Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri

Recep Akdur*

Yeni Türkiye 4(23-24):1984-1995, Ankara 1998

1. Sağlık Politikaları

Çeşitli ülkelere bakıldığında, sağlık sektörünün çok farklı yapılanmış olduğu ve her birinin ayrı özellikler taşıdığı, hiç birinin bir diğerine benzemediği görülür. Farklı ülkeler bir yana, aynı ülkenin farklı birim ve köşelerindeki sağlık hizmetleri bile çok farklı yapılanma özellikleri gösterir. Bu görüntüler, çok çeşitli sağlık politikalarının varlığı izlenimi yaratır. Bunun doğal bir sonucu olarak, "kaç çeşit sağlık politikası vardır?", "bunlardan ülkeye en uygun olanı hangisidir?" gibi sorular akla gelir. Bu soru ya da sorular, bizi bir ülkedeki sağlık sektörüne hakim olan politikayı çözümlemek ya da anlamak için neye bakmalıyız, neyi ölçmeliyiz sorusuna götürür. Bir ülkedeki sağlık sektörünü tanımlamak için ise incelenecek birçok konu ve boyut vardır. Bunlardan, bilimsel/ teknolojik (tıbbi) boyut, yönetsel boyut ve politik boyut hem en önemlileri hem de en sık kullanılanlarıdır.

Tıbbi boyut ülkeden ülkeye ya da uygulamadan uygulamaya göre farklılık göstermez ve değişmez. Çünkü; tıp bilimi ve uygulamaları evrenseldir. Penicilin her ülkede ya da her hizmet sunum biçiminde (özel, kamu) aynı amaçlarla ve aynı şekilde uygulanır. Aynı şekilde, apandisit ameliyatı da tüm ülkelerde ve tüm hizmet sunum biçimlerinde aynı amaçla ve aynı şekilde yapılır. Bu boyutta değişen tek şey bu işlemleri yapan personelin bilgi, beceri düzeyi ile sahip olunan teknolojidir. En genel deyişle, hizmetlerin kalitesidir.

Sağlık sektörünü tanımlamakta sıkça kullanılan diğer bir boyut olan, yönetsel boyutun ülkeden ülkeye ve hizmet sunum biçiminden biçimine çok çeşitli görüntüleri var ise de aslında değişmemesi gerekir. Çünkü; tıp bilimi gibi, yönetim biliminin kuralları da evrenseldir. Burada değişen yalnızca bu kuralların bilinip bilinmemesi, bununda ötesinde bu kurallara uyulup uyulmamasıdır. Bu kurallara uyulması halinde verimlilik artar, aksi halde ise verimlilik düşer. Bu durum her iki tip hizmet sunum biçimi (özel, kamu) için geçerli olduğu gibi her ülke ve her bölge için de geçerlidir. Özetle; ülkeden ülkeye ya da birimden birime değişen, yönetim biliminin kuralları değil yalnızca buna uyulup uyulmaması dolayısı ile de verimliliktir.

Sağlık sektörünü tanımlamada kullanılan politik boyut ise değişkendir. Ülkeden ülkeye, ülkenin bölgelerine ve hatta hizmet birimine göre farklılıklar gösterir. Üstelik politik boyut (izlenen/benimsenen sağlık politikası) sağlık sektörünü tanımlamada kullanılan diğer boyudan da önemli oranda etkiler. Bu nedenle de herhangi bir ülkedeki sağlık sektörünün yapılanmasını dolayısı ile de tanımlanmasını esas belirleyen boyut sağlık politikasıdır. Buradan hareketle, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye ve birimden birime *esasta, özde değişen tek şey sağlık politikasıdır* denilebilir (Her şeyin başı sağlık, sağlığın da başı politikadır).

Sağlık politika ve hizmet anlayışları, sanıldığı kadar, çok ve çeşitli olmayıp, genel olarak, iki seçenek halinde netleşmektedir. Bunlardan birisi; sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı, doğuştan kazanılmış ve temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika, tüm temel haklarının olduğu gibi, sağlık hakkının

**** Prof. Dr., Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.***

da gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini ise toplumsal bir dayanışma ve davranış olarak görür. Diğer seçenek ise, sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile de sağlık hakkını toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören politikadır.

Sağlık politikalarının oturduğu bu iki eksen/seçenek, sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi tüm diğer alt politika ve uygulamalarını da belirlemektedir. Örneğin; birinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası, finansmanda toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetlerini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, hizmet sunumunda da kamu örgüt ve birimlerini benimser. İkinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası ise; hizmet başı ödeme ve özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda da özel örgüt ve kuruluşları yeğler.

Seçilen/benimsenen genel politika, alt politika ve uygulamalara, ülkenin sosyo-kültürel yapısına göre, farklı derece ve biçimlerde yansıyor/yansıyabiliyor. Bu nedenle de, benimsenen genel politikanın, yukarda özetlenen, açık ve net uygulamaları her zaman ve her toplumda görülmüyor. Bu durum, sanki çok çeşitli sağlık politika ve uygulamaları varmış gibi bir görüntü ortaya çıkarıyor. İnsanların, çok değişik sağlık politikalarının var olduğu izlenimi edinmesi de buradan kaynaklanıyor. Oysa esas olan, belirleyici olan ayırım değişmiyor. Yalnızca, bu iki seçeneğin, kendi içindeki, farklı uygulamaları, biçimlenmeleri, kompozisyonları söz konusu olabiliyor.

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık sektörünü tanımlamak ve izlenen sağlık politikalarını anlamak, açıklamak ancak bu ilişkiler yumağının gözetilmesi ve çözümlenmesi ile olanaklıdır.

2. Türkiye'de Sağlık Politikaları

2.1. Osmanlı Dönemi

imparatorluk döneminde, monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına da yansımıştır, idari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelini atama yetkisini elinde bulunduran Reisul Etıbba (Hekim Başı) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır. Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için, padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurduğu hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş ise de, hakim olan hizmet biçimi özel hizmetlerdir. Gerek özel kişilerce ve gerekse hayır kurumlarınca sunulan bu hizmetler ise İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi büyük kentlerle sınırlı kalmıştır.

Bu dönemde, içme suları, besin kontrolü, kanalizasyon ve ölü defni, çeşitli sosyal yardım hizmetleri gibi kişi ve toplum sağlığına etki eden diğer konularla da ilgilenilmiş ve hizmet verilmiş ise de, bu hizmetler de birkaç büyük kentle sınırlıdır. Özet bir anlatımla; 19 YY'ın sonlarına gelinceye dek yaygın kitlelere sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır. Bunun bir sonucu olarak, halk her türlü bilim dışı kurum ve davranıştan şifa arar durumda kalmıştır.

Tüm diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da 19 YY'ın ikinci yansına doğru Batı'ya yönelinmiştir. 1839 yılında kurulan, "Beynelmilel Sıhhiye Meclisi" Osmanlı imparatorluğu döneminin ilk yaygın ve sivil kesimleri de kapsayan sağlık örgütü olarak kabul edilir. Hekim Başı Kurumu 1849'da kaldırılarak yetkileri, 1850 yılında kurulan, Tıbbiye Nezareti'ne devredilmiştir. 1862 yılında, hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayımlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birinden mezun olma şartı getirilmiştir. 1867 yılında yayımlanan, îdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi'nde

genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir. 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye kurularak sivil sağlık örgütünün merkezi oluşturulmuştur. 1871 yılında ise, îdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak ilk resmi ve yaygın örgütlenmenin adımları atılmıştır. 1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşturulmuştur. Bu genel müdürlüğün örgütlenmesinde ise, İtalya'daki sağlık örgütlenmesi örnek alınmıştır. Bu genel müdürlük 1914 yılında Dahiliye Nezaretine bağlanarak, Dahiliye Nezareti'nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti olarak değiştirilmiştir. Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı'na bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen ikinci dereceden bir devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.

2.2. Cumhuriyet Dönemi

Sağlık hizmetlerinin, birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kuruluşu iledir. Savaş yıllarında Ankara'da kurulan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile, Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak, tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu bakanlığa vermiştir. Böylece sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi olma niteliğine kavuşmuştur.

Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşullarının yaşanmasına ve o tarihlerde yalnızca gelişmiş bazı ülkelerde ayn bir sağlık bakanlığı örneği olmasına karşın, Sağlık Bakanlığı'nın hemen kurularak, hizmetlerin bu düzey ve öncelikte ele alınması zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir.

1920 yılında, TBMM Hükümeti'nin ilk Sağlık Bakanı olarak, atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş bir örgüt ve alt yapı ne de köklü ve geçerli bir yasal düzenleme vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Adnan Adıvar'dan sonra, bakanlığa atanan Dr. Refik *Saydam,* 1921-1937 yıllan arasında (kısa süreli aralıklar dışında) bu görevde kalmıştır. Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde önemli bir yer edinmiştir. Bu nedenle, *Refik Saydam Dönemi* diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur.

Bu dönemde, illerde kurulan *Sağlık Müdürlükleri* ve ilçelerde kurulan *Hükümet Tabiplikleri* ile, sağlık örgütü tüm yurt düzeyine yayılmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir. Yataklı tedavi hizmetlerinin yine kamu eliyle ancak yerel idareler tarafından (belediyeler, il özel idareleri) yürütülmesi politikası benimsenerek, bu alanda, merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu erekle, bir yandan yerel idarelerin hastane açması özendirilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumluluktan belirlenmiş ve hizmet disiplinize edilmiştir. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıf-

zıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetleri politikasının esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılarak sağlık örgütünün temel çatısı kurulmuştur. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve politikalarının temelleri oluşturulmuş ve günümüzde de hizmetler hala bu temeller üzerinde yürütülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, bu koşulun yerine getirilmesi doğrultusunda önemli adımlar atılmıştır. Bu dizeden olmak üzere; hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtlan kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okullar açılmış kurslar düzenlenmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplinize edilmiştir. Bunlara ek olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları çekici hale getirilmiştir.

Bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Refik Saydam Dönemi'nde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Devletin çeşitli organları arasındaki görev dağılımı ve bunların denetimi yetkisi Sağlık Bakanlığında toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir.

Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki, ilk önemli girişim; 1946 -1950 yıllan arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9- Milli Tıp Kongresi'ne sunulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. *Behçet Uz Planı* diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir *Sağlık Merkezi* kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü.

Bu plan ile, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet ünitelerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerin de yararlanması hedeflenmişti.

Behçet Uz'dan sonra, bu plan gereğince uygulanmamış ve giderekten her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür. Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan merkez hekimleri ise, koruyucu hizmetler ile ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir. Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmaları sonucunu doğurmuş ve giderek, bu merkezlerde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulunamaz olmuştur. 1978 yılında çıkarılan, Tam Gün Yasası ile getirilen ücret politikası ile, personel yönünden daha iyi bir duruma kavuşan bu merkezler, bu uygulamaya son verilmesinden sonra tekrar ve hızla hekim kaybına uğrayarak, verimsiz küçük hastanecikler haline dönüşmüştür. 1980'den sonra zaman zaman kapatılan ve açılan bu birimlerin bazıları hastaneye bazıları ise sağlık ocağına dönüştürülerek varlığına son verilmiştir.

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak hastane hizmetleri tek elde toplanmış ve tamamen

merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetleri, tüm yurda yayılmış öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde büyük iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybederek, ikinci plana itilmiş ve ihmal edilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güç kazanan, bu politika yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu'ya yayılmasının hızını da kesmiştir.

Cumhuriyet'in başından beri genel politika ya da resmi politikaya hakim olan görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olma yönünde olmuş ise de, alttan alta bu hizmetlerin özel sektör aracılığı ile götürülmesi görüşü hep var olagelmiştir. Bu durum ikircikli bir yapıya neden olmuş, bir yandan kamu eliyle sunulan sağlık hizmetleri olabildiğince güçlendirilmek ve yaygınlaştırılmak istenirken öte yandan da özel kuruluşların gelişmesi için büyük bir çaba harcanmıştır. Sağlık politikası alanında var olan bu ikircikli yapı, 1950'den sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde, hizmetlerin özel birim ve kuruluşlara devredilmesi anlayışı hakim görüş haline gelmeye başlamıştır.

Sağlık politikasına hakim olan bu ikircikli yapı sonucunda, başta kırsal kesim olmak üzere, hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde çağ yakalanamamış ve gerisinde kalınmıştır. Halkın artan talepleri karşılanamadığı gibi, bu talepleri geçici önlemlerle karşılamak da olanaksız hale gelmiştir. İşte böyle bir ortamda hazırlanan 1961 Anayasası'nda sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devlete asli ve anayasal bir görev olarak verilmiştir (48. ve 49. maddeleri ile).

Anayasa'nın ilgili maddeleri doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öğe olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi/örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde *"Sosyalleştirme Dönemi"* olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır.

Uygulamasına, 1963 yılında başlanan, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri'nin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmişti. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir "Sağlık Ocağı" kurulmasının tamamlanması öngörülüyordu. Program tüm Türkiye'ye yaygınlaştığında, belli bir sistemden yoksun olarak ve birçok kuruluşça ayrı ayrı yürütülen hizmetlerin doğurduğu sakıncalar giderilecek, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli bir şekilde kullanılması sağlanacaktı.

224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Yasayla, sağlık hizmetlerinin her anlamda entegre edilerek, bir bütün halinde ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Ancak, izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına çok uygun olan, Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme/çatışma alanı haline getirilerek, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır.

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşılmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye de yansıması uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararlan ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Bunun bir uzantısı olarak, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika, resmi politika haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde *"özelleştirme dönemi"* diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir.

Özetlenen bu gelişmeden de anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından 1960'ların ortalarına dek izlenen resmi sağlık politikası hizmetlerin kamu eliyle götürülmesini benimseyen politika olmuştur, özel sektörün gelişmesi için her hangi bir engel yok ise de, hükümetler düzeyinde aktif bir özelleştirme programı da uygulanmamıştır. Bu politikanın doğal bir sonucu olarak, her geçen yılla birlikte hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır. 1970'lerden sonra, hükümetlerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi görüşü egemen görüş haline gelmeye başlamış ve 1982 Anayasası ve izleyen yıllarda ise, bu görüş, resmi politika haline gelerek hükümetlerce aktif özelleştirme programlarının izlendiği döneme geçilmiştir.

2.3- Son Yirmi Yıl (Aktif Özelleştirme Dönemi)

Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık hizmet ve örgütünü benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu erekle, hizmetlerin finansmanı ve örgütlenmesine çeşitli biçim ve modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Gelinen noktada bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda sağlık ocakları ve devlet hastanelerinin kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan *"aile hekimliği" ve* özel hastanelerin kurulması, finansmanda ise; genel bir kamu sigortası *"genel sağlık sigortası"* üzerine oturtulmuş *"özel sigortacılık ve hizmet başı ödeme"* dir.

Bu geçişte başarılı olunabilecek mi? Ne kadar başarılı olunacak? Henüz belli değil. Bunun toplum/ülke sağlığına getirecekleri ise bir hayli tartışmalıdır. Ancak, şurası kesindir ki; bu geçiş kolay ve çabuk olmayacaktır. Çünkü; iktidarlara hakim olan politika ile Cumhuriyet'ten günümüze örgüte ve topluma yerleşmiş olan politika ve anlayış birbiriyle bağdaşmamaktadır. Bu nedenle de, bu geçiş yaygın kitlelerden yeterli destek bulamamakta ve hatta toplum, yerleşmiş olan sistem ve anlayışın korunması yönünde davranışlar sergilemektedir. Bunun bir sonucu olarak, sağlık alanı bu iki politikanın çekişme alanı haline gelmiştir. Bu çekişme, devlet uygulamalarında da ikircikli bir yapıya neden olmaktadır. Bir yandan özelleştirme için hükümetler düzeyinde çaba gösterilmekte ve adeta zorlamalara başvurulmakta iken öte yandan da devlet eliyle yatırımlara ve yeni uygulamalara devam edilmektedir. Ancak, bu yatırımlara bütçeden ayrılan para olabildiğince azaltılmakta ve en az düzeyde tutulmaktadır. Sonuçta, inşaatlar çok uzun sürelere yayılmakta, inşaat tamamlansa bile, içinin donanımı yapılamamaktadır. Böylece bir verimsizlik kısır döngüsü yaşanmaktadır.

Türkiye'de, sağlık sektörünün günümüzdeki görünümü tamamen sağlık politikasındaki bu ikircikli yapının bir yansımasıdır. Sektördeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikircikli yapı belirlemektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının pratikteki uygulamaları olan finansman, örgütlenme ve insangücü politikalarında bir karmaşa ve belirsizlik yaşanmaktadır. Örneğin finansman konusunda dünyada bilinen tüm yöntemlerin bir karmaşası var olup, belirgin ve kesin olarak yeğlenmiş sağlık finansman

biçimi yoktur. Aynı şekilde, örgütlenmede de dünyada bilinen 1990 tüm örgütlenme biçimleri vardır. İnsangücünün gerek yetiştirilmesi ve gerekse istihdamı konusunda da net bir uygulamadan söz edilememektedir. Dünyada bilinen tüm istihdam biçimleri var olup, bunlar arasında yatay ve dikey geçişler söz konusudur. Örneğin; aynı hekim hem devlet memuru, hem ek görevi var hem de özel çalışabilmektedir.

Özetle, Türkiye'de sağlık politikaları açısından, net belirlenmiş ve kararlaştırılmış bir ortam yoktur. Sağlık politikası ve sektörüne hakim olan bu ikircikli yapı nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir yapıya kavuşmuştur. Bunun doğal bir sonucu olarak, Cumhuriyet'ten günümüze kaydedilen olumlu gelişmeler hızını kaybetmiş, gerek sağlık hizmetlerinin düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi açısından gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kalındığı gibi, toplumun içinde bulunduğu sosyo ekonomik ve kültürel düzeyin de gerisinde kalınmıştır.

3. Alt Politikalar ve Uygulamalardaki Durum

3.1. Örgütlenme ve Hizmet Sunumu

Günümüz Türkiye'sinde, sağlık sektörünün genel yapısına bakıldığında, örgütlenmenin açık ve net olduğunu söyleyemiyoruz. Çok sayıda resmi, yan resmi ve özel kuruluş sağlık hizmeti üretiminde görev yapmakta olup, bunlardan örgüt niteliğinde olanlarının sayısı yirmiyi geçmektedir. Kamu kesiminde; S.B., M.S.B., S.S.K., Tıp Fakülteleri, M.E.B., P.T.T., T.C.D.D., Belediyeler ve Kamu İktisadi Kuruluşları sağlık hizmeti veren başlıca kuruluşlardır. Buna ek olarak, dini gruplar, azınlıklar ve vakıfların yanında, kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet vermektedir.

Sağlık Bakanlığı dışında kalan kuruluşlar, belli ve sınırlı gruplara, yalnızca tedavi edici hizmetler sunmaktadır. Dolayısı ile koruyucu sağlık hizmetleri üreten ya da üretmek durumunda olan tek kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Buna karşılık Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin önemli bir kısmı tedavi edici hizmetlere harcanmaktadır. Diğer kurum ve kuruluşlarla Sağlık Bakanlığı'nın tedavi hizmeti üreten birimleri arasında sağlıklı bir işbirliği ve eşgüdüm yoktur. Bu durum tedavi edici hizmetlerde karmaşanın yanında kaynak israfına da neden olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise Bakanlık bünyesindeki, yatay ve dikey birimler ve programlar çerçevesinde yürütülmektedir. Bakanlığın bu birimleri ya da programlan arasında da iyi bir eşgüdümün bulunduğu söylenemez.

Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla beraber, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetkisi oldukça sınırlıdır. Dolayısı ile de sağlık alanında hizmet sunan kurum ve kuruluşların eşgüdümü ve denetimi konusunda fazla bir şey yapamamaktadır. Özetle, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümü söz konusu değildir. Birçok kuruluş, birbirinden habersiz hizmet üretmeye çalışmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak, hizmet amaçları ve sunumunda birörneklik sağlanamadığı gibi kaynakların verimli kullanılması da sağlanamamaktadır.

Cumhuriyet'ten günümüze görülen büyük ilerlemelere karşın, sağlık hizmetlerinin tüm yurt düzeyine yayılmasında bazı sıkıntılar vardır. Özellikle kırsal bölgelere etkili ve erişilebilir bir hizmet götürülmesi sağlanamamıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak; doğumların yaklaşık % 24,1'i sağlık personeli yardımı olmaksızın yapılmakta, aşılama oranlarında arzu edilir düzey elde edilememektedir. Erken tanı ve uygun tedavi eksikliği nedeniyle, pnomoni (zatürree) ve ishal gibi basit/tedavisi kolay, hastalıklardan ölümler meydana gelmektedir.

32. Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında; kamu genel bütçesi, zorunlu sosyal sigorta, özel sigortacılık veya kapalı ağ sistemi ile hizmet başı bedel ödeme, olmak üzere başlıca dört model vardır.

Türkiye'de sağlık sektörünün başlıca finans kaynaklan Çizelge l'de verilmiştir. Bu çizelgeden de görüleceği üzere dünyada bilinen tüm finans modelleri birlikte ve bir karışım halinde uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı harcamaları, doğrudan devlet ödemeleri ve üniversite hastaneleri giderleri genel bütçeden karşılanırken, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ödemeleri zorunlu sigortacılık kapsamına girmektedir. Ayrıca, hizmet başı bedel ödenmesi de yaygındır. Özel sigortacılık hizmetleri son yıllarda teşvik görmekte ve hızla gelişmekte olup, bir buçuk milyon dolayında kişi bu tür sigortalara üye olmuş durumdadır. Henüz, kapalı ağ sistemi uygulamaları yok ise de, yasalar uygundur ve yakın bir gelecekte uygulamaya girmesi olanaklıdır.

Çizelge 1: Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları (1992)

Kaynak	Milyon TL.	Toplama Oranı %
SSK	7661047	17.7
BAĞ-KUR	524221	1.2
Emeldi Sandığı	1510185	3.5
SAĞLIK BAKANLIĞI	11529365	26.7
Üniversite Hastaneleri	1965623	4.6
KİŞİSEL HARCAMALAR	12175000	28.2
MSB ve Diğer Kamu	2157970	5.0
DİĞER	5676083	13.1
TOPLAM	43199594	100

***Kaynak* Yıldırım S., Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**

Çizelge 2: Türkiye ve AT'da Kişi Başına GSMH ve Yıllık Sağlık Harcaması ile Ulusal Bütçe İçinde Sağlık Harcamalarının Payı

ÜLKELER	**Kişi Başına GSMH-1993 (ABD$)**	**Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD $)***	**Ulusal Bütçe İçinde Sağlık Harcaması 1986-93 (%)****
Belçika	21.650	103.0	2
Danimarka	26.730	78.7	1
F.Almanya	23.560	-	18
Fransa	22.790	658.5	16
İrlanda	13.000	340.4	14
İtalya	19.840	398.3	10
Hollanda	20.950	-	14
İngiltere	18.060	343.9	14
Yunanistan	7.390	160.8	7
İspanya	13.590	8.8	6
Portekiz	9.130	22.7	8
Türkiye	2.970	6.2	4

***Kaynak* UNICEF'in Dünya Çocuklarının Durumu 1996 Raporu, Ana Britannica Karşılaştırmalı Ulusal İstatistikler.**
Devletin sağlık harcamalarını kapsar.
****Devletin sağlık harcamalarının Ulusal Bütçe içindeki payıdır.***

Çizelge 3: Türkiye ve AT'da Toplam Yatırımlar İçinde Eğitim, Sağlık ve Sosyal Refah Yatırımlarının Payı (%)

ÜLKELER	Sağlık ve Sosyal Refah Toplamı	Sağlık Yatırımları	Sosyal Refah Yatırımları	Eğitim Yatırımları
Belçika	50.4	1.6	44.7*	15.0*
Danimarka	42.2	1.1	40.1	97
F.Almanya	24.6	19.0 *	49.6*	0.9*
Fransa	45.4	16.0	45.1	7.0
irlanda	47.5	13.0	29.1	12.2
İtalya	51.6	12.6 *	29.6*	8.4*
Hollanda	52.8	13.9	40.9	10.8
İngiltere	39.5	13.8	37.8	13.2
Yunanistan	34.4	10.3 *	31.3*	10.0*
ispanya	34.2	7.0	39.0	5.3
Portekiz	44.3	8.0	28.0	12.0
Türkiye	29.4	3.5	3.9	20.0

Kaynak World Development Report 1994.
**ile belirtilen veriler 1980, diğerleri 1992 yılına aittir.*

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, bilinen tüm yöntemlerin birlikte kullanılması, bir avantaj yaratarak, sağlık için toplanan paranın miktarını artırabilir gibi görünmekte ve algılanmaktadır. Oysa bu böyle olmamaktadır. Nitekim, Avrupa Topluluğu ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Türkiye'de gerek ulusal gelirden ve gerekse kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan payın Avrupa ülkelerinin çok gerisinde olduğu görülmektedir. Aynı şekilde, AT ülkeleri ile Türkiye'nin sosyal refah yatırımlarının kıyaslaması yapıldığında Türkiye'deki yatırımların bu ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmektedir. Bu ülkelerin alt yapısının Türkiye'den daha gelişkin olduğu ve aradaki farkı kapamak için Türkiye'nin daha büyük yatırımlar yapması gerektiği göz önüne alındığında bu fark daha da önem kazanmaktadır (bakınız çizelge 2 ve 3). Özetle, sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada bilinen tüm yöntemlerin karışımının birlikte ve bir arada kullanılması ulusal gelirden sağlığa ayrılan payı artırmamakta, buna karşılık, bu yöntemlerden belli birisinin yeğlenmemiş olması bir kargaşa ortamı yaratmaktadır. Sağlık harcamalarının kesin hesaplan bile yapılamamakta dolayısı ile de verimlilik hesapları çıkarılamamaktadır.

33. İnsangücü

Sağlık insangücü alanında, gerek nicel ve gerekse nitel olarak, Cumhuriyet'le birlikte büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. 1923 yılında 554 hekim, 4 eczacı, 69 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe bulunduğu göz önüne alındığında, bugün gelinen noktanın büyüklüğü tartışma götürmez (bakınız çizelge 4). Buna karşılık, son yıllarda her düzeyden sağlık personelinin sayısı ve niteliğinin yeterliliği konusu tartışmalıdır.

Çizelge 4 : Türkiye'de Sağlık Personeli Sayıları ve Kurumlara Dağılımı

Sağlık Personeli	Toplam	Sağlık Bakanlığı	SSK	Üniversite	Diğer Kamu K	Özel
Hekim	65 832	34 405	6869	10 871	4 562	9 125
Uzman	27 564	9 737	4 001	5 029	1655	7 142
Pratisyen	38 268	24 688	2868	5 842	2 907	1983
Diş Hekimi	11457	2 171	465	469	602	7 750
Eczacı	18 366	1193	944	358	560	15 311
Sag.Memuru	30811	22 678	2 193	2 205	1730	2005
Hemşire	56 280	35 348	6826	7 829	4 038	2 239
Ebe	35 604	33 038	1227	39	107	1 193

Kaynak. **Sağlık Bakanlığı, Özet Sağlık İstatistikleri, 1995.**

Türkiye'de yüksek öğrenimli sağlık personelinin yetiştirilmesinde; sayısal planlama DPT ve YÖK tarafından yapılmakta, eğitim ise tamamen YÖK tarafından yürütülmektedir. Ebe, hemşire ve sağlık memuru okulları bir yandan yüksek okula dönüştürülerek üniversitelere devredilirken diğer yandan da liseye dayalı eğitim hala sürmektedir. Sağlık meslek liselerinin hem sayısal planlaması hem de eğitimi Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmekte ve yürütülmektedir. Bu kurumlar arasında gerek sayısal planlama ve gerekse eğitimin niteliği yönünden uyum yoktur.

Türkiye'deki sağlık insangücü ile Avrupa Topluluğu (AT) ülkelerindeki sayılar kıyaslandığında, Türkiye için olumsuz bir görüntü elde edilmektedir (bakınız çizelge: 5). Ancak bu görüntü yanıltıcıdır. Çünkü; hekim başına düşen nüfus sayısı çok kaba bir ölçek olup, gerçek durumu yansıtmaz. Bir ülkedeki hekim ya da diğer sağlık insangücünün hesabında esas göz önünde bulundurulması gereken, o ülkedeki nüfus ve hastalık örüntüsü ile toplumun sağlık talebidir. Örneğin; AT ülkelerinde toplumun poliklinik kullanım sıklığı 10-13 baş-vuru/kişi/yıldır. Yani bir kişi bir yılda 10-13 kez polikliniğe başvurmaktadır. Bu ülkelerde 500 kişiye bir hekim düşmesi durumunda, bu 500 kişinin yıllık başvuru yükü 5000 poliklinik olacaktır. Oysa, bir hekimin bir yıllık poliklinik kapasitesi 3000 kadardır. Daha başka bir anlatımla, AT ülkelerinde 500 kişiye bir hekim düşmesi hekim sayısının yetersizliği anlamına gelir.

Çizelge 5: Türkiye ve AT'da Doktor, Sağlık Personeli ve Hasta Yatağı Başına Düşen Kişi Sayısı

ÜLKELER	Bir Doktora Düşen Kişi Sayısı(1994)	Hekim Dışı Sağlık Personeline Düşen Kişi Sayısı(1994)'	10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı**
Belçika	**310**	**-**	**94**
Danimarka	**390**	**-**	**77**
F.Almanya	**370**	**-**	**111**
Fransa	**350**	**270**	**114**
İrlanda	**630**	**160**	**97**
İtalya	**210**	**-**	**94**
Hollanda	**410**	**300**	**123**
İngiltere	**810**	**240**	**81**
Yunanistan	**580**	**990**	**60**
İspanya	**280**	**-**	**50**
Portekiz	490	**820**	**50**
Türkiye	**1260**	**1010**	**22.3**

***World Development Report 1994'den alınmıştır.**
****Ana Britannica Karşılaştırılmalı Ulusal İstatistiklerden alınmıştır.**
- Verisi olmayan

Bu hesaba göre; bu ülkelerde bir hekime 300 kişi düşmesi gerekir. Buna karşılık, Türkiye'de 500 kişiye bir hekim düşmesi halinde, hekim insangücü fazlalığı, diğer bir anlatımla gizli ya da açık işsizlik var demektir. Çünkü; Türkiye'de yıllık poliklinik kullanım sıklığı 3 başvuru/kişi/yıldır ve 500 kişiye bir hekim düşmesi halinde, yıllık 1500 poliklinik yüküne denk gelir. Bu hesaplamalardan da anlaşılacağı üzere, yalnızca mutlak sayılara bakılarak, Türkiye'deki insangücü sayılarının, Avrupa'nın gerisinde ve çok yetersiz olduğu gibi bir karamsarlığa ya da telaşa kapılmaya gerek yoktur.

Kurumlar arasındaki tartışmanın özü bu iki ayrı yorumdan kaynaklanmakta; personel sayılarının az olduğundan yola çıkan DPT, YÖK ve Sağlık Bakanlığı, nitelikten ödün verme pahasına, sayılan olabildiğince artırma gayreti içinde iken; Fakülte Yönetimleri ve Meslek Odaları sayılardaki hızlı artışa ve nitelik yitimine karşı çıkmaktadır.

Personelin niteliği ve niceliği tartışması bir yana, esas karmaşa personel istihdamı alanında yaşanmaktadır. Türkiye'de dünyadaki bilinen tüm istihdam biçimlerinin bir karışımı vardır. Yani; 657 Sayılı Yasa kapsamına giren maaşlı, SSK Yasası kapsamına giren ücretli ve sözleşmeli ya da tamamen özel çalışan olmak üzere, her kademeden ve türden personel söz konusudur. Hatta, bazen aynı kişi bu istihdam biçimlerinden üçünün de kapsamına girebilmektedir. Bu karmaşanın doğal bir sonucu o-larak, personelin kurum ve bölgeler arasındaki dağılımı eşitsiz olduğu gibi, özlük haklan açısından da özenilecek bir görüntü yoktur.

4. Toplumun Sağlık Düzeyi

Cumhuriyet'ten günümüze sağlık sektöründe dolayısı ile de toplumun sağlık düzeyinde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Bazı sağlık düzey ölçütlerinin, geçmişteki ve günümüzdeki durumu kıyaslandığında bu gelişme daha da bir netlik kazanmaktadır. Örneğin; 1920'lerde binde 250'nin üzerinde olduğu tahmin edilen bebek ölüm hızı günümüzde binde 51'lere düşmüştür. 1960'lı yıllarda binde 16 olan kaba ölüm hızı, günümüzde binde 6,5'dur. Bu gelişmeler sonucudur ki; 1960'lar-da doğuşta beklenen yaşam süresi 50 yıl iken, bugün, bu süre 67,9 yıla çıkmıştır.

Toplumun sağlık düzeyindeki bu hızlı iyileşmeye karşın, bu gelişmenin yeterliliği veya yetersizliği her zaman tartışılmış ve tartışılmaktadır. Özellikle, katılma hazırlıkları içinde olduğumuz, AT ülkelerinin sağlık düzeyleri ile kıyaslama yapıldığında, Türkiye'deki durumun iyi olduğunu söyleyemiyoruz (bakınız çizelge: 6).

Çizelge 6: Türkiye ve AT'da Bazı Sağlık Düzeyi Ölçütleri

ÜLKELER	DoğuştaBeklenen Ömür (Yıl) 1994	Kaba Ölüm Hızı (%0) 1994	Bebek Ölüm Hızı (%0) 1994	Anne Ölüm Hızı (%000) 1980-92
Belçika	76	11	8	3
Danimarka	75	12	6	3
F.Almanya	76	12	6	5
Fransa	77	10	7	9
İrlanda	75	9	6	2
İtalya	77	10	7	4
Hollanda	77	9	6	10
İngiltere	76	11	6	8
Yunanistan	78	10	8	5
İspanya	78	9	8	5
Portekiz	75	10	9	10
Türkiye	66	8	47	150

Kaynak: World Development Report 1994.

Toplumun sağlık düzeyinin en iyi göstergelerinden birisi bebek ölüm hızıdır. Bu hız açısından, diğer ülkelerle kıyasladığımızda, Türkiye, gelişmiş ülkeler bir yana, ekonomik gelişmişlik açısından daha geri olan birçok ülkeden bile daha iyi durumda değildir. Diğer sağlık düzey ölçütleri açısından da durum benzerdir. Özetle, Türkiye'de sağlık düzeyi, ekonomik gelişmişlik ile orantılı olmayan ve onun çok gerisinde kalan bir düzeydedir.

5. Çevre Sağlığı

Çevre sağlığı durumu bir toplumun gönencinin en iyi göstergelerinden birisi olduğu gibi sağlığını etkileyen en önemli faktörlerin de başında gelir. Bu nedenle de bir toplumdaki sağlık sektöründen söz edilirken, yukarıdaki konuların yanında çevre sağlığı konularına da değinilir.

Türkiye'deki çevre sağlığı ölçütleri AT ülkeleri ile kıyaslandığında (bakınız çizelge 7) övünülecek bir tablonun olmadığı hemen görülür. Bunun bir sonucu olarak, enfeksiyon hastalıkları, önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.

Çizelge 7: Türkiye ve AT'da Bazı Çevre Sağlığı Ölçütleri

ÜLKELER	**Temiz İçme suyu olan nüfus oranı**	**Şebekeye bağlı olan konut yüzdesi**	**Kanalizasyona bağlı ya da fosseptikli konut yüzdesi**	**Tuvaleti içeride olan konut yüzdesi**	**Konutlardaki oda sayısı ortalaması**	**Oda başına düşen kişi sayısı**
Belcika	89			91.9	5.2	0.5
Danimarka	99	100.0	98.6	94.5	3.8	0.6
F.Almanva	99	99.2	94.2	95.6	4.2	0.6
Fransa	94	99.2	73.8	85.0	3.7	0.8
İrlanda	73	73.2	72.3	70.0	4.7	0.9
İtalya	86	86.1	95.7	82.2	3.7	0.8
Hollanda	97	-	-	-	-	-
İngiltere	-	-	-	97.3	4.9	0.6
Yunanistan	97	81.3	-	93.0	3.5	0.9
ispanya	78	90.5	87.9	-	4.4	-
Portekiz	92	73.4	58.1	78.0	3.6	1.0
Türkiye	69	35.9	84.5	73.8	2.7	2.2

***KaynakAna* Britannica Karşılaştırılmalı Ulusal istatistikler.**

6. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de, Cumhuriyet'ten günümüze, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi anlamında büyük ilerleme kaydedilmiştir. 1923 yılında 86 yataklı kurum ve 6437 hasta yatağı varken, bugün bu sayılar 1120 kurum ve 160884'e ulaşmıştır. Cumhuriyet'in ilk yıllarında 554 hekim varken, bugün bu sayı 65 bini aşmıştır. Aynı şekilde, Cumhuriyet'in ilk yıllarında binde 250 dolayında olduğu tahmin edilen bebek ölüm hızı binde 51 düzeylerine, binde 20 dolayında olan kaba ölüm hızı ise binde 6,5 düzeylerine düşmüştür. Bu olumlu gelişmeye karşın, hem sağlık hizmetleri düzeyi hem de toplumun sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerin çok gerisinde olduğu gibi, Türkiye'nin sosyo-ekonomik ve kültürel gelişmesinin de gerisindedir. Başka bir anlatımla aynı gelişmişlik düzeyindeki ülkelerin bile gerisindedir.

Sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyinde gelişmiş ülkeler düzeyini yakalama şansı var iken bu şans geçmişte kullanılamamış ve hala da kullanıldığına ilişkin belirtiler yoktur. Bu şansın kaçırılmasının temel nedeni; sağlık hizmetlerine ulusal gelirden yeterince pay ayrılmaması, ayrılan miktarın ise verimli kullanılmamasıdır. Bu sonuca yol açan temel faktör ise sağlık hizmetleri politikasına

hakim olan ikircikli yapıdır.

Türkiye'nin kaynaklan çağı yakalayacak düzeydedir. Bunun için, sağlık politikasındaki ikircikli yapı giderilerek net bir seçim yapılması gerekir. Bu seçimin ise sağlık hizmetlerinin kamu kaynaklan ile finansmanı ve kamu birimleri ile sunulması yönünde olması Türkiye'nin koşullarının bir gereğidir.

Kaynaklar

1- Akdur R. : Sağlık Düzenimiz ve Politikalarındaki Kargaşa, Toplum ve Hekim (TTB yayın organı) sayı:12, İstanbul, 1980 s:39- 56
2- Akdur R. : Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesinin Gelişimi, Toplum ve Hekim (TTB yayın organı) sayı:28, İstanbul, 1980 s:36-43
3- Akdur R. : Sağlık Politikalarında Temel İlkeler, Sağlık ve Toplum sayı: 19-23, Saydam Matbaası, Ankara, 1990
4 - Akdur R. : Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1991
5- Akyay N. : Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar, H.Ü. Toplum Hekimliği Yayınlan no:20, Ankara, 1982
6- Aydın E. :Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi, Toplum ve Hekim (TTB yayın organı), cilt:12 sayı: 80 Temmuz- Ağustos 1997
7- Çakmakçı M.: Cumhuriyet'in 70. Yılında Türkiye'de Tıp, Bilim ve Teknik Dergisi (özel ek), Nurol Matbaacılık, Ankara, 1993
8- Dilevurgun H. : Sağlık Memurları İçin Halk Sağlığı Bilgisi, SSYB yayın no:122, İstanbul, 1946
9- DPT: IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Sağlık Sektörü, Yayın No: 1516 ÖİK 214, Ankara, 1976
10- DPT: V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel ihtisas Komisyonu Raporu, Sağlık, Yayın No:19l6 ÖlK 299, Ankara, 1983
11- DPT: Türkiye Toplumsal ve Ekonomik Gelişmenin 50 Yılı, Yayın No: 683, Ankara,1973
12- Dirican M. R.: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, A.Ü.T.F. Tıp Bülteni cilt:2 sayi:7 Erzurum, 1970
13- FİŞEK, N. : Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara, 1983
14- SSYB: Türkiye'nin On Yıllık Sağlık Planı, Sağlık Dergisi cilt: XXI sayı: 134 Ankara, 1947
15- SSYB Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü : Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl, yayın no: 422 Ankara, 1973
16- SSYB: Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923-1983 ve 1982 Yılı Çalışmaları, Çağ Matbaası, Ankara, 1983
17- SSYB: Yataklı Tedavi Kurumları 1987 Bülteni S.B. Yayınları No:523, Yeniçağ Matbaası, Ankara, 1988
18- T.C. Sağlık Bakanlığı: Türkiye Sağlık Re formu Sağlıkta Mega Proje, Ankara, 1992
19- Sağlık Bakanlığı: Özet Sağlık istatistikleri, 1995
20- SSYB: Yataklı Tedavi Kurumlan istatistik Yıllığı, Bizim Büro Basımevi, Ankara, 1998
21- Türk Toplum Hekimliği Sempozyumu, I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınlan no:128, Haziran, 1980
22- UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu, 1996
23- Uz B. : Dokuzuncu Milli Tıp Kongresi Konuşması, Kader Matbaası, Ankara, 1948
24- World Development Report, 1994
25- Yıldırım S. : Sağlık Hizmetlerinde Har cama ve Maliyet Analizi, DPT Yayınları, No:2350, Ankara, 1994

Yeni Türkiye 4(23-24):1984-1995 Ankara 1998