarının kendi kişisel çabalarına ve inisiyatiflerine bağlı. Özellikle hem Kadıköy'deki hem de Sultanbeyli'deki hemşire ve ebelerin yakındığı bir diğer konu da aile hekimliği sistemine geçildikten sonra Bakanlık tarafından verilen hizmet içi eğitimlerin azalmış olması. Sultanbeyli'de çalışan bir hemşire, aile hekimliği ile birlikte özel kurumlardan çok sayıda personel alındığını, bu personelin de özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı ya da aşılama gibi konularda hizmet içi eğitimlere ihtiyaç duyduğunu, ancak eğitimlerin artık organize edilmediğini belirtiyor.

Görüşme yaptığım hemşire ve ebeler Bakanlık'ın toplum sağlığı merkezleri (TSM) aracılığıyla kendilerine gönderdiği aile planlaması malzemelerinin sayısında gözle görülür herhangi bir azalma olmadığını söylüyor. Kadıköy'de çalışan hemşireler kendilerine çok talep gelmemesi nedeniyle aile planlaması konusunda malzeme eksikliği sıkıntısı çekmiyorlar. Ancak Sultanbeyli gibi kalabalık nüfusa sahip ya da vatandaşların birinci basamağı sıkça kullandıkları yoksul ilçelerde çalışan hemşireler, malzemelerin yetmediğini ve ASM'ye hap ya da prezervatif almak için gelen kadınları pek çok kez elleri boş göndermek zorunda kaldıklarını söylüyor. Biten doğum kontrol haplarının ya da prezervatiflerin yenilerini istediklerinde Bakanlık'tan kendilerine ilaç ihalesinin devam ettiği, bu nedenle ellerinde henüz malzeme olmadığı bilgilendirmesi geldiğini de ekliyorlar. Bu gibi durumlarda Bakanlık ASM'lerden bu malzemeleri kendi bütçelerinden temin etmelerini istiyor. Bu da ASM'leri işleten hekimlerin sağlık malzemesi harcamalarından olabildiğince tasarruf etmek ve bütçeyi başka kalemlere aktarmak istemeleri durumunda malzeme eksikliğine neden olabiliyor.¹² Görüştüğüm hemşire ve ebeler, doğum kontrol haplarının da yakın geçmişte kamu sigortası kapsamında çıkarıldığını hatırlatırken hapları ASM'lerde ücretsiz dağıtsalar da bu hizmetin duyurusunun Bakanlık tarafından çok fazla yapılmadığını söylüyor.

Yazımın bir önceki bölümünde de aktardığım gibi, ASM’lerde verilen üreme sağlığı hizmetleri arasında sadece gebelik ve bebek takipleri negatif performans uygulaması kapsamında değerlendiriliyor. Bakanlık, ASM’ye kayıtlı her bir kişi için aile hekimi birimlerine performans dahilinde ek ücret ödüyor. Eğer kayıtlı gebelerin ya da bebeklerin takiplerinin istenilen oranda yapılmadığını tespit ederse de ödenen ücretin yüzde yirmisine kadar kesinti yapıyor. Bu da ASM çalışanlarının gebelikleri ve bebekleri sıkı sıkıya takip etmelerine, ancak değerlendirmeye girmeyen aile planlaması ya da kadın izlem gibi hizmetlerin ikinci planda kalmasına neden oluyor. Gebelik ve bebek takiplerinin Bakanlık tarafından bu kadar ciddiye alınmasında hükümetin doğum yanlısı nüfus politikaları gibi yerel dinamiklerin etkisi kadar elbette Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun Türkiye’deki yüksek anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasına yönelik tavsiyesinin ve Avrupa Birliği-Bakanlık ortaklığında gerçekleşen “güvenli annelik” projelerinin de etkisi var. Hamile kadınların ve yenidoğan bebeklerin belirlenmesini, kayıt altına alınmasını ve takip edilmesini talep eden ve hedefleyen uluslararası nüfus politikaları, devlet hizmetlerinin elektronik ortama taşınmasını ve bilgi ve kayıtların bu ortamda tutulmasını teşvik eden e-devlet anlayışıyla ve giderek sayıları artan elektronik kayıt sistemleriyle de birleşince ortaya neden olduğu hak ihlalleri dolayısıyla bir dönem oldukça tartışma yaratan Gebe, Lohusa, Bebek ve Çocuk İzlem Sistemi (GEBLİZ) gibi uygulamalar çıkıyor. “Güvenilir istatistiksel veriler”in elde edilmesi ve “daha iyi yönetim” için bilgi toplamayı ve düzgün kayıt tutmayı önkoşul olarak kabul eden bu anlayış ve uygulamaların tarihi çok eskilere dayanıyor ancak günümüzde bilgi toplama ve kayıt tutma pratikleri artık elektronik ortama taşınmış ve her tarafımızı sarmış durumda.¹³ Elektronik sağlık kayıt sistemleri neticesinde artık her türlü kişisel bilgi kayıt altına alındığı gibi, 2002 yılında fiilen uygulanmaya başlanan MERNİS projesi¹⁴ kapsamında verilen kimlik numaraları üzerinden de bütün bu bilgilerimize kolaylıkla ulaşılabilir.¹⁵ Örneğin bir tanıdığım, GEBLİZ sisteminin olmadığı bir ilde kan testi için hastaneye gidince gebe olduğunu öğrenmiş, doktoru reçeteye tanı olarak gebelik yazınca da çok geçmeden aile hekimi tarafından gebelik takibi için aranmıştı. Bu tanıdığım evli olmaması dolayısıyla telaşlanmış ve kayıtlardan gebelik tanısını sildirmek için epey uğraşmış, kendisi de sağlık çalışanı olduğu için bunu başarabilmişti. Ancak ne yazık ki bütün kadınlar bu kadar imtiyazlı değil. Herhangi bir sağlık kurumunda aldığımız teşhise ve tedaviye, Sağlık-NET¹⁶ gibi merkezi elektronik bilgi sistemleri aracılığıyla bir başka kurum çalışanları tarafından artık rahatlıkla erişilebiliyor. Aynı şekilde sağlık hizmetlerine erişimde kimlik numarası ibrazının mecburi olması da bilgilerimizin sisteme anında kayıt düşülmesine neden oluyor. Bakanlık’ın hem vatandaşın iyiliği için hem de Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa İstatistik Ofisi ya da İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Örgütü gibi uluslararası kurumlar tarafından istenen göstergelerin takip edilebilmesi için düzenli olarak elektronik ortamda

tutulması gerektiğini iddia ettiği sağlık kayıtlarına ve kişisel bilgilere, kim tarafından ve hangi amaçlarla erişileceği ise tam bir muamma.¹⁷ İstanbul'daki ASM'lerde gebelik ve bebek takiplerinin yapılmasında kullanılan merkezi bir elektronik sağlık kayıt sistemi olan GEBLİZ projesinin işleyişine baktığımızda, sağlık sisteminin içinden geçtiği sürecin ve özellikle de doğurganlığı ve çocuk sahibi olmayı teşvik eden bir hükümet döneminde sağlık kayıtlarının merkezileşmesinin ve dijitalleşmesinin ne gibi hak ihlalleri doğurabileceğine dair bir fikir sahibi olabileceğimizi düşünüyorum.

Gebe, Bebek, Lohusa ve Çocuk İzlem Sistemi (GEBLİZ)

Sağlık Bakanlığı, 2008 yılında yayımladığı bir genelgeyle sağlık kuruluşlarına gebeliği tespit edilen kadınların sağlık durumlarını hangi standartlarda takip etmeleri gerektiğini bildirdi.¹⁸ Bunun üzerine 2008'in Eylül ayında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul genelinde uygulanacak merkezi bir elektronik sağlık kayıt sistemini, yani GEBLİZ'i yürürlüğe koydu. Projeyi planlayan ve uygulamaya koyan müdürlük çalışanlarına göre GEBLİZ gebelerin, lohusaların, bebeklerin ve çocukların halihazırda yapılan tespit ve takiplerine standartlar getirilmesini; sağlık kayıtlarının düzenli olarak tutulmasını ve elektronik ortama taşınarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında iletişimin sağlanmasını; böylece doğum öncesi ve sonrası için gerekli sağlık hizmetlerinin planlanabilmesini ve ulaştırılabilmesini amaçlıyor.¹⁹ Herhangi bir kamu ya da özel sağlık kurumunda veya özel muayenehanede gebelik testi yaptıran ya da muayene olan hamile kadınların bilgileri hizmeti sunan sağlık kurumu tarafından merkezi sağlık veri tabanlarında kayıt altına alınıyor ve buradan ilgili aile hekimine iletmek üzere GEBLİZ sistemine düşüyor. Birinci basamakta hizmet veren kurumların GEBLİZ ekranlarında ayrıca bir izlem sayfası bulunuyor; böylece kendilerine kayıtlı kişilerin gebelik bilgilerine ulaşım takiplerinin yapıp yapılmadığını görebiliyorlar. Gebe, bebek, lohusa ve çocuk tespit ve takipleri ve bu hizmetlerin elektronik ortama taşınması ülke genelinde uygulansa da, GEBLİZ bütün ülkeyi değil, "şimdilik" sadece İstanbul'u kapsayan bir proje ve İstanbul'da aile hekimliği sistemine geçilmesiyle beraber izlemlerden artık ASM'ler sorumlu. Kadıköy'de çalışan hemşire ve ebeler, özel hastanelerin ya da muayenehanelerin kendilerine gelen ya da kayıtlı olan kadınların bilgilerini sisteme girmede çok fazla özen göstermediklerini, bu nedenle tespit ve takiplerde sorunlar yaşadıklarını söylüyor. Sultanbeyli'de çalışan hemşire ve ebeler böyle bir durumla çok fazla karşılaşmıyorlar çünkü buradaki sağlık hizmeti kullanıcılarının çoğu kamu kurumlarına gidiyor ve gittikleri kurumların GEBLİZ girişleri ve kayıtları Bakanlık tarafından sıkı sıkıya takip ediliyor. Bu örnekten yola çıkarak sınıfsal pozisyonların ve hizmet alınan sağlık kurumlarının hangi kadınların kayıt altına alınırken hangilerinin alınmadığını bir ölçüde

belirlediğini söyleyebilirim.

Görüştüğüm ASM çalışanları GEBLİZ’le beraber gebe ve bebek takiplerinin çok kolaylaştığını, nerede hamile bir kadın varsa bunu tespit edebildiklerini, böylece kadınlara ve bebeklere sağlık hizmeti götürebildiklerini söylüyor. Ancak negatif performans kapsamındaki zorunlu izlemlerin zaman zaman kendilerini ve gebelerini zor durumda bıraktığını da belirtiyorlar. Örneğin görüştüğüm bir hekim, elindeki gebeleri olabildiğince azaltmaya ve yeni gebe almamaya dikkat ettiğini çünkü gebe başına daha fazla performans ücreti almalarına rağmen takipleri kaçırma, yani ücret kesintisi yaşama olasılıklarının da yüksek olduğunu söylüyor. Gelir ve özellikle formel eğitim seviyesinin oldukça yüksek olduğu Kadıköy’de çalışan hemşire ve ebeler, gebe ya da yenidoğan takiplerinin ev ziyaretleri şeklinde ya da kadınların merkeze davet edilmesiyle yapılması gerektiğini, ancak hem aile hekimliğine geçilmesiyle beraber artan iş yükü nedeniyle hem de ziyaret ettikleri evlerde karşılaştıkları tepkiler nedeniyle takipleri daha çok telefonla arayarak yaptıklarını söylüyor. Sultanbeyli gibi daha yoksul mahallelerde çalışanlar hem ev ziyaretlerinde hem de telefonla aramalarda daha az tepkiyle karşılaşsalar da evde yeterince iş yükü bulunan kadınları merkeze gelmeye ikna etmede zorluk yaşıyorlar. Merkezlerdeki hemşire ve ebelerin en büyük iş yükünü sabahtan akşama kadar gebe ve bebek takibi için yaptıkları telefon görüşmelerinin oluşturduğunu söyleyebilirim. Bir hemşire bu durumu anlatmak için yeni sistemle ve özellikle GEBLİZ’le birlikte çağrı merkezi çalışanlarına döndüklerini söylemişti. Bir başkası da kendilerine kayıtlı her bir gebeyi tespit ve takip etme işini dedektiflik olarak tanımlamıştı. İzlemler için çoğunlukla hemşire ve ebelerin harcadığı yoğun mesai ve emek izlem pratiğinin alışılmış çalışma yöntemini değiştirmekle kalmıyor, aynı zamanda özellikle Kadıköy’de gebe izlem için aranan kadınlarla çalışanlar arasında çatışmalar çıkmasına neden oluyor. Sürekli telefonla aranmaktan rahatsız olan ya da haklı olarak bilgilerinin devletle paylaşılacağını düşünen kadınlar bilgilerini vermeyi reddettikleri gibi sağlık çalışanlarıyla tartışmalara da giriyorlar. ASM’lerin buldukları ilçelerin sınıfsal özelliklerine göre bu çatışmaların sıklığı ya da şiddeti artabiliyor. Bilgilerini paylaşmak istemeyen kadınların tutanak tutturarak ve bir dilekçe yazarak bu durumu GEBLİZ kayıtlarını denetlemekle yükümlü TSM’lere bildirme hakları var ancak hemşire ve ebelerin söylediğine göre bu işlem her takip aralığında tekrarlanmak zorunda. Bu da hem kadınlar hem de sağlık çalışanları için ciddi bir bürokratik iş yükü demek. Yine aynı şekilde GEBLİZ’e ilk kayıt özellikle hastanelerde düşülüyorsa sistemin ilk sayfasında sol altta bulunan büyük harflerle “BİLGİ MAHREMİYETİ VARDIR” yazılı kırmızı buton tıklanabiliyor, böylece kadının bilgileri merkezi elektronik kayıt sistemine düşse de aile hekimleriyle paylaşılmıyor. Ancak bu butondan haberdar olan, butonu kullanan ya da kadınlara bilgilerinin

paylaşılmasını isteyip istemediklerini soran sağlık çalışanı sayısı çok az.

GEBLİZ, feministler olarak bizim gündemimize ilk olarak 2012 yılında medyada çıkan “Dikkat kızınız hamile!” ve “Gebelik testi yaptıran kadınlar fişleniyor!” başlıklı haberler sonrasında kadınların hamilelik bilgilerinin devlet tarafından kayıt altına alınmıyor, takip ediliyor ve aileleriyle paylaşılıyor olmasını fark etmemizle düştü.²⁰ Halbuki bu haberler öncesinde de kimimiz kayıtlı olduğumuz aile hekimi tarafından 15-49 yaş kadın izlemler kapsamında aranmış ve ASM’ye davet edilmiş ya da telefonda hangi sıklıkla regl olduğumuz veya hangi doğum kontrol yöntemini kullandığımız gibi sorulara maruz kalmıştık. Yine de bu uygulamaların sistematik olduğunu pek çoğumuz medyada çıkan haberlerden sonra öğrendik. Özellikle genç kadınların ailelerinin arandığı ve hamilelikleriyle ilgili bilgilerin paylaşıldığı durumlar, evlilik dışı cinselliğin hâlâ ciddi bir tabu olduğu ülkemizde büyük hak ihlalleri yaratıyor. Sağlık çalışanlarıyla medyadan ve çevreden bildiğim hak ihlallerini konuştuğumda bazıları aile hekimliği sisteminin ve GEBLİZ’in Bakanlık tarafından yeterince tanıtılmadığından, sistemdeki aksaklıkları düzeltmek ve bürokratik iş yükünü azaltmak için herhangi bir adım atılmadığından, doğurmayı teşvik eden müdahaleleriyle meşhur hükümetin sağlık politikalarına kadınların doğal olarak güvenmediklerinden, ancak çalışanlar olarak kendilerinin de bu izlemleri yapmaya mecbur olduklarından bahsettiler. Aynı zamanda medyada GEBLİZ’in çarpıtılmasından ve de sağlık çalışanlarına gerekli eğitimlerin verilmemesinden şikâyetçiler. Kötü niyetli olmayan ama kadınların çevresel koşullarını düşünmeden takipleri gelişigüzel yapan ya da negatif performans kaygısıyla hasta mahremiyetini düşünmeden hareket eden çalışanlar olduğunu da belirtiyorlar. Yine de medyada çıkan haberler ve tartışmalar sonrasında takipleri yapan çalışanların artık daha dikkatli olduğunu ekliyorlar. Aranan kadınların da bazen eksik ya da yanlış bilgi vererek kendilerini devletin olası bir denetimine karşı korumaya aldığını söylüyorlar. Elbette bütün çalışanlar GEBLİZ’in uygulanma biçimlerine eleştirel yaklaşmıyor. Örneğin Zeytinburnu’nda çalışan bir aile hekimi, gebe olan birinin GEBLİZ aracılığıyla sisteme tanımlanmasının Genel Bilgi Taraması (GBT) gibi olduğunu, takiplerin de gebenin ve bebeğin iyiliği için, ikisinin de bu süreci sağlıklı geçirmesi için yapıldığını söyledi. Ardından da ekledi: “Devlet bazı şeyleri tabii ki kontrol edecek, örneğin uyuşturucu gibi şeyler, bunların sınırlanması gerekiyor.” Aynı zamanda kadın sağlığı uzmanı da olan bir sivil toplum çalışanı ise gebe ve bebek izlemlerin sağlık ocakları sisteminden beri yapıldığını, aile hekimliği ve GEBLİZ’le değişenin bu izlemlerin elektronik ortama taşınması ve performansa bağlanması olduğunu belirtti. Medyada çıkan haberlerin de bir algı yönetimi çalışması olduğunu, böylece hükümetin doğrudan değil ama kadınları korkutarak kadın cinselliğini ve doğurganlığını denetlemeye çalıştığını söyledi.

Çevremde ASM'leri kullanan, gebe ve bebek izlemlerden memnun olan ve bu uygulamaların önemli hizmetler olduğunu ve devletin anne ve çocuk sağlığına verdiği değeri gösterdiğini düşünen kadınlar olduğu gibi, özellikle medyada çıkan haberler sonrasında kamuya ait sağlık kurumlarında gebelik testi ve muayenesi yaptırmaktan çekinen ya da hükümetin üreme politikalarına olan tepkilerinden dolayı yaptırmayan kadınlar da var. GEBLİZ, uygulamada ciddi hak ihlalleri yaratma potansiyeli barındırmakla beraber devlet tarafından sürekli gözetlendiğimiz algısıyla da cinselliğimizi ve sağlık hizmetlerine erişimimizi denetim altında tutuyor olabilir mi? Elbette hangi kurumların sistemi düzenli kullanıp hangilerinin kullanmadığını; hangi kadınların kayıt altına alınırken hangilerinin alınmadığını; nelerin kayıtlara geçerken nelerin geçmediğini; farklı yaş gurubu, cinsel kimlik, medeni durum, meslek ve sınıftan kadınların kayıt sistemini nasıl deneyimlediğini; sağlık çalışanları ve kadınlar arasında ne gibi ilişkiler doğduğunu ve ortaya ne gibi hak ihlalleri, aynı zamanda pazarlık ve mücadeleler çıktığını anlayabilmek için daha detaylı ve farklı sağlık kurumlarını da içeren bir araştırmaya ihtiyaç var. Özellikle de farklı kadınların sistemle, elektronik sağlık kayıtlarıyla ve sağlık hizmetleriyle ilişkilerine bakmak ve kadınları bu tartışmaya kendi sözleri ve deneyimleriyle dahil etmek oldukça önemli bir yerde duruyor.

Sonuç Yerine

Bu yazıda, hükümetin pronatalist politikalarının özellikle birinci basamak sağlık kurumlarındaki cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine olan etkilerine dair gözlemlerimi aktarmaya çalıştım. Doğurganlığı ve çocuk sayısını artırmayı hedefleyen politikaların kanımca muhafazakârlık tartışmalarına hapsedilmemesi gerekiyor. Bu politikalar, hem devletin ve hükümetin çekirdek aileyi merkezine alan nüfus politikalarıyla hem de emeğimizi ve bedenlerimizi yeniden düzenlemeyi hedefleyen neoliberal politikalarla yakından ilişkili. Pronatalizmin sağlık hizmetlerindeki izdüşümlerinin de sağlık sisteminin içinden geçtiği neoliberal reform süreçlerinden ayrı okunamayacağını düşünüyorum. Bakanlık, doğurganlığı destekleyici hizmetleri performans dayalı ek ücretlendirme gibi neoliberal uygulamalarla teşvik eder ve ödüllendirirken doğurganlığı baskılayan ya da kontrol altına alan hizmetlerin sayısını azaltıyor ya da bunları performans ve ek ücretlendirme kapsamına almayarak dolaylı yoldan kısıtlıyor. Aynı zamanda sağlık reformları ile gelen neoliberal piyasa mantığı ve yönetme tarzı, bilgi toplama ve bu bilgileri merkezileştirme/elektronikleştirme fetişizmini de beraberinde getirerek özellikle kadınlar üzerindeki denetim ve gözetleme mekanizmalarını artırıyor. Tüm vurgu ve yatırım doğurganlığı teşvik eden ve bunu denetlemeye yarayan hizmetlere yapılırken örneğin son

dönemde artış yaşanan ve kadınların hayatını büyük ölçüde etkileyen rahim ağzı ya da göğüs kanseri gibi kadın hastalıklarına dair bütünlüklü sağlık politikaları geliştirilmiyor.

Neoliberalizm sadece ekonomik alanların değil aynı zamanda politik alanların, algıların ve ilişkilerin de yeniden düzenlendiği bir yönetim biçimi olduğu için hem devletle vatandaş arasındaki hem de vatandaşların kendi aralarındaki ilişkiler bu süreç içinde önemli bir değişimden geçiyor. Örneğin GEBLİZ gibi hamileliğe ait verilerin toplanmasını ve takibini sağlık çalışanlarına cezalar aracılığıyla dayatan sistemler hem hizmet veren hem de hizmetleri kullanan kadınların içerik açısından değil ama işleyiş açısından değişen cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine bakışını değiştiriyor. Denetim sorumluluğunu bir grup sağlık çalışanı kadın üzerine yıkarken hizmeti kullanan ya da hizmetin “götürüldüğü” kadınları zaman zaman bezdiriyor. Bu nedenle hizmet veren ve hizmetleri kullanan kadınlar arasındaki dengelerin gözetilmesi, hizmetlerin gözden geçirilmesinde ve revize edilmesinde kadınların ihtiyaç, beklenti ve kaygılarının temel alınması gerekiyor. Sağlık kurumlarındaki cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine yönelik politikalar, kişilerin çevresel ve gündelik hayat koşullarına uyarlanmadığı sürece halihazırda yarattığı hak ihlallerini sürdürmeye devam edecektir. Cinsel sağlık ve üreme sağlığını pronatalist politikaların uygulamaya konacağı alanlar ya da sadece Bakanlık’ın başarı hanesine yazılacak ve uluslararası kurumlara bildirilecek istatistiksel rakamlar olarak görmek yerine cinsellik ve üreme hakları ve adaleti²¹ bakış açısıyla ele almak ve politikaları buradan doğru oluşturmak ve yürürlüğe koymak gerekiyor.

Araştırmam boyunca bana yardımcı olan herkese, özellikle de çalıştıkları merkezlere beni kabul eden hemşirelere, ebelere ve hekimlere çok teşekkür etmek istiyorum.

¹ Bu yazıdaki “üreme politikaları” terimini hem doğurganlığın kontrolüne yönelik olan politikaları, hem hamileliğe ve bebek bakımına yönelik olan politikaları, hem de bedenlerimiz üzerindeki kontrol mekanizmalarını kapsayacak bir biçimde, daha geniş anlamıyla kullanıyorum. “Üreme politikaları” terimi yetersiz ve sorunlu olmakla beraber bu alanda var olan İngilizce feminist literatüre de atıfta bulunuyorum.

² Sağlık Bakanlığı yönetmeliğine göre birinci basamak sağlık kurumlarını, resmi kurum tabiplikleri, ayakta teşhis ve tedavi yapan özel poliklinikler ve öncelikli hedefi koruyucu sağlık hizmetleri vermek olan dispanserler, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri (AÇSAP), toplum sağlığı merkezleri (TSM) ve eskiden sağlık ocağı olarak bildiğimiz, şimdiki adıyla aile sağlığı merkezleri (ASM) oluşturuyor. İkinci basamak sağlık kurumlarını, eğitim ve araştırma hastanesi olmayan özel hastaneler ya da devlet hastaneleri, resmi kurum hastaneleri ve özel tıp merkezleri oluştururken üçüncü basamağı da özel ya da kamuya ait eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri oluşturuyor.

³ Sağlık sektöründeki bu değişiklikler elbette tamamen yeni değil. Sağlıkta piyasalaşma eğilimi ve özelleştirmeler 1980'lere kadar gidiyor. 1980'ler ve sonrasında dönemin hükümetleri tarafından Sağlık Bakanlığı'nın merkezîyetçi yapısının zayıflatılması ve 1990'lı yıllarda Dünya Bankası kredileriyle gerçekleştirilen sağlık politikası reformları, sağlıkta neoliberalleşmenin de ilk ayakları. Türkiye'deki sağlık sisteminin içinden geçtiği süreç aynı zamanda dünya ölçeğinde uzun süredir gerçekleşmekte olan neoliberal reformların ve sağlık hizmetinin alınıp satılabilir bir meta olarak görülmeye başlanmasının bir parçası olarak da okunabilir. Son on yılda Türkiye'de farklı olan ise SDP ile bütün bu sürecin ivme kazanmış olması. Türkiye'deki sağlık politikaları ve sağlıkta neoliberalleşmeye dair daha detaylı bilgi için bkz. Tuba Ağartan, “Metalaşma ve Sağlıkta Dönüşümün Sınırları: Türkiye Örneği”, 31-44, *Türkiye'de Neoliberalizm ve Mahremiyetin Dönüşümü* içinde, der. Cenk Özbay, Ayşecan Terzioğlu, Yeşim Yasin. İstanbul: Metis

Yayınları, 2011; *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, der. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, ve Çağrı Yoltar. İstanbul: İletişim, 2007; Cem Ergun, Ayşe Dericioğulları Ergun, "Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma," *Toplum ve Demokrasi*, Cilt 4, Sayı 8-9-10 (2010).

⁴ David Harvey, *Asi Şehirler* isimli kitabında prekarya kavramını gelişmiş kapitalist ülkelerde oluşmaya başlayan yeni işgücünü tanımlamak için kullanır. Harvey'e göre prekarya birbiriyle bağlantısı kopmuş, örgütsüz, geçici ve güvencesiz koşullarda çalışan ucuz emeği ifade eder. Bkz. David Harvey, *Asi Şehirler*, İstanbul: Metis Yayınları, 2013.

⁵ Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması sonucunda Bakanlık 2012 yılında çalışanların 113'ü arayarak karşılaştıkları şiddet vakalarını bildirebilecekleri ve böylece hukuki takip başlatabilecekleri Beyaz Kod adlı bir birim oluşturdu. Ancak pek çok sağlık çalışanı ve meslek örgütünün talep ettiği Sağlıkta Şiddet Yasası henüz çıkarılmıŝ değil. Türk Tabipleri Birliği, sağlıkta şiddet vakalarına dikkat çekmek için 2013 yılında yayımladığı bir kamu spotunda şiddete maruz kalmıŝ hekimlerin deneyimlerine kendi ağızlarından yer veriyor: *Sağlıkta Şiddete Hayır*. (erişim 12.06.2014)

https://www.youtube.com/watch?v=dUNMJ2_G5bw&feature=youtube_gdata_player

Eylem Ően tarafından 2014 yılında hazırlanan *GülümseMEK* adlı belgesel ise sağlık emekçisi kadınların sürekli güler yüzlü olmalarının dayatılmasını ve kurumlarda yaşadıkları cinsiyetçi şiddeti anlatıyor: *GülümseMEK*. (erişim12.06.2014) <http://vimeo.com/88377987>

⁶ Performans sistemindeki sezaryen ve normal doğum katsayılarına yönelik uygulamalar özellikle dikkat çekici. Doğumun medikalleşmesine karşı çıkan, sezaryenin çoğu zaman hem kadın hem de bebek için riskli ve gereksiz bir ameliyat olduğunu düşünen ve "kadın bilgisi" olarak kabul ettikleri doğal doğumu destekleyen sağlık çalışanları, doğum aktivistleri ve feministler olduğu gibi bu yaklaşımın özcü yerlere kayabileceğini ve sezaryen talep etmenin de bir kadın hakkı olduğunu düşünen çevreler de var. Yine de hükümetin sezaryen düzenlemelerinin arkasında kadın hakları perspektifinden çok sezaryenle doğum yapan kadınlara ikiden fazla doğumun önerilmemesi olduğunu, yani yine doğurganlığı ve çocuk sayısını artırmanın hedeflendiğini söyleyebiliriz. Elbette performans sisteminin ve sezaryen/normale doğum düzenlemelerinin ikinci ve üçüncü basamakta kadın doğum hizmetlerinde çalışanlar ve hizmetleri kullananlar tarafından nasıl deneyimlendiklerine dair ayrıntılı bir araştırmaya ihtiyaç var.

⁷ Sağlık kurumlarındaki üreme sağlığı hizmetlerinin milliyetçi politikalarla olan bağlantısı, üzerine ayrıca düşünülmesi gereken önemli bir konu.

⁸ Aile hekimliği sistemine geçilmesinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) gibi kurumların da dünya genelinde aile hekimliğini teşvik etmesinin payı var. Ancak sistem, uygulandığı her ülkenin koşullarına göre farklılık gösteriyor.

⁹ "Dilenci, satıcı ve aile hekimi giremez," *Radikal*, 3 Kasım 2011. (erişim 18.06.2014) http://www.radikal.com.tr/turkiye/dilenci_satici_ve_aile_hekimi_giremez-1068434

¹⁰ Tuba Ağartan, "Metalaşma ve Sağlıkta Dönüşümün Sınırları: Türkiye Örneği", 31-44.

¹¹ Zeliha Öcek ve Meltem Çiçeklioęlu (yay. haz.) *Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?* Türk Tabipleri Birliği Yayınları: Ankara, 2013.

¹² Sultanbeyli'de çalışan ve gelen kadınları çoğu zaman elleri boş göndermek zorunda kalan bir hemşire bir gün bu duruma isyan etmiş ve ASM'nin malzeme koşullarını mesleğe ilk başladığı dönemde Erzurum'da çalıştığı koşullarla kıyaslayarak "Orada torba torba gönderiyorlardı hapları" demişti. Ancak burada ilginç olan, Sultanbeyli'nin de İstanbul'daki yoğun Kürt nüfusunun yasadığı semtlerden birisi olması. Hemşirenin bu isyanı devletin nüfus politikasındaki farklılıklara işaret etmekle beraber birinci basamakta doğurganlığı düzenlemeye ya da kontrol etmeye yönelik sağlık hizmetlerinin farklılaşmasında sınıf ve etnisite temelli politikaların rolüne dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu gösteriyor.

¹³ Ferhunde Özbay, "Türkiye'de ulus-devlet, gözetim ve nüfus bilgisi," *Toplum ve Bilim* 118, 2010: 165-178.

¹⁴ İçişleri Bakanlığı'na bağlı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü tarafından uzun yıllardır projelendirilen ancak 2002 yılında uygulanmaya başlanan bir e-devlet projesi olan Merkezî Nüfus İdare Sistemi.

¹⁵ Türkiye'deki elektronik gözetim ve denetleme mekanizmalarına dair ayrıntılı bir tartışma için bkz. Mutlu Binark (yay. haz.), *Türkiye'de Dijital Gözetim: T.C. Kimlik Numarasından E-kimlik Kartlarına Yurttaşın Sayısal Bedenlenişi*. (erişim 10.06.2014) <http://ekitap.alternatifbilisim.org/files/turkiyede-dijital-gozetim.pdf>

¹⁶ Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan ve vatandaşların sağlıkla ilgili bilgilerinin merkezi bir sistem altında toplanmasını sağlayan elektronik bilgi sistemi.

¹⁷ Yakın tarihli bir habere göre Sağlık Bakanlığı, özel bir firmanın eczanelerden aldığı hasta, ilaç, doktor ve hastane bilgilerini ilaç firmalarına sattığını fark ederek eczanelere bilgileri paylaşmamaları yönünde uyarı gönderdi. Ancak söz

konusu firma daha sonra bu haberin gerçeği yansıtmadığı yönünde teklip yayımlattı. “Eczaneden kimlik casusluğu,” *T24*, 24 Nisan 2014, (erişim 18.06.2014)

<http://t24.com.tr/haber/eczaneden-kimlik-casuslugu,257160>

¹⁸ “Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü,” 2008. (erişim 18.06.2014) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6077/dogum-onesi-bakim-izlem-protokolu-genelgesi-2008--13.html>

¹⁹ Savaş Başar Kartal; Aziz Gürhan Birler; Demet Özkul; Selma Ünlüer; Selime Gürleyük; Aysun Yamak; Yeliz Öztürk; Asya Banu Topuzoğlu, *The Improvement of Prenatal, Postnatal, Newborn and Preschool Child's Health Care Services in Istanbul: GEBLİZ*, TAF Prev Med Bull. 2010; 9(4): 289-296.

²⁰ Ayşe Arman, “Gebelik testi yaptıran kadınlar fişleniyor,” *Hürriyet*, 9 Haziran 2012. (erişim 10.06.2014) http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/20790599.asp?utm_source=hurriyet&utm_medium=yazarlar&utm_campaign=yazarsonyazi

Ali Tezel, “Gebelik testi sonucu eş ve babaya mesajlanıyor,” *Habertürk*, 25 Haziran 2012. (erişim 10.06.2014) <http://www.haberturk.com/yazarlar/ali-tezel-1016/753574-gebelik-testi-sonucu-es-ve-babaya-mesajlaniyor>

²¹ Üreme adaleti (*reproductive justice*) kavramı, ilk olarak Amerika Birleşik Devleti'ndeki yerli ve siyah kadınların haklarını savunan aktivistler tarafından hem üreme hakkını hem de sosyal adalet kavramını vurgulamak amacıyla kullanılıyor. Bu kavram günümüzde kadınların hem cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişiminde var olan sosyal, politik ve ekonomik eşitsizliklerle hem de cinsellikleri ve bedenleri üzerindeki farklı denetim mekanizmalarıyla mücadele eden kadın hareketleri tarafından benimseniyor.