

2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık



2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık



2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık

Birinci Baskı, Mayıs 2011, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

ISBN 978-605-5867-42-3

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No:2 / 17 - 23, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 | Faks: (0 312) 231 19 52-53
e-posta: ttb@ttb.org.tr | <http://www.ttb.org.tr>

Çalışmada yararlanılan veriler ilgili kurumların Şubat 2011 tarihine kadar yayınlamış oldukları resmi verilerdir.
Bu nedene çalışmanın her bir başlığında yayınlanmış olan veri tarihine göre, tabloların son yılları
(2007, 2008, 2009 gibi) da farklı olabilmektedir.

İÇİNDEKİLER

Sunuş	5
I. Sağlık Reformu Pandemisi ve Türkiye	7
II. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	17
III. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme	25
IV. Tıp Eğitimi	31
V. Sağlık Emek-Gücü	35
VI. Toplumsal Sağlık Düzeyi	39
VII. Sağlık Hizmet Sunumu ve Kullanımı	47
VIII. İşçi Sağlığı	61
IX. Ne Öneriyoruz, Ne Yapmalıyız?	65



SUNUŞ

Sağlık Bakanı'nı 17 Aralık 2010 tarihli T.C. Sağlık Bakanlığı 2011 Mali Yıl Bütçesinin T.B. M. M. Genel Kurulu'na Sunumu'nda “ Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız” başlığında son 30 yıl şöyle tanımlanmış:

“1980-2002: Teorik reform çalışmalarının yapıldığı dönem.

2003-.. : Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) dönemi.”

30 yıldır değişen hükümetlere rağmen değişmeyen, özde bütünüyle aynı politikanın uygulandığını ifade eden bu aktarıma katılıyoruz. Dolayısıyla 2011 Haziran genel seçimleri öncesi elinizdeki bu kısa “bilgi notu/ durum” raporu bir yanıyla -bugün itibariyle- bir ara toplam/sonuç belgesi oluyor.

SDP'nin reklamı olarak sunulan ‘artık her hastaneye, her eczaneye gidebiliyorum’ “görünür iyileştirmeleri”nin gerçekte toplumsal dokuda, sağlık çalışanlarının kültüründe ve nitelikli sağlık hizmetinde yarattığı tahribatın bütün yönleriyle gün ışığına çıkmadığı bir sürecin belgesi. Tıpkı güncel olarak yaşadığımız nükleer santrallerin, siyanürlü maden işletmelerinin “hiçbir zararı yok, her türlü önlem alınmıştır” söylem ve iddiaları ile açılıp çevre halkına da “görünür iyileştirmeler” getirirken bir süre sonra zararın dehşet ve panikle fark edilmesi, “iyileştirmelerin” iflas etmesi gibi.

Ne yazık ki iflas eden bir “proje/program” olmuyor tek başına. Sağlığını kaybeden bir toplum, çevre, doğa.. özde genciyle yaşlısıyla, kadınıyla erkeğiyle, çocuğuyla ana rahmindeki can'la, nesilden nesile aktarılan genetik yapıyla insanlar/insanlık oluyor.

Ne uğruna? Piyasa, kar, daha çok kar, ..

Seçim öncesi ulaştırdığımız bu kısa bilgi notunun temel ifadesi özlüce şu: kamu-özel ayırımı olmaksızın bütün sağlık alanı piyasacı/ özelleştirmeci Dünya Bankası patentli bir “model” ile çekip çevrilmektedir. Bu programın hedefi -bir öncelik olarak- Türkiye'de yaşayanların sağlıklı olması değildir. O nedenle sınırı sadece özel sektör olmayıp birinci basamak olarak aile hekimliği, Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile bir çoğu kamu diye bilinen tıp fakülteleri hastaneleri dahil bütün hizmet sunumunu ticarileştirmek/ metalaştırmak'tır. Veriler bu yolda ilerlendiğini göstermektedir.

Bizce, kuşkusuz olarak Türkiye böyle bir modeli hak etmemektedir.

Seçimlere giren siyasi parti ve/veya adayların bu tabloyu benimseme ya da değiştirme seçeneklerinden hangisini tercih ettikleri kadar değiştireceğini söyleyenlerin dayanak alacakları dinamik ve hedefleri de önemlidir.

Hekimlerin, sağlık çalışanlarının “işin” mutfağında yer alanlar olarak 2011 yılında giderek artan dirençleri ve karşı ıkışları bu anlamda umut vericidir. Bu çıkışların dne ait olumsuz ne varsa bırakan, olumlu değerlere kıskançlıkla sahip çıkararak yarına taşıyan ve halkın gereksinimlerine yanıt oluşturacak bir sistemde kendini tanımlaması beklentimizdir.

Türk Tabipleri Birliği bu beklentinin gerçekleşmesi için mücadele etmeyi meslek etiğinin olmazsa olmaz bir parçası olarak görmektedir.

2011 Seçimlerine Giderken Türkiye’de Sağlık çalışmasına emek veren Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu, Uzm. Dr. Binali atak, Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak, Prof. Dr. Reyhan Uçku ve Doç. Dr. Zeliha Öcek’e değerli katkıları için teşekkür ederiz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

I. SAĞLIK REFORMU PANDEMİSİ VE TÜRKİYE

Sağlık reformu pandemisi; “insanlığı tehdit ediyor”

Meksika'nın Perote kasabasında, Mart 2009'da nüfusun yarısından çoğunda nezle, alt ve üst solunum yolu infeksiyonlarının görülmesi üzerine, sağlık yetkililerinin herhangi bir girişimde bulunmadığını fark eden belediye, durumun vahametini göstermeye çalışan bir rapor hazırlamış. Hazırlanan raporla durum sağlık yetkililerine bildirilmeye çalışılmış olmasına rağmen, eyalet ve federal sağlık yetkilileri konunun “farkına varamamış”lar. Neden? Meksika, sağlıkta reform gerçekleştirilen ilk grup ülkelerden bir tanesi. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde ve sunumunda desantralizasyon, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrılmış olması sağlık yetkililerinin olayı zamanında fark etmelerini ve bütünlüklü olarak görebilmelerini engelledi. Söz konusu örgütlenme ve hizmet sunum modelinin olay patlak verdikten sonra da merkezi olarak koordinasyon ve müdahaleye olanak vermediği ayan beyan ortaya çıktı.

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), 2009 yılının Mayıs ayında insan, hayvan ve domuzlarda gribe neden olan üç ayrı virüsün harmanlanması ile yeni oluşan domuz gribi virüsünün (Pandemik H1N1/09) neden olduğu domuz gribi (Pandemik İnfluenza A H1N1v) nedeniyle alarm sirenlerini çalıştırdı. Çok kısa süre içerisinde de önlemlerin derecesini beşe çıkarttığını açıkladı. DSÖ'nün bu girişimiyle, dünyada 1600'lerde, 1800'lerde olduğu gibi, salgının ortaya çıkması ile değil, zararlarının sınırlandırılması ile ilgili uygulamaların dışında çıkmayan-çıkamayan bir yaklaşıma mahkum edildik. Bilginin ve teknolojinin mülkiyetini elinde tutanların, 400-500 yıldır bilimsel bilgi ve teknolojiye geliştirmeleri insanlık için kullanmamakta ki ısrarlarına bir defa daha tanıklık ettik.

Yoğun hayvansal üretimin yapıldığı sağlıksız koşullarda, İnfluenza A H5N1 kuş gribi virüsünde de olduğu gibi, iki ve daha fazla sayıda virüsün

birleşmesinden olabilecek mutasyonların riskinin arttığını kanıtlayan araştırmalar doksanlı yıllardan itibaren yoğun olarak yayımlanıyor olmasına karşın, sorumlular-yetkililer tarafından dikkate alınmadı. DSÖ başta olmak üzere konuyla ilgili kuruluşlar, önleme yönelik gerçek tedbirlerin biran önce uygulanması gerekliliğini gündeme getirmede. Eğer influenza A H5N1 kuş gribi virüsü ile ilgili yaşananlardan insanlık için yararlı olacak dersler zamanında ve gerektiği biçimde hayata geçirilseydi, belki de domuz gribi salgını yaşanmayacaktı.

Önlemleri hayata geçirmenin, sorun yaşanmadan, ortaya çıkmadan sorunun olası kaynaklarına müdahale etmenin elbette bir maliyeti var. Ama patronların kar hırsı insan yaşamının önüne geçti. Maliyeti düşürüp, sermaye birikimini arttıracak her türlü faaliyet “insana rağmen” gerçekleştirilmeye devam ediyor. Aşı, ilaç ve teknoloji harcamaları ‘planlanıyor’ olmasına karşın, kimse sorunu kökünden çözebilecek olan, domuzların üretim alanlarının islahını, domuzların domuz gibi yaşayabilmesi için yapılması gerekenleri “konuşmadı-konuşamadı”.

İkibindokuz yılı itibarıyla, dünya genelinde saklanamaz hale gelen kapitalizmin yapısal krizi nedeniyle yaşananlar da, krizin sonuçlarının görünür hale gelmesiyle eş zamanlı ortaya çıkan domuz gribi salgını da patronların sermayelerine sermaye katmak için yapamayacağı hiçbir şey olmadığını gösteriyor. İkibinsekiz yılının son çeyreğinden itibaren yaşanan işten atılmalar, intiharlar, evsiz kalmalar, fabrika kapatmalar, şirket ve banka kurtarma operasyonları vb. kapitalist sistemin yapısal krizlerini kendisinin hazırladığınının, başka bir ifadeyle, akıl dışı ve insana karşı olduğunun en güncel kanıtları.

Kapitalizmin akıl dışılığı sağlık sektöründe de dünya genelinde 25-30 yıldır yürütülmekte olan sağlık reformlarıyla birlikte sürdürülüyor. Türkiye dahil, ülkelerin hemen hepsinde yürütülmekte olan sağlık reformu, toplumların sağlık gereksinimleri üzerinden değil, patronların sermaye birikim hedefi üzerinden gerçekleştirilmektedir.

Yirminci yüzyılda genel olarak beklenen yaşam süresindeki hızlı artış ile merkez ve çevre kapitalist ülkeler arasında hastalık ve ölüm hızlarındaki eşitsizliklerin, doğrudan sağlık hizmetlerine ve ülkelerin sağlık sistemlerine bağlanamayacağı kanıtlarıyla ortaya konmuştur. Buna karşın, sosyal ve ekonomik müdahalelerin rolünün önemli olduğu saptanmıştır. Sağlık harcamalarının fazlalığı ölüm ve hastalık hızlarını azaltmada yeterli değilken, refah düzeyi ve gelir dağılımı ile bunları da belirleyen politik müdahalelerin daha etkili olduğu gösterilmiştir.

Kapitalizmin altmışlı yılların sonunda başlayıp bugüne değin süren son büyük krizi ve krizden çıkış için uygulanmaya çalışılan ekonomik-politikalar nedeniyle kapitalist ülkelerin tümünde, emek-gücünü satmak zorunda olanların, sağlık dahil bütün sosyal alanlara yönelik kazanımları kısıtlanmaktadır. Bu süreçte, sermaye sınıfı ve temsilcileri olan hükümetler, sağlık başta olmak üzere sosyal alanların hemen hemen hepsini toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alanlar olmaktan çıkartmak istemekte, etkili ideolojik araçlar kullanarak, emekçi sınıfların bu duruma karşı çıkışlarını da söndürmektedir. Benzer uygulamalarla kendileri için olanın dışındaki harcamaları kısıtlarken, bir yandan da sermaye

birikimlerini artıracak “yeni” yatırım alanları yaratmaktadırlar.

Kapitalizmin sermaye birikimini artırmaya yönelik son 30 yılın “yeni” alanlarından birisi de sağlık sektörüdür. Bunu sağlayabilmek için, sağlık sektörü diğer sosyal alanlar gibi piyasa koşullarına devredilmektedir. Son 20-25 yıldır kapitalist ülkelerdeki hükümetlerin sağlık politikaları ve sağlık sektörüne yönelik hedefleri özünde hiçbir farklılık taşımamaktadır. Hem merkez ve çevre, hem sosyal yönelimli olan ve olmayan kapitalist ülkelerle, kapitalistleşme sürecindeki (eski sosyalist) ülkelerdeki hükümetler Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen finans ve hizmet sunum modellerini “sağlık sektöründe reform” adı altında; toplumlarının özgün gereksinimlerinden kaynaklanan modellermiş gibi göstererek; elbirliğiyle yerleştirmeye çalışmaktadırlar.

Sözü edilen reform paketlerinin ve uygulamalarının aynılıklarını oluşturan hedeflerini birkaç başlık altında toplamak mümkündür. Öncelikle, hizmetin



nüfusun tümünü kapsama hedefinde olması gerektiği ifade edilirken, bir yandan prim, katkı payı vb. ödemelerle sağlık hizmetine ulaşmayı kişisel kaynaklara dayandırmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumuyla finansmanının birbirinden ayrılması, sağlık sektöründe kamu kurumlarının varlığını olabildiğince sınırlayıp, kamu dışı aktörlerin sağlık sektörüne girişi ve yerinden yönetime dayanan bir sistem ile sağlık sektöründe piyasa mekanizmalarının hakimiyeti sağlanmaya çalışılmaktadır. Kamuya ait mülkiyetlerin yanı sıra, kamusal olarak sunulan hizmetlerin de özel sektöre devri gerçekleştirilmektedir. Ayrıca sağlık emek-gücü istihdamında esnek çalışma biçimleri ile özellikle hekim ve hemşirelik hizmetleri sunumunda ara emek-gücü kullanımının yaygınlaştırılması dikkati çeken benzerlikler olarak sıralanabilir.

Çoğunlukla, kapsamı yaygınlaştırma gerekçesi ile hem sağlık hizmeti bütün aşamalarında paralı hale getirilip, herkese parası kadar hizmet sunumu öne çıkartılmakta hem de sağlıklı olmanın “bireysel sorumluluk” olduğu kabulü yaygınlaştırılmak istenmektedir. Birçok ülkede bu sürecin tamamlandığı görülmektedir. Özellikle kapitalistleşme sürecindeki Doğu Avrupa ülkeleri başta olmak üzere ‘sağlık reformu’ uygulamalarının gerçekleştirildiği ülkelerde cepten ödemelerin arttığına ve toplumun büyük kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşmalarının kısıtlandığına tanık olmaktayız.

Sağlıkta Dönüşüm: Sağlık Reformunun Türkiye’de Sahibi Kim? Uygulayıcıları Kim?

AKP Hükümeti tarafından yasalaştırılan ve 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal

Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile öncesi ve sonrasında yapılan düzenlemeler aracılığıyla Türkiye’de sağlıkta reform nihayete erdirilmek istenmektedir. AKP Hükümeti, 2003 yılı Haziran ayında açıklamış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile konunun tek sahibi olduğunu iddia etmektedir. Söz konusu tarihi bir milat olarak tanımlayan AKP, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın özelleştirme programı olmadığı iddiasındadır. Öncelikle ikinci iddialarını kendilerinin çürüttüğü, yalanladığı bir belge ile ortaya konabilir: “Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı” başlıklı Bakanlar Kurulu Kararı, 31 Aralık 2008 tarihli ve 27097 sayılı 5. Mükerrer Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Bu belgede, sağlıkta özelleştirmelere devam edileceği, bunun Hükümet’in temel başlıklarından biri olduğu ve bu kapsamda sürdürülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programının tamamlanacağı belirtilmektedir.

Altını çizmekte büyük yarar görüyoruz; Sağlıkta Reform ile Sağlıkta Dönüşüm Programı aynı programdır. Türkiye’de 1980 Asker Darbesi’yle birlikte bütün hükümetler sağlıkta reformun taşeronluğunu yapmıştır. Bu durum belgeleriyle de ortaya konulabilir. Sağlık sektöründeki saldırı yasalarının birincisi 15 Mayıs 1987’de ANAP Hükümeti tarafından çıkartılan “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”dur. İkinci aşamada, 31 Mart 1993’de, DYP-SHP Koalisyon Hükümeti’nin “Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ile Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı”ndan oluşan dörtlü paketidir. Üçüncü aşamada, Kasım 1996 tarihinde FP-DYP koalisyonu taslakların adlarını

değiştirip işlemleri sürdürmek istediler. Hazırlıklarının adı, “Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslakları”ndan oluşan üçlü pakettir. Aynı Koalisyon Hükümeti birincisini beğenmemiş olsa ki, Nisan 1997’de aynı adlarla benzer içerikteki kanun tasarı taslaklarını yeniden yayımladı. Bu tarihten hemen sonra kurulan ANAP-DSP koalisyonu da Haziran 1998’de kendini sağlık hizmetlerinin finansmanı ile “sınırlandırmak” için midir bilinmez “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı”nı yayımladı. AKP Hükümeti’nden önceki son paket, Ekim 1999 tarihinde DSP-MHP-ANAP Koalisyon Hükümeti tarafından yayımlanan “Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı”dır. Bunların ardından, AKP Hükümeti tarafından Haziran 2003 tarihinde kamuoyuyla paylaşılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” da öncekilerle aynı hedef ve içeriğe sahiptir. DB web sayfası aracılığıyla ulaşabildiğimiz bir belge de hem konuyla ilgili tarihsel süreci hem de bu yasa tasarılarının gerçek sahip(ler)ini ortaya çıkartmaktadır. Şöyle ki, Sağlık Bakanı Akdağ, 10 Mart 2004 ve Çalışma Bakanı Başeskioglu da 05 Mart 2004 tarihinde DB Başkanı James Wolfensohn’a birer mektup yazarak, DB’nin önceki hükümetleri olduğu gibi kendilerini de, DB’nin önerileri doğrultusunda hazırladıkları program çerçevesinde desteklemesini ve borç vermesini

“Dünya Bankası’nın mali ve teknik desteğinden yararlanmanın ne denli önemli olduğunu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’mızın

uygulanmasında ilerleme kaydettikçe işbirliğimize ne kadar değer verdiğimizi vurgulamak isterim. Dünya Bankası tarafından Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri boyutu içinde teknik ve mali destek yoluyla sunulan yatırımlar ve hizmetler, ülkemizdeki kamu sağlık hizmetlerine olduğu kadar, bu hizmetlerin etkinlik ve etkilerine önemli katkılarda bulunmuştur. Dünya Bankası’nın bu yeni proje altındaki sürekli mali ve teknik desteğinin şu ana kadar elde edilmiş olanları güçlendireceğine ve bunların değerini artıracığına ve böylelikle de Türkiye’nin Avrupa Birliği ile bütünleşmesini tamamlamak üzere kendi önümüze koymuş olduğumuz hedeflere ulaşma çabamızı ilerleteceğine inanıyorum.”

ifadeleriyle talep etmişlerdir. Bunun üzerine söz konusu başvurular, DB tarafından ‘ivedilikle’ dikkate alınmıştır. 21 Nisan 2004 tarih ve 27717-TU numaralı “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın İlk Evresine Destek Olarak Türkiye Cumhuriyeti’ne Sağlıkta Geçiş Projesi İçin 49.40 Milyon Avro Miktarında Önerilen Kredi Hakkında Proje Değerlendirme Belgesi” adlı raporla istenen paranın tamamının borç olarak verildiği bildirilmiştir. Bu belge, AKP Hükümeti’nin seksenli yılların başından günümüze kadar göreve gelen hükümetlerle taşımakta olduğu aynılığın önemli ve özel kanıtıdır.

Bununla birlikte, önceki hükümetlerden farklı olarak AKP Hükümeti’nin sağlıkla ilgili programı, TÜSİAD tarafından, Eylül 2004 tarihinde yayımlanan “Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri” raporuyla “açık” olarak desteklenmiş ve “alternatifinin olmadığı” kamuoyuyla paylaşılmıştır. Onbeş yılı

aşan bir süredir yürütülmekte olan tartışmalarda ve uygulamalarda, bu konudaki görüşlerini bir “sır” olarak saklayan TÜSİAD, söz konusu raporda, Türkiye’de de kapitalist üretim ilişkilerinin belirlediği, toplumsal yaşam biçimi içerisinde, sınıf çıkarlarının gereğini ne pahasına olursa olsun, taviz vermeksizin gerçekleştirmeye kararlı olduklarını vurgulamıştır. Ancak bilindiği gibi, burjuvazi homojen bir sınıf değildir. Ayrıca, yatırım yaptıkları sektörler itibarıyla da aralarındaki çelişkiler sürmektedir. Öyle ki bu raporu da, aralarında sağlık ve sigortacılık alanlarına yatırım yapanların finansmanı ile yayımladıklarını önsözde belirtmek durumunda kalmışlardır. Hatta bu girişimcileri yaptıkları katkıların büyüklüğüne göre olsa gerek, üç gruba(kendi yazdıklarıyla kategoriye) ayırmışlardır.

Rapor bir başka açıdan da belge özelliği taşımaktadır: Türkiye burjuvazisi, yıllar sonra bütün hükümetlerin, hatta muhalefetteki partilerin bile programına hâkim olan sağlık alanındaki durum saptaması ve sorunların çözümüne yönelik önerilerin: “bu ülkedeki sahibi biziz, görüşler bütünüyle bize aittir” demektirler. Bu yönüyle de rapor, doksanlı yılların başında, dönemin Sağlık Bakanlığı aracılığı ile açıklanan görüşlerin arkasındaki bu gerçekliği görüp “bu program emekçi ve emekten yana sınıflara burjuvazinin saldırısıdır, dolayısıyla karşı koyuş/mücadele de sınıfsal olmalıdır” saptamasını yapanları doğrulamaktadır.

Birbirinden farklı taban ve söylemlere sahip, bir şekilde hükümet olabilmüş partilere ait, onbeş-yirmi yıllık zaman dilimi içindeki sağlık alanı ile ilgili metinlerin yalnızca tarihleri ile sayfa sayılarında

farklılık saptanabilmektedir. DB pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de bunların yaşama geçirilebilmesi için hükümetlere sağlık sektöründe kullanılmak üzere yaklaşık 348 milyon dolar kredi vermiş, bunun da büyük kısmının kendi tayin ettiği danışmanlara ödenmesini sağlamıştır. Hükümetler, aralarındaki bu benzerliğe gerekçe olarak sağlık sektöründe yaşanan sorunları göstermektedir. Evet doğrudur; sağlık sektörümüz sorunsuz değildir. Bu haliyle sürdürülmesini istemiyoruz, isteyemeyiz. Ancak sorunun çözümü için önerdikleriyle var olan sorunlar emekçiler adına daha da derinleşmiş, sağlık hizmetleri parası olanın parası kadar alabildiği bir meta haline gelmiştir. Özetle, benzerliklerinin temel nedeni hedeflerinin aynılığıdır: Kapitalizmin uzun bunalımını aşabilmesi için sağlık sektörünü burjuvazinin çıkarlarına uygun hale getirmek.

Türkiye’de reformun hazırlık ve uygulama süreci

Türkiye’de yaşananların daha rahat sistematize edilebilmesi için süreç büyük bir kısmı tamamlanmış, küçük olmakla birlikte önemli bir aşamasının henüz tamamlanmamış olduğu üç ana başlık altında incelenebilir:

- I. Kamu Sağlık Hizmetlerinin Çökertilmesi
- II. Propaganda(1): “Kamu kötüdür !”
Propaganda(2): “Reform gerekir”
- III. Uygulama...

Sağlık reformu bir pandemi haline gelirken, Türkiye’de vak’a ile ilgili semptomlar 1980’lerin hemen başında görüldü. İlk semptomlarla birlikte yaşanmış olan dönemi Kamu Sağlık Hizmetlerinin Çökertilmesi olarak tanımlayabiliriz. Örneğin, o

dönemlerde sağlık ocaklarının çoğu gereksinimi Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmamaya başlandı. Sağlık ocağı ekibi, hizmet sunabilmek için gerekli olan enjektör, pansuman malzemeleri, hatta ev halkı tespit fişlerinin matbaada bastırılması için gerekli olan parayı hizmet almaya gelenlerden karşılamak zorunda bırakıldı. Bunun için de hemen her bir sağlık ocağında dernekler kuruldu. Sağlık Bakanlığı bu gelişmeyi görüp, Sağlık Sosyal Yardım Vakfı aracılığı ile hizmet almaya gelenlerden, kendi makbuzu üzerinden “bağış” toplatmaya başladı. O dönemlerde aylarca aşı gelmeyen, kırık camları onarılmayan, soğukta ısıtılmayan, telefon faturaları ödenmediği için kapanmış, buzdolabı olmayan sağlık ocakları ülke genelinde yaygın hale getirildi. Aynı dönemde özellikle üç büyük şehirdeki sağlık ocaklarında bazen 10-15 hekim, 20-25 hemşire ve ebe istihdam edilirken, diğer illerde ve kırsal bölgelerde pek çok sağlık ocağı hekim, sağlık evi ebe olmadığı için hizmete kapalı durumdaydı. Kent merkezlerinde polis karakoluna dönüştürülen sağlık ocağının yanı sıra, kırsal bölgelerde hayvan barınağı olarak kullanılan sağlık evi ve sağlık ocağı binaları ile ilgili haberler sıradan hale geldi.

Hizmet sunumunda hem nicelik hem de nitelik olarak yaratılan açığı kapatmak için, eş zamanlı olarak, özellikle şehir merkezlerinde özel sağlık poliklinikleri furyası başlatıldı. Eskinin tek tük sağlık kabinleri genişletildi, yenileri açıldı. Sağlık ocaklarından hizmet alabilmek için “bağış yapmak zorunda bırakılan” halk, hemen her sokakta açılan özel sağlık polikliniklerini yakınlığı ve hızlı hizmet alabilme gibi özellikleri nedeniyle tercih etmeye başladı. Çünkü her iki tarafta da hizmet alabilmek için para ödemek zorundaydı, bununla birlikte

poliklinikler kalabalık da olmadığı için hızlı ve güler yüzlü hizmet veriliyordu. Aynı dönemde ülke nüfusunun %50-52’sine sağlık hizmeti sunmak durumunda olan SSK hastanelerinde hizmet, ülkedeki hekimlerin yaklaşık %10’u, hemşirelerin de yaklaşık %17’si ile verilmeye çalışılıyordu. Sağlık Bakanlığı artmakta olan nüfusa ve eskiyen teknolojiye rağmen neredeyse yatırım yapmaz oldu. Sağlık ocaklarına yazar kasa koydu. Söz konusu bu tercihler, hastanelerde, özellikle de polikliniklerinde kuyruklara, tedavi ve bakım hizmetlerinde aksaklıklara neden oldu. Yaşananlar hem hizmet alanları hem de hizmeti üretenleri birbirlerinden şikayet eder hale getirdi.

Türkiye’de sağlık ortamı bu hale getirilirken bir yandan da propaganda süreci yürütülüyordu: “kamunun sunduğu hizmetler kötüdür, genel bütçeden finanse edilen sağlık sistemi verimsizdir, kamu istihdamı-iş güvencesi personelin verimliliğini azaltmaktadır, sağlık harcamaları artmıştır, sigorta kurumlarına (Bağ-Kur, Emekli Sandığı, SSK) göre hizmetin kapsamı değişmekte bu da sağlıkta eşitsizliklere temel oluşturmaktadır, herkesin sağlık güvencesi bulunmamaktadır vb.” propaganda döneminin birinci aşamasının belirleyici söylemleridir.

Propaganda döneminin ikinci aşaması, sağlık alanında yaşanmakta olan sorunların çözümü için ne(ler) yapılması gerektiği söylemleri ile başlatılmıştır: Sağlık alanında yaşanmakta olan sorunların çözümü için “sağlıkta reform gerekir” söylemi gerekli gereksiz her yer ve zamanda kullanılarak topluma belletilmeye çalışılmıştır. Bu dönemde hazırlanan düzenlemelerde çözümlerini

de altı ana başlıkta ortaya koyup, kamuoyuna propagandif bir biçimde duyurmaya başladılar:

1. “Sorunlara onu yaşayanlar yerinde çözüm üretmeliler: bunun için de özzerkleştirme ve işletmeleştirmenin zorunlu olduğu, hizmet sunumu ve mülkiyette özelleştirme ile taşeronlaştırmanın uygulanması gerektiği öne çıkartılmıştır.
2. Sağlık hizmetlerine ek kaynak yaratmak ve eşitsizliği kaldırmak gerekir: Bu durum sağlık primi ile katkı ve katılım payı toplanarak sağlanabilir.
3. Herkes sağlık güvencesine sahip olmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için genel sağlık sigortası uygulanması gerekir.
4. Herkese özel hekim ve ayrıca hekimini seçme özgürlüğü verilmelidir: Aile hekimliği sistemi bu gereksinimlerin karşılanması için tek seçenektir.
5. Sağlık personeli tembelleşmiştir. Tembelliği önlemek gerekir: Bunun için kadrolu değil sözleşmeli istihdam yaygınlaştırılmalıdır.
6. Sağlık personeli arasında çalışanla çalışmayanı ayırmak gerekir: Performansa (takata) göre ücretlendirme aylık gelirin önemli bir bölümünü sağlamak için uygulanmalıdır.”

Üçüncü dönemi Uygulama Dönemi olarak adlandırabilir, başlangıç tarihi olarak da 2004 yılını gösterebiliriz. Bu dönemde taslaklar yasalaşmaya ve yasaların gereği yapılmaya başlanmıştır.

Propaganda döneminin ikinci aşamasında dillendirilenler tek tek uygulanmaktadır. Bu aşama günümüzde, 2011 yılının ilk aylarında henüz tamamlanabilmiş değildir. Bu güne kadar; tedavi edici sağlık hizmetlerine talep yükseltirken, arz kısılmıştır. Ülkenin, sağlık hizmeti satın alan en büyük kurumu haline gelen SGK tarafından hazırlanan Sağlık Uygulama Talimatı (SUT) aracılığı ile tetkik, tedavi ve tanı malileştirilmiştir. Bunun sonucunda hastane istatistikleri de malileştirilmiştir. Bu aşama, en büyük ve yaygın tedavi edici sağlık hizmeti üreticisi dolayısıyla satıcısı hastanelerin sahibi olan Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerinin özelleştirilmesi, üniversite hastanelerinin bütünüyle işletmeleştirilmesi gerçekleştirilmeden tamamlanmış olmayacaktır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin elden çıkartılabilmesi-alıcı bulabilmesi için Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nın yasalaşması gerekirken, bu dönemin koçbaşı; kamu özel ortaklığı olarak da adlandırılan, kent merkezlerinde büyük araziler üzerinde çok büyük kapasiteli sağlık yerleşkelerinin kurulması olacaktır.

Süreci özetledikten sonra bir defa daha yinelemekte yarar var; yaşananlar da gösteriyor ki, sağlık reform pandemisi insanlığı tehdit ediyor. Bu tehditler; hizmetin bütünüyle paralı hale getirilip parası olanın hizmete ulaşabiliyor olması, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, özelleştirmeler, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılmasının yarattığı kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin göz ardı edilmesi vb. pek çok alt başlıkta toplanabilir.

TÜRKİYE’NİN SAĞLIK DÜZEYİ “EKSI”

Türk Tabipleri Birliği’nin yaptığı çalışmada ülkelerin sağlık düzeyleri değerlendirildi. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için; 169 ülkenin ortalama yaşam süresi, bebek, çocuk, anne ölümleri, ölüm nedenlerinin hastalıklara göre dağılımı, hastalıklara göre yaşam yılı kayıpları gibi çok sayıda verisi analiz edildi. Ülkeler aldıkları puanlara göre sıralandılar. En yüksek puan alan ülke +22,75 ile İsviçre oldu. Onu İzlanda, Avustralya, Japonya, İsveç, Kanada, İtalya, İspanya izlediler. En düşük puan alan ülke Sierra Leone’nin puanı -118,57 idi. Afganistan ve çok sayıda Afrika ülkesi de eksi puan aldılar. Türkiye’nin puanı ise -11,98’dir

Bu yakışsız durum yakından incelenmeyi hak ediyor. Bu incelemeyi yapabilmek için doğru sorular sormak gerekiyor. Doğru soru “ülkelerin sağlık düzeyini belirleyen değişkenler nelerdir?” olmalı.

Araştırmamızın sonuçlarına göre ülkelerin sağlık düzeylerini belirleyen etmenleri şöyle sıralayabiliriz: Kişi başına düşen gelir, gelir ya da harcama dağılımında eşitsizlik, toplam sağlık harcamaları, kişi başına sağlık harcamaları, sosyal güvenlik harcamaları, erişkinlerde okuryazarlık oranı ve 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı.

Sağlık düzeyi (+) puan alan ülkelerde sağlık düzeyini etkileyen önemli etmen kişi başına düşen gelirdir. Çalışmamızın sonuçlarına göre, kişi başına düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasılatı 10.000 Amerikan Doları’nın altında olup da sağlık düzeyi pozitif olan Küba dışında bir tek ülke yoktur.

Sağlık düzeyi (-) puan alan ülkelerde ise kişi başına düşen gelir yanı sıra eğitim, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve sosyal güvenlik harcamaları sağlık düzeyi üzerinde etkili olmaktadır. Üstelik gelir dağılımındaki eşitsizlik tek başına negatif belirleyicidir. Yani gelir eşitsiz dağılıyorsa sağlık düzeyi olumsuz etkilenmektedir. **Eğer bir ülkedeki sağlık düzeyi negatif ise, ülkenin sağlık düzeyinde bir gelişmenin olabilmesi için kişi başına düşen gelirden artışın yanı sıra, eğitim, gelir dağılımında eşitsizlik, sosyal güvenlik gibi temel alanlarda da gelişme kaydedilmesi gereklidir.**

Yineleyelim; Türkiye’nin sağlık düzeyi -11,98’dir. Türkiye’nin de içinde bulunduğu grubun analizinden ise çok çarpıcı bir veri çıkmaktadır, **gelir dağılımındaki eşitsizlik tek başına ve çok yüksek bir**

katsayı ile sağlık düzeyinin belirleyicisidir.

Türk Tabipleri Birliği’nin çalışmasının ikinci bölümünde ülkelerin hekim sayılarını belirleyen etmenler de saptandı. Türkiye’de hekim sayısını etkileyen etmenler toplam nüfus, kentli nüfus, 10 bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı, kanalizasyon sistemi kullanan nüfus yüzdesi ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle kaybedilen yaşam yılıdır. Bu verilerin ışığında Türkiye’de olması beklenen hekim sayısı 113.902’dir. Dünya Sağlık Örgütü’nün Sağlık Bakanlığı kaynaklarından elde ettiği 2009 verilerine göre ülkemizde 110.400 hekim vardır. Yani Türkiye’de hekim yetersizliği yoktur.

Peki, sorun nedir?

Türkiye’de hekimler ve tüm sağlık emek-gücü açısından sorun sayı değil, istihdam ve dağılımdır. Türkiye’de hekim dağılımı eşitsizdir. Türkiye’de hekimler tam istihdamla çalıştırılmamaktadır. Türkiye’de hekimler düşük ve emekliliğe yansımayan ücretlerle güvensiz çalıştırılmaktadır.

Özellikle Dünya Bankası tarafından desteklenen çalışmalarda ortaya konan ve geçerli olduğu varsayılan “hekim sayısı-sağlık düzeyi” ilişkisinin geçerli olmadığı ortaya konmuştur.

Türkiye sağlığı iyileştirmek için öncelikle yoksulluğu ve gelir dağılımındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmalıdır. Eğitim ve sosyal güvenlik gibi alanlara yatırım yapmalıdır. Hekim sayısının artırılması Türkiye’de yaşayanların sağlığını iyileştirmeyecektir. Sağlık insan-gücü arzını artırarak, sağlık hizmetleri maliyetinde insan gücünün payını azaltacaktır. Giderek hekim işsizliği yaratacaktır.

Yeni tıp fakültesi açılmamalıdır. Var olan fakültelerin kontenjanları artırılmamalıdır. AKP iktidarı altyapısı olmayan yeni fakülteler açarak ve tıp fakültesi kontenjanlarını artırarak tıp eğitiminin niteliği ile çok tehlikeli bir oyun oynamaktadır. Tıp fakülteleri üzerindeki ekonomik baskılar kaldırılmalı, fakülteler eğitim ve araştırmaya öncelik verebilmelidir.

Sağlık emekçilerinin tümünün kamuda, tam zamanlı ve tek işte, insanca yaşanabilir bir ücret karşılığında, grevli, toplu sözleşmeli sendika hakkı ile çalışmasının koşulları sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı sağlık insan gücü planlamasının ayrılamayacak bir bileşeni olan Türk Tabipleri Birliği’ni ve ilgili sosyal tarafları muhatap almalıdır.

TTB MERKEZ KONSEYİ - 26/10/2010 Basın Açıklaması

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ SAĞLIK DÜZEYİ ÇALIŞMASI ÜLKELER SIRALAMASI

ÜLKE ADI	SAĞLIK DÜZEYİ
1. İsviçre	22.75
2. İzlanda	22.74
3. Avustralya	22.50
4. Japonya	22.20
5. İsveç	21.90
6. Kanada	21.74
7. İtalya	21.38
8. İspanya	21.32
9. İsrail	21.28
10. Fransa	21.17
11. Avusturya	20.70
12. Norvec	20.34
13. Hollanda	20.27
14. Lüksemburg	20.09
15. Belçika	19.98
16. Yeni Zelanda	19.70
17. Almanya	19.66
18. Finlandiya	18.92
19. Danimarka	18.91
20. İngiltere	18.71
21. İrlanda	18.20
22. ABD	18.16
23. Yunistan	18.07
24. Slovenya	17.71
25. Portekiz	17.69
26. Singapur	16.73
27. Kore Cumhuriyeti	16.47
28. Brunei Darussalam	15.86
29. Küba	15.23
30. Şili	14.68
31. Çek Cumhuriyeti	13.89
32. Kuveyt	13.45
33. Kosta Rika	13.45
34. Hırvatistan	13.32
35. Kıbrıs	12.83
36. Polonya	12.39
37. Uruguay	11.59
38. Barbados	11.26
39. Arjantin	11.06
40. Bahreyn	10.16
41. Macaristan	8.33
42. Birleşik Arap E.	6.92
43. Slovakya	6.77
44. Bosna-Hersek	6.54
45. Litvanya	6.20
46. Bahamalar	5.98
47. Estonya	5.69
48. Meksika	5.66
49. Mauritius	5.44
50. Malezya	4.84
51. Katar	4.71
52. Letonya	3.95
53. Venezuela	3.51
54. Makedonya	2.46
55. Lübnan	0.89
56. Suudi Arabistan	0.42

57. Sırbistan ve Montenegro	-0.60
58. Panama	-0.66
59. Umman	-0.80
60. Trinidad ve Tobago	-1.01
61. Tunus	-2.15
62. Belize	-2.66
63. Kolombiya	-2.79
64. Libya	-2.91
65. Bulgaristan	-3.44
66. İran	-3.44
67. Jamaika	-4.51
68. Çin	-5.27
69. Sri Lanka	-6.01
70. Ürdün	-6.19
71. Belarusya	-6.20
72. Ekvador	-6.46
73. Paraguay	-6.98
74. Arnavutluk	-7.31
75. Suriye	-7.41
76. Ukrayna	-7.90
77. Tayland	-8.59
78. Gürcistan	-8.59
79. Viet Nam	-9.09
80. El Salvador	-9.09
81. Ermenistan	-9.14
82. Fiji	-9.48
83. Cezayir	-9.72
84. Romanya	-10.02
85. Solomon Adaları	-10.54
86. Moldova	-10.91
87. Türkiye	-11.98
88. Rusya	-12.38
89. Nikaragua	-13.85
90. Fas	-14.11
91. Peru	-14.31
92. Brezilya	-14.50
93. Filipinler	-14.62
94. Dominik Cumhuriyeti	-15.48
95. Guatemala	-15.73
96. Surinam	-15.77
97. Honduras	-16.31
98. Kore DHC	-17.30
99. Cape Verde	-18.04
100. Mısır	-18.06
101. Özbekistan	-21.23
102. Endonezya	-23.36
103. Maldivler	-23.95
104. Moğolistan	-24.22
105. Azerbaycan	-24.39
106. Kırgızistan	-25.47
107. Guyana	-26.92
108. Bolivya	-27.80
109. Kazakistan	-33.57
110. Tacikistan	-33.66
111. Türkmenistan	-33.82
112. Papua Yeni Gine	-34.55

113. Bengaldeş	-35.34
114. Irak	-35.53
115. Pakistan	-37.04
116. Butan	-37.17
117. Hindistan	-40.88
118. Comoros	-42.27
119. Myanmar	-42.76
120. Namibya	-42.91
121. Botswana	-44.80
122. Güney Afrika	-45.60
123. Kamboçya	-46.52
124. Nepal	-47.62
125. Timor-Leste	-47.90
126. Lao DHC	-48.71
127. Yemen	-49.00
128. Gabon	-49.28
129. Eritre	-51.14
130. Haiti	-52.11
131. Gambiya	-53.40
132. Sudan	-55.42
133. Gana	-55.49
134. Madagaskar	-56.41
135. Kongo	-56.86
136. Cibuti	-58.94
137. Togo	-61.78
138. Lesoto	-62.67
139. Swaziland	-64.63
140. Moritanya	-65.81
141. Senegal	-66.11
142. Etyopya	-67.10
143. Gine	-68.26
144. Kamerun	-70.33
145. Benin	-71.72
146. Fildişi Sahili	-72.55
147. Kenya	-74.41
148. Uganda	-75.69
149. Nijeriya	-77.31
150. Zambia	-77.81
151. Ekvatoral Gine	-78.69
152. Mozambik	-78.82
153. Burundi	-79.85
154. Burkina Faso	-80.75
155. Liberya	-83.03
156. Gine-Bissau	-83.82
157. Kongo DHC	-84.29
158. Ruanda	-84.41
159. Zimbabve	-84.53
160. Çad	-86.17
161. Somali	-87.11
162. Mali	-87.69
163. Orta Afrika C.	-88.59
164. Tanzanya	-92.45
165. Niijer	-101.41
166. Angola	-104.11
167. Malavi	-105.04
168. Afganistan	-112.15
169. Sierra Leone	-118.57

KAYNAKÇA

- Carrin, G., Politi, C. (1996), "Exploring the Health Impact of Economic Growth, Poverty Reduction and Public Health Expenditure", WHO, Geneva.
- Defever, M. (1995), Health Care Reforms: unfinished agenda, Health Policy, 34: 1-7.
- Gonzales-Block, M. A. (1997), Comparative Research and Analysis Methods for Shared Learning from Health Sector Reforms, Health Policy, 42: 187-209.
- Gough, I., Thomas, T. (1994), "Why Do Levels of Human Welfare Vary Among Nations?", International Journal of Health Services, 24(4): 715-748.
- Ham, C., Brommels, M., (1994), Health Care Reform in Netherlands, Sweden and The United Kingdom, Health Affairs, 13(5): 106-119.
- Hamzaoğlu O, Belek İ. (2001), Kapitalizmin Olağan Seyri İçinde Sağlık Açısından Projeksiyonlar. Toplum Sağlık Eczacı Dergisi, 1(1): 37-52.
- Hamzaoğlu O., Yavuz C. I. (2006), Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine. Mülkiye, Cilt: XXX, Sayı 252: 275-296, Güz.
- Hamzaoğlu, O. (2007), Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı. İktisat Dergisi, Sayı: 479-480: 58-65, Şubat.
- Hamzaoğlu, O. (2007), Sağlık Sistemleri Dosyasından Akılda Kalanlar. Toplum ve Hekim, 22(3): 239-240, Mayıs-Haziran.
- Hamzaoğlu, O. (2006), Sağlık Tek Başına Sınıf Mücadelesinin Bir Aracı Olabilir mi? Tarihsel Süreci Yeniden İnceleme: Bismarck Öncesinde Sosyal Güvenlik. Toplum ve Hekim, 21(5-6): 330-334, Eylül-Ekim, Kasım-Aralık.
- Hamzaoğlu, O., Kapitalizmde Sağlık Hizmetleri ve Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Reformu," içinde: Almanak 2008. Sosyal Araştırmalar Vakfı, 2009, 459-472, İstanbul.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I., Stith, D.P. (1996), "Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the United States", British Medical Journal, 312: 1004-1007.
- Kocaeli Tabip Odası (2004), "Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere, Sağlık Personeline Ne Getiriyor?" 2. Baskı, ISBN 975-6984-63-5.
- Kocaeli Tabip Odası (2004), "Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü", ISBN 975-6984-68-6.
- Lena, H.F., London, B. (1993), "The Political and Economic Determinants of Health Outcomes: A Cross National Analysis", International Journal of Health Services, 23(3): 585-602.
- OECD (2005), Labour Force Statistics 1984-2004. Erişim adresi: www.oecd.org/statsportal Erişim tarihi: 13.05.2007.
- Ram, R. (1985), "The Role of Real Income Level and Income Distribution in Fulfilment of Basic Needs", World Development, 13(5): 589-594.
- Twaddle, A. C. (1996), Health System Reforms: Toward a Framework for International Comparisons, Social Science and Medicine, 43(5): 637-650.
- TTB (2009), Yayın Kurulu'ndan. Toplum ve Hekim, 24(1): 1, Ocak-Şubat.
- TÜSİAD (2004), "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" Yayın No. TÜSİAD-T/2004-09/380.
- World Bank, Erişim adresi: http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer?WDSPath=/IB/2004/05/03/000090341_20040503130553/Rendered/PDF/27717.pdf Erişim Tarihi: 12.06.2009.
- WHO (1993), "Health for All Targets", Finland.
- Yen, I.H., Kaplan, A. (1999), "Poverty Area Residence and Changes in Depression and Perceived Health Status: Evidence from the Alameda County Study", International Journal of Epidemiology, 28: 90-94.

II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Tablo 1. Yıllara göre toplam sağlık harcamaları

Yıllar	Toplam sağlık harcamaları (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamalarındaki yıllık değişim (%)	Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı (%)	Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'deki payının yıllık değişimi (%)
1999	4 985		4,77	
2000	8 248	65,46	4,95	3,77
2001	12 396	50,29	5,16	4,24
2002	18 774	51,45	5,36	3,88
2003	24 279	29,32	5,34	-0,37
2004	30 021	23,65	5,37	0,56
2005	35 359	17,78	5,45	1,49
2006	44 069	24,63	5,81	6,61
2007	50 904	15,51	6,04	3,96

Türkiye’de toplam sağlık harcamalarındaki artış eğilimi yaygın kanının aksine, 2003 yılından itibaren değil daha öncesinde başlamıştır. Artış hızı 2003 yılından itibaren yavaşlamıştır. 1999-2002 yılları arasında gayri safi yurtiçi hasıla(GSYİH) içinde toplam sağlık harcamalarının payı ortalama olarak yılda %3.96’lık bir artış gösterirken, 2003-2007 yılları arasındaki ortalama yıllık artış %2.45’dir.

GSYİH’deki toplam sağlık harcamalarının payı 2003-2007 yılları arasında da ortalama yıllık %3.96’lık artışı göstermiş olsaydı 2007 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’deki payı

%6,51, miktar olarak da 54 890 milyon TL olması gerekirdi. Biraz daha ayrıntılandırmak gerekirse, Türkiye’de 2003-2007 yılları arasında toplam sağlık harcaması 184 632 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Eğer artış hızı 1999-2002 dönemindeki gibi devam etseydi Türkiye’de sağlık için toplam 210 141 milyon TL harcama yapılması gerekirdi. Toplam fark 25 509 milyon TL’dir. Başka bir ifadeyle, 2003-2007 döneminde sağlığa her yıl ortalama 5 102 milyon TL eksik harcanmıştır. Bu veriler, hükümetlerin sağlıktan tasarruf etme eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Sağlık harcamalarının görünmeyen kaynağı

Yıllar	Toplam cari sağlık harcamaları (Milyon TL)	Devletin toplam cari sağlık harcamaları (prim harcamaları hariç) (Milyon TL)	Toplam cari sağlık harcamaları içinde devletin toplam cari sağlık harcamaları (prim harcamaları hariç)	Kişilerin toplam cari (cep ve prim) sağlık harcamaları (Milyon TL)	Toplam cari sağlık harcamaları içinde kişilerin toplam cari sağlık harcamalarının payı (%)	Özel sektör cari sağlık harcamaları (Milyon TL)	Toplam cari sağlık harcamaları içinde özel sektör cari sağlık harcamalarının payı (%)
2000	7888	2231	28,29	4890	61,99	767	9,72
2001	12086	3552	29,39	7408	61,29	1126	9,32
2002	18331	5198	28,36	11354	61,94	1779	9,70
2003	23676	6197	26,18	15144	63,96	2335	9,86
2004	28616	7369	25,75	18925	66,13	2322	8,11
2005	33292	8946	26,87	21657	65,05	2689	8,08
2006	40949	9329	22,78	27351	66,79	4269	10,43
2007	46495	11997	25,80	31089	66,86	3409	7,33

Yukarıdaki sonuçlar toplam sağlık harcamalarının doğrudan incelenmesi ile de desteklenmektedir. Toplam sağlık harcamalarında 1999-2002 yılları arasında yıllık ortalama %55.73'lük bir artış söz konusu iken, 2003-2007 yılları arasında da %22.18'lik bir artış gerçekleştiğini izlemekteyiz.

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının %90'dan daha fazlasını cari (yatırım ve transfer niteliğinde olmayan) sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Toplam cari sağlık harcamalarının temel kaynağı ne devlet ne de özel sektördür. Kişilerin sağlık için yaptıkları harcamanın bir bölümü doğrudan cepten yapılan harcamalar diğer bölümü de sağlık sigortası için ödedikleri primlerdir. Bu iki kalem harcama dikkate alındığında, toplam

cari sağlık harcamalarının %60'ından fazlasının doğrudan kişilerin kendisi tarafından karşılandığı görülmektedir. Söz konusu harcamanın 2000-2002 yılları arasındaki payı ortalama olarak %61.5, 2003-2007 yılları arasında ise ortalama %66.0 olmuştur. Başka bir ifadeyle, kişilerin sağlık için yaptıkları harcamalar 2003-2007 döneminde belirgin bir biçimde artmıştır. Doğrudan söyleyecek olursak, Türkiye'de sağlığa yapılan harcamaların ana kaynağı kişilerden toplanan primler ve kişilerin doğrudan yaptıkları sağlık harcamaları olduğu gibi, sağlık harcamalarındaki artışın temel kaynağı da yine kişilerden toplanan ve kişilerin yapmak zorunda kaldıkları sağlık harcamalarına dayanmaktadır.

Türkiye’de kamu tarafından yapılan toplam sağlık harcamalarındaki yıllık artış 1999-2007 yılları arasında giderek azalmaktadır. 2005 yılı %12 ve 2007 yılı %15 ile en az artış olan yıllar iken, 2000 ve 2001 yılları en fazla artışın gerçekleştiği yıllardır. Ekonomik krizin etkilerinin yoğun yaşandığı 2001 ve 2002 yıllarını dışarıda bıraktığımızda kamunun sağlık yatırım harcamalarının kamu toplam sağlık harcamalarındaki yıllık ortalama payı 1999-2000 yılları için %6.1, 2003-2007 yılları için %6.2’dir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde sağlığa yatırım için yapılan toplam harcamaların payı aynı dönemler için sırasıyla %4.22 ve 6.28’dir.

Türkiye’de sağlık alanına özel sektör tarafından yapılan yatırımlar 2000 yılına kadar oldukça

cüzi miktarlardayken, 2001-2003 yılları arasında tamamıyla durmuştur. 2004 yılından itibaren sistemli bir biçimde ve önceki yıllarda gerçekleştirilen yatırım harcamalarının onlarca katına ulaşan yatırım harcamaları yapılmıştır. 2004-2007 yılları arasında yapılan toplam yatırım harcamalarının %38’i özel sektör tarafından gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, 2007 yılında, sağlıkta yapılan toplam yatırım harcamaları içinde özel sektörün payı %42’lik bir orana ulaşmıştır. Bu veriler, özel sektörün önceki yılların aksine sağlık sektöründe daha kapsamlı olarak yer almaya başladığının hatta kamunun özel sektörle ikame edilmekte olduğunun göstergesidir.

Tablo 3. Sektörlere göre sağlık harcamaları

Yıllar	Kamu toplam sağlık harcamaları (Milyon TL)	Kamu toplam sağlık harcamalarındaki yıllık değişim (%)	Kamu sağlık yatırım harcamaları (Milyon TL)	Kamu sağlık yatırım harcamalarındaki yıllık değişim (%)	Kamu toplam sağlık harcamalarında yatırım harcamalarının payı(%)	Özel sektör sağlık yatırım harcamaları (Milyon TL)	Özel sektör sağlık yatırım harcamalarındaki yıllık değişim (%)	Çeşitlenmiş sağlık harcamaları (Milyon TL)
1999	3 048		176		5,77	23		1433
2000	5 190	70,28	325	84,66	6,26	35	52,17	2256
2001	8 438	62,58	310	-4,62	3,67	0	-100,00	2832
2002	13 270	57,26	443	42,90	3,34	0	0,00	3725
2003	17 462	31,59	603	36,12	3,45	0	0,00	4482
2004	21 389	22,49	871	44,44	4,07	534	100,00	5775
2005	23 987	12,15	1433	64,52	5,97	634	18,73	8049
2006	30 116	25,55	1922	34,12	6,38	1198	88,96	9684
2007	34 530	14,66	2549	32,62	7,38	1860	55,26	11105

Tablo.4: Genel bütçe faiz giderleri ve Sağlık Bakanlığı bütçesi

Yıllar	Genel bütçe faiz giderleri (Milyon TL)	Faiz giderlerinin genel bütçedeki payı(%)	SB bütçesi (Milyon TL)	SB bütçesinin genel bütçedeki payı(%)	TSHGM bütçesinin SB bütçesindeki payı(%)	TSHGM bütçesinden personel giderleri(%)	TSHGM bütçesinden diğer cari giderler(%)	TSHGM bütçesinden yatırım giderleri(%)
2001	41062	46,53	1822	2,27	37,15	88,90	7,20	3,90
2002	51871	40,46	3039	2,64	31,16	89,00	7,80	3,20
2003	58609	37,53	3674	2,63	26,55	87,50	10,10	2,40
2004	56488	35,49	4461	3,20	31,65	79,90	17,30	2,80
2005	45680	26,88	6769	4,71	30,11	82,20	15,60	2,20
2006	45963	22,08	8536	4,88	24,34	79,30	18,60	2,10
2007	48753	20,75	10390	5,19	*	*	*	*
2008	50661	20,05	11995	5,40	*	*	*	*
2009	53201	17,84	14594	4,95	*	*	*	*

*Veri yok

Türkiye’de 2001-2009 yılları arasında Sağlık Bakanlığı için genel bütçeden yapılan giderlerin toplamı 65 280 milyon TL iken, faiz giderleri için toplam 452 288 milyon TL ödenmiştir. Bir başka ifadeyle, genel bütçeden 2001-2009 yıllarında faiz için ödenen para, Sağlık Bakanlığı için yapılan ödemelerin yaklaşık yedi katı olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı 2000’li yılların başında %2.5 civarında iken

yıllar içerisinde %5.0 düzeyine kadar ulaşmıştır. Bununla birlikte, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunu Sağlık Bakanlığı adına gerçekleştiren Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM) bütçesinin Bakanlık bütçesindeki payı azalmaktadır. 2001 yılında %37 iken, 2006 yılında %24’dür. Söz konusu azalmaya paralel olarak, TSHGM bütçesinde yatırımların payı da 2001 yılında %4’iken, 2006 yılında %2’ye düşmüştür.

**TIP FAKÜLTESİ
HASTANELERİNE
KARLI OLMADIKLARI
GEREKÇESİYLE
EL KONUYOR**

Bilimsel araştırma ve öğrenci eğitimi sürdüren Tıp Fakülteleri’nin hastaneleri “sadece hasta tedavi eden, hastalıklardan para kazanan işletmelere” dönüştürülmek isteniyor.

“Görece” özerk üniversitelerin öğretim üyeleri, hastane karını arttırmak üzere, Sağlık Bakanlığı’na bağlı çalışmaya zorlanacaktır.

Türkiye Büyük Millet Meclisi tatile çıkmadan beş gün önce “mali sıkıntıda olan üniversite hastanelerini” çok yakından ilgilendiren bir madde “Gelir Vergisi” kanunun içinde geçirilmiş ve 1 Ağustos 2010’da resmi gazetede yayınlanmıştır.



Tablo 5. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamaları

Yıllar	Toplam sağlık harcamaları (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamalarındaki yıllık değişim(%)	Kişi başına sağlık harcamaları (Milyon TL)	Kişi başına sağlık harcamalarında değişim(%)
2000	2634	-	-*	
2001	4576	73,73	390,82	-
2002	7629	66,72	622,41	59,26
2003	10662	39,76	850,07	36,58
2004	13150	23,34	1026,90	20,80
2005	13608	3,48	1014,88	-1,17
2006	17667	29,83	1228,67	21,08
2007	19984	13,11	1324,02	7,76
2008	25346	26,83	1656,62	25,12
2009	28811	13,67	1907,77	15,16

*Veri yok

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), sosyal güvenlik sistemi kapsamındaki yurttaşlarımızın kapsam içerisinde olmak koşulu ile hem primlerin toplandığı hem de sağlıkla ilgili tüm harcamalara yetkili olan kurumdur. SGK'nin toplam sağlık harcamalarındaki yıllık değişim 2000-2002 döneminde ortalama olarak %70.2'iken, 2003-2009 döneminde ortalama olarak %21.4'e gerilemiştir. 2005 yılında

toplam sağlık harcamalarındaki değişim bir önceki yıla göre %3.5'e kadar düşerken, 2009 yılında da bir önceki yıla göre %13.7 düzeyinde kalmıştır. SGK'nin kişi başına sağlık harcamalarındaki değişimde de benzer bir eğilim izlenmekle birlikte, 2005 yılındaki değişim -%1.2'lik bir azalma olarak yaşanmıştır.

Torba Kanun olarak tabir edilen kanunlardan birisi olan 6009 sayılı "Gelir Vergisi Kanunu ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmündeki Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" milletvekilleri tatile çıkmadan hemen önce meclisten geçirilmiş ve kanun içinde bulunması hiç beklenmeyecek Tıp Fakültesi Hastaneleri maddesi son madde olarak eklenmiş ve 1 Ağustos Pazar günü Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. 6009 sayılı kanunun geçici 9.maddesi, "mali durumunun zayıf olduğu kararlaştırılanlara, belirlenecek tedbirleri uygulamayı kabul etmesi ve fiilen uygulaması şartıyla," para yardımı yapılacağını belirtmektedir. Üniversitelerin kabul etmek zorunda kalacağı tedbirlerin neleri kapsayabileceği bilinmemektedir.

Tıp Fakültesi Hastaneleri'nin görev ve sorumlulukları nedir?

Tıp Fakültesi Hastaneleri, Tıp Öğrencileri'nin hekim olmak üzere eğitim gördüğü, hastalıklar ile tedavi yöntemleri konusunda bilimsel çalışmalar ve buluşlar yapılan, üçüncü basamak hasta hizmetleri verilen kurumlardır.

Kurumların eğitim-araştırma-hasta hizmeti görevleri denge içinde yürütülür. Bu görev üçlüsünden herhangi birinin eksilmesi sistemi felç edebilir.

Tıp Fakültesi Hastaneleri doğrudan hasta bakım hizmetlerini yürütmek için değil, bu hizmeti yürütecek hekim adaylarını eğitmek, çok nadir ve tedavisi zor hastalıkları tedavi etmek üzere kurulmuş mükemmeliyet merkezleridir.

Tıp Fakültesi Hastaneleri'ni sadece hasta hizmeti birimleri haline dönüştürmek;



Tablo.6: Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamalarının harcama gruplarına göre dağılımı

Yıllar	Tedavi harcamaları (Milyon TL)	Tedavi harcamaları (%)	Tedavi harcamalarında değişim (%)	İlaç harcamaları (Milyon TL)	İlaç harcamaları (%)	İlaç harcamalarında değişim (%)	Cihaz harcamaları (Milyon TL)	Cihaz harcamaları (%)	Cihaz harcamalarında değişim (%)
2000	1061	40,48	-	1389	52,73	-	*	*	-
2001	1799	39,31	69,56	2434	53,19	75,23	343	7,50	*
2002	2831	37,11	57,37	4300	56,36	76,37	498	6,53	45,19
2003	4362	40,91	54,08	5615	52,66	30,58	685	6,43	37,55
2004	5906	44,91	35,40	6399	48,66	13,96	845	6,43	69,68
2005	5626	41,34	-4,74	7001	51,45	9,41	980	7,21	15,98
2006	8489	48,05	50,89	8372	47,39	19,58	805	4,56	-17,86
2007	10267	51,38	20,94	8858	44,33	5,81	859	4,29	6,71
2008	13953	55,05	35,90	10717	42,28	20,99	676	2,67	-21,30
2009	15129	52,51	8,43	13161	45,68	22,81	521	1,81	-29,93

* Veri yok

SGK'nin toplam tedavi harcamalarındaki yıllık değişim 2000-2002 döneminde ortalama %63.5, 2003-2009 döneminde ortalama %28.7'dir. 2000-2009 yılları arasında SGK'nin sağlık harcamalarında ilk sırayı son dört yıla kadar ilaç harcamaları almıştır. İlaçta KDV düzenlemeleri ve ilaca ulaşmada uygulanan prosedürler (her bir reçete yazdırmak için ödenmek zorunda olan 8-15 TL'lik katkı payı vb.) nedeniyle, kişilerin ilaç alımlarında reçete yazdırmaktan vazgeçip, cepten harcamaya yönelmelerine karşın, SGK ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının 2009 yılında da %46'sını

oluşturmaktadır.

SGK'nin 2000-2009 yılları arasındaki sağlık harcamalarına bütün olarak bakıldığında, kısaca cihaz harcamaları olarak tanımlayabileceğimiz her türden ortez, protez vb. sigortalıların üzerine devredildiği izlenmektedir. SGK'nin toplam sağlık harcamalarının içinde cihaz harcamalarının payı 2001-2002 yıllarında ortalama %7.0, 2003-2009 döneminde ise ortalama %4.8 olarak gerçekleşmiştir. Cihaz harcamalarının 2008 yılında bir önceki yıla göre %21, 2009 yılında da %30'luk bir "tasarruf" ile gerçekleştirildiği görülmektedir.

- Tıp eğitimini aksatır, kalitesini düşürür

Gelecek nesil hekimler daha az donanımlı yetişir.

- Bilimsel araştırmaların hızını keser, bilimsel üretkenliği yavaşlatır

Ülkemizde yeni yeni artan bilimsel yayınlar sayıca ve kalite olarak yetersiz hale gelir.

- Buluşlar yapılamaz, yeni tedavi yöntemleri geliştirilemez

Sadece yabancı bilim üretiminin izlendiği ve uygulandığı merkezler olur.

- Üniversite Hastaneleri'nin asıl görevi olan üçüncü basamak hasta hizmetini engeller.

Doğrudan birinci ve ikinci basamak hizmeti veren hastanelerdeki üçüncü basamak tedavi hizmetleri aksar. Bu merkezler artık özelliği olan hasta tedavisi için zaman ayıramaz hale gelir.



Tablo 7. Sosyal Güvenlik Kurumu prim gelirleri ile kapsamdaki nüfus

Yıllar	Aktif sigortalı sayısı	Sigortalı sayısında değişim(%)	Prim geliri (Milyon TL)	Prim gelirinde değişim(%)	Prim gelirinden sağlık harcamalarının payı(%)
2001	11708812		9740		46,98
2002	12257296	4,68	14822	52,18	51,47
2003	12542457	2,33	21178	42,88	50,34
2004	12805488	2,10	27424	29,49	47,95
2005	13408486	4,71	30883	12,61	44,06
2006	14378921	7,24	41620	34,77	42,45
2007	15093378	4,97	44052	5,84	45,36
2008	15299798	1,37	54546	23,82	46,47
2009	15101920	-1,29	54579	0,06	52,79

2001-2007 yılları arasında sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusta değişen büyüklüklerde olsa da düzenli bir artış izlenmektedir. 2008 yılında görünür hale gelen kapitalizmin yapısal krizi ile birlikte 2008 yılında sigortalı sayısındaki bir önceki yıla göre artış son altı yılın en düşük düzeyine, %1.4'e gerilemiştir. Bunun ardından gelen yılda -%1.3'lük bir gerileme yaşanmış, yaklaşık 200

bin kişi sigortalılık kapsamı dışında kalmıştır. Sigortalı sayısındaki eksilmeye karşın, SGK'nin prim gelirlerindeki yıllık değişim her zaman artış biçiminde gerçekleşmiştir. SGK prim gelirlerinin 2000-2002 döneminde ortalama %49'u, 2003-2009 döneminde de ortalama %47'si sağlık giderleri için harcanmıştır.

Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri'ni Sağlık Bakanlığı memuru olarak görevlendirmek;

- Ülkemiz tarihinde ilk kez, sivil yönetim sırasında, özerk üniversitelerin, siyasi irade tarafından kontrolünü getirir. Siyasi görüşü, bilimsel kanıttan daha güçlü kılar. Eleştirel, sorgulayıcı, tarafsız ve bağımsız vermesi beklenen, düşünce ve bulgularını, hakim anlayışla bağdaşır bağdaşmadığına bakmadan cesurca ifade edebilen Tıp bilim adamı kimliğini yok eder.

- Vatandaşın eğitim, sağlık gibi temel haklarını karşılamakla görevli "Sosyal Devlet"nin, bu hakları sağlayan kurumları kazanç getiren yapılanmalara çevirdiği izlenimini pekiştirir.

Tıp Fakültesi Hastaneleri'nin Sağlık Bakanlığı'na bağlanacağını gösteren kanıtlar nelerdir?

Yerel IMF heyeti Tıp Fakültesi Hastaneleri'ni kurtaracaktır (!)

- 6009 sayılı kanunun geçici 9.maddesi, "mali durumunun zayıf olduğu

kararlaştırılanlara, belirlenecek tedbirleri uygulamayı kabul etmesi ve fiilen uygulaması şartıyla," para yardımı yapılacağını belirtmektedir. Üniversitelerin kabul etmek zorunda kalacağı tedbirlerin neleri kapsayabileceği bilinmemektedir.

- Halen 4 Tıp Fakültesi Hastanesi bina yetersizliği nedeniyle Sağlık Bakanlığı yönetimine geçirilmek için anlaşmaya zorlanmaktadır. Bir üniversite rektörü de böyle bir anlaşma isteğini açıklamıştır.

- Sağlık Bakanlığı'nın medyada açıkça ifade ettiği gibi, Kamu Hastane Birliği Yasa Taslağı gereği, özel, kamu ve üniversite hastanelerini tek elden yönetilmesi istenmektedir. Sağlıkta piyasalaşma dönemi tekelleşme ile devam etmektedir.

TTB • ÜNİVERSİTE ÖĞRETİM ÜYELERİ DERNEĞİ

31/08/2010- Basın Açıklaması

Tablo 8. Sosyal Güvenlik Kurumu tedavi harcamalarının yıllara ve hastanelere göre dağılımı (%)

Hastaneler	Yıllar								Görelî değişim
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2002-2009
Devlet hastaneleri	64.1	68.7	69.1	62.6	64.1	62.3	52.5	52.05	0.81
Üniversite hastaneleri	21.9	19.0	18.3	19.2	15.6	14.8	16.1	17.00	0.78
Özel hastaneler	14.0	12.3	12.6	18.2	20.3	22.9	31.4	30.95	2.21
TOPLAM (Milyon TL)	2831	4362	5906	5626	8489	10267	13953	15129	5.34

SGK, tedavi hizmetleri satın almak için yaptığı toplam harcamaların 2000-2002 döneminde yıllık ortalama %69.4'ü ile devlet hastanelerinden, %18.3'ü ile üniversite hastanelerinden ve %12.3'ü ile özel hastanelerden hizmet satın almıştır. Bununla birlikte 2003-2009 döneminde tedavi harcamaları için yapılan ödemelerin %61.7'si ile devlet hastanelerinden, %17.3'ü ile üniversite hastanelerinden ve %21.0'i ile de özel hastanelerden hizmet satın almıştır.

SGK'nin 2002-2009 yılları arasındaki toplam tedavi harcamalarındaki görelî değişim %534 olarak gerçekleşmiştir. Aynı dönemde ve yine görelî olarak devlet hastanelerinden satın alınan tedavi edici sağlık hizmetleri almak için yapılan harcamalarda %19'luk ve üniversite hastanelerinden tedavi edici sağlık hizmetleri almak için yapılan harcamalarda da %22'lik bir azalma gerçekleşmiştir. Oysa aynı dönemde özel hastanelerden tedavi edici sağlık hizmetleri almak için yapılan harcamalarda %221'lik görelî değişim gerçekleşmiştir.

Kaynaklar

- DPT, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler içinde: Sağlık Harcamaları 1980-2004(www.dpt.gov.tr, Ulaşım tarihi: 13 Temmuz 2010).
- DPT, Sosyal Sektördeki Gelişmeler içinde: Genel-Katma Bütçe İçerisinde Sağlık Bakanlığı Bütçesi(www.dpt.gov.tr, Ulaşım tarihi: 5 Ocak 2011).
- Hazine Müsteşarlığı, Konsolide Bütçe Dengesi ve Finansmanı 1994-2003, (www.hazine.gov.tr, Ulaşım tarihi: 4 Ocak 2011).
- Hazine Müsteşarlığı, Konsolide Bütçe Dengesi 2004-2005, (www.hazine.gov.tr, Ulaşım tarihi: 4 Ocak 2011).
- Hazine Müsteşarlığı, Genel Bütçe Dengesi 2006-2009, (www.hazine.gov.tr, Ulaşım tarihi: 4 Ocak 2011).
- Sağlık Bakanlığı(2005), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı(2007), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006, Ankara.
- Sayıştay, 2003 Yılı Genel Bütçe Uygulama Sonuçları Raporu, (www.sayistay.gov.tr, Ulaşım tarihi: 3 Ocak 2011).
- Sayıştay, 2006 Yılı Genel Bütçe Uygulama Sonuçları Raporu, (www.sayistay.gov.tr, Ulaşım tarihi: 3 Ocak 2011).
- Sayıştay, 2009 Yılı Genel Bütçe Uygulama Sonuçları Raporu, (www.sayistay.gov.tr, Ulaşım tarihi: 3 Ocak 2011).
- Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni (2008). Aralık 2008,(http://www.sgk.gov.tr, Ulaşım tarihi: 3 Nisan 2009).
- SGK(2009) Sağlık İstatistik Yıllığı2008, Ankara.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni, Ocak 2010, Ankara.
- TÜİK(2010) Haber Bülteni(Sayı:29, 22 Şubat 2010) Eki: Sağlık Harcamaları 1999-2007.

III. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖRGÜTLENME

Türkiye’de sağlık örgütlenmesi neoliberal tercihe göre yeniden yapılandırıldı!

Piyasa için hizmet üretimi yapılan yer sayısı, sağlık hizmetlerinde öncelikleri göz ardı ederek, artırıldı, hastanelerin odaları her hekimin poliklinik odası olması önceliğine tahsis edildi, polikliniklerin açık olma süreleri genişletildi, hastanelerin aile planlaması hizmetleri sunan poliklinikleri kapandı. Sağlık Ocaklarında aşı, bebek- gebe izlem odaları polikliniğe dönüştürüldü, özel ya da kamu sağlık hizmetlerini kullananların hiç ödeme yapmadığı, ayaktan bakım için de ilaçların karşılandığı bir talep yaratma-kışkırtma döneminden % 10-20 katkı paylı bir dönem, ardından hem hastane hem de birinci basamak sağlık hizmeti sunucu ve kullanıcılarını en üst düzeyde cepten harcama gerektiren A sınıfından B, C ve D olmak üzere cepten katkının en az olduğu en alt düzeyde hizmet sunacak bir sınıflama yapıldı. Böylece parana/sınıfına göre sağlık hizmetinden yararlanma katmanları oluşturuldu.

Sağlık hizmetlerine ödeme sistem ve limitleri aracılığı ve SGK'nın yönlendiriciliğiyle sağlık örgütü toplumun yeniden üretimi işlevli, bütünleştirici, kamu yararı güden, toplumsal sürekliliği ve bütünlüğü amaçlayan koruyucu örgütlerden aktüeryal denge hesapları yapan,

maliyeti sağlık hakkı ve gereksiniminin önüne koyan ekonomik örgüte dönüştürüldü.

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi amacına hizmet edecek yeni birimler kurdu!

Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP)'nin yürütülmesi için **Proje Yönetim Destek Birimi (2004)**, merkez örgütünde “Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi” hedefini gerçekleştirmek üzere **Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı (2007) kuruldu** ve dönüşümü destekleyecek eğitim kurumu olarak **Hıfzıssıhha Okulu (2008)** yeniden yapılandırıldı.

Hizmetler parçalandı!

Önce, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü Başbakanlığa bağlandı (1983), ardından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı adlandırmasından Sosyal Yardım çıkarıldı (1988). Halk sağlığı hizmetlerinin bir bölümü (örn. hava kirliliği, gürültü) Çevre ve Orman Bakanlığı ve taşra örgütüne, bir bölümü (gıda denetimi, zoonotik hastalıklar) Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı ve taşra örgütüne, bir bölümü de (sağlığa aykırı kuruluşlar) yerel yönetimlere aktarıldı. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte bireye ve

topluma yönelik hizmetler ayrımı üzerinden yeni örgütlenmeler oluşturuldu: Bireye yönelik sağlık hizmetleri için Aile Sağlığı Merkezleri(ASM) ve topluma yönelik sağlık hizmetleri için Toplum Sağlığı Merkezleri(TSM) kuruldu. Sosyalleştirmede anılan toplum kalkınmasına yönelik hizmetler sahipsiz kaldı. Sağlığın toplumsal belirleyicilerine bilimsel alanda artan ilgiye karşın, ülkemizde sağlık hizmetleri bireye yönelik tıbbi hizmetlere odaklandı. Toplum kalkınması, sağlığı geliştirme ve koruma, erken tanı ve sağaltım, esenlendirme hizmetleri örgütlenme düzeyinde parçalandı, dezente edildi. Bu hizmetleri sunmakta olan ekip de bu parçalanmaya koşut olarak birinci basamakta doktor ve aile sağlığı elemanına indirildi.

Örgütlenmede özel sektörün payı giderek arttırıldı!

Birinci basamak özelleştirildi.

Sağlık Bakanlığı pre-pilot uygulamasını 04.01.2005'te Düzce'de başlattığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi olan Aile Hekimliği uygulamasını 13 Aralık 2010'da -2004'te çıkarılan pilot yasa ile- 81 ile yaydı. Başlangıçta Sağlık Ocaklarının içinde kurulan aile hekimliği muayenehaneleri ile kamu personeli aracılığıyla kamu hizmeti sunma iddiasının aksine süreç içinde berraklaşan özelleştirme Maliye Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınladığı Gelir Vergisi Tebliği ile "serbest meslek icrası" olarak tescil edildi.

İkinci basamak işletmeleştirildi!

Hastaneler hizmet ve ürün alımlarının bedelini ödeyemediği için herhangi bir ticari işletme gibi hesaplarına el konma, döner sermayelerine haciz

gelmesi haberleri ile karşılaşmaktayız. Döner Sermaye Gelirleriyle hizmet satın alan, donanım ve sarf malzemesi gereksinimini karşılayan, sözleşmeli personel çalıştıran, performansa dayalı ödeme yolu ile "personel verimliliğini" artırma uygulamaları içinde olan kamu hastanelerinde işletmeleşme sürecinde önemli mesafeler alındığını görmekteyiz.

Hastanelerin tahakkuk eden gelirlerine SGK ödemelerinde gerçekleşen kesintiler, kamu hastanelerinin ödeyememe- genel idare tarafından kurtarılmama- durumlarında icra takibinin iflas ile sonuçlanabileceği gerçekliği ile karşı karşıyayız.

Üçüncü basamak Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) bağlamında yeniden yapılandırılıyor.

"Büyük İhale! Tıp Fakülteleri Satışta..."

Tıp fakültelerine "IMF anlaşması" ile el kondu. 22 tıp fakültesi mali kaynak için hükümetle protokol imzalamak zorunda kaldı. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin de içinde olduğu 6 tıp fakültesine ise hastane binası karşılığında el kondu. Sırada tıp fakültelerinin Kamu Özel Ortaklığı yoluyla uluslararası sermayeye devri var.

TTB, 01.12.2010, Basın Açıklaması'ndan"

İşçi sağlığı hizmetleri de ticari etkinliğin alanı oldu.

1980 yılındaki Yönetmelikte bir işyeri hekimi, 300 işçinin çalıştığı ağır ve tehlikeli bir işyerinde işçilerin can ve sağlık güvenlikleri için ayda en az 75 saat zaman harcaması gerekirken, 2003 yılında çıkarılan Yönetmelikte bu zaman 52 saate, 2009 yılında çıkarılan Yönetmelikle ise 38 saate düşürülmüştür. Son yönetmelikte 'işe giriş ve periyodik muayeneler

ile eğitim için işçi başına yılda en az 30 dakika' öngörülmüştür. Diğer bir deyişle, işyeri hekiminden yönetmelikte tarif edilen tüm görevleri, işçi başına 3 dakikada yerine getirmesi beklenmektedir. İşyeri hekimliği eğitimi ve işçi sağlığı hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulabilmesine olanak sağlayan düzenlemeler getirilmiştir.

Sağlık Kuruluşlarında Nicel Değişim:

Tablo 1. Türkiye'de Hastanelere Sahiplikte Zamana göre Değişim ve Özel Sektörün Payı

Yıl	Toplam	Özel	Özel sektör payı %
1980	827	90	11
1985	722	115	16
1990	857	125	15
1995	1009	166	16
2000	1184	261	22
2005	1156	268	23
2009	1389	450	32
Artış (%)	68	500	300

1980 yılında hastanelere sahiplikte özel sektörün payı % 11 iken 30 yıl sonra, 2009'da % 32'ye ulaşmıştır. Son 10 yıldaki artış yaklaşık ikiye katlanma düzeyine erişmiştir. Toplam hastane sayısı son 30 yılda % 68 artarken özel sektörün payının % 500 artışı politik yönelimin de göstergesi olarak algılanmalıdır.

Halen 42 devlet üniversite hastanesi vardır. Üniversite hastaneleri içinde kamu dışında sahiplik ilk olarak 1995 yılında saptanmaktadır. Vakıf-özel üniversite hastanesi sayısı 15 yılda 1'den 10'a (on

kat), sahiplik toplamda % 2,3'ten %17,7'e çıkmıştır. Devlet üniversitelerinin hastane sayısı 1995'ten bugüne % 12 artarken, vakıf- özel üniversite hastaneleri sayısı 9 kat artmıştır.

OECD Eurostat verilerine göre 2008'de 10 bin kişiye düşen yatak sayısı Türkiye'de 23, Almanya'da 82, Fransa'da 69, Bulgaristan'da 65, Yunanistan'da 48, İngiltere'de 34, AB ortalaması 57'dir. Sağlık Bakanlığı bildirimine göre 10 bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı Türkiye için 26,3'tür. Bölgelere göre dağılım adil değildir, Güneydoğu Anadolu ortalamasının yalnızca % 59'u kadar yatak sahibi iken, Doğu Karadeniz ortalamasının 1,2 katı kadar fazla yatak sahibidir.

Sağlık Bakanlığı'na ait yoğun bakım yatağında adaletsizlik Ortadoğu ve Orta Anadolu'da, resmi-özel tüm sektörlerdeki yoğun bakım yatağına sahiplikte ise adaletsizlik Kuzeydoğu ve Güneydoğu Anadolu'da derinleşmektedir. Yoğun Bakım yataklarının % 26,6'sı yenidoğan yoğun bakım yatağıdır.

Hemodiyaliz merkez ve cihaz sayılarında Sağlık Bakanlığı'nın payı 2008 için sırasıyla % 29,8 ve 46,3'tür. Sağlık Bakanlığı'nın cihaz ve yatak sayılarında 2002'den 2008'e artış sırasıyla % 71 ve 61 iken, özel sektörde bu artış % 230 ve 139 olarak gerçekleşmiştir. Hemodiyaliz cihazı sahipliğinde Güneydoğu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri adaletsiz dağılımdan en olumsuz etkilenmiş bölgeler iken Batı Karadeniz ve Batı Anadolu bölgeleri ortalamasının % 30'u kadar ek cihaza sahiptir.

Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşları

Sağlık ocağı sayısı 2000 yılında 5700 idi. Türkiye nüfusu, kıır/kent dağılımı ve nüfus artış hızı dikkate alınarak yapılan hesaplama 2000 yılında gerekli sağlık ocağı sayısını 6900 ve her yıl açılması gereken yeni sağlık ocağı sayısını da 100 olarak göstermişti. Ne var ki bu sayıya hiç ulaşamadı. 2010'da ASM ve bir kısmı kapatılacak TSM'lerin toplamı 7316'dır.

Tablo 2. Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Birim	2006	2007	2008	2009	2010
Sağlık Ocağı	6377	5340	4540	4254	--
ASM	-	943	1765	2071	6330
TSM	--	182	373	429	986
AÇS-AP Merk	298	227	225	222	
VSD	246	247	243	229	
KETEM	40	50	84	122	
112 Acil	1175	1264	1308	1317	

13 Aralık 2010 itibariyle tüm sağlık ocakları kapatılmış oldu. 6330 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve 986 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ile bireye ve topluma yönelik koruma, tanı ve sağaltım hizmetlerinin ilk basamağa ilişkin görevlerinin yürütüleceği öngörülmektedir.

Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması (AÇS-AP) Merkezi ve Verem Savaş Dispanseri sayısındaki azalma dikkate değerdir. Her iki kuruluş örgütlenmede TSM bünyesinde görünmektedir. Yürüttükleri görevler nedeniyle alanlarına özgü bilgi, beceri ve tutumla donanmış bu birimlerin, TSM yeni örgütlenmede TSM'ler için coğrafi

bölge tanımlanmakta olsa da, TSM'ne bağlı Aile Hekimlerinin listelerindeki kişilerin TSM bölgesiyle sınırlı olmayışı ve Verem Savaş Dispanseri ve AÇS-AP Merkezi olmayan yerlerde bu görevleri yürütmekle yükümlü TSM çalışanlarının bu alanlara özgü yeterlilik düzeyleriyle ilgili sorunlar, önümüzde verem savaşı ve üreme sağlığı hizmetlerinde kötüleşme habercileri olarak algılanmalıdır.

Yayınlanmış doğrudan veriler olmamakla birlikte ASM'lerin büyük ölçüde kentsel ve TSM'lerinse tümüyle kentsel yerleşimli olduğu söylenebilir. 2005'te Aile Hekimliği Sistemi başlatıldığında sağlık ocaklarının % 42'si kentte, %58'i kırdıydı. Kişiyeye ve topluma koruyucu, geliştirici, sağaltıcı hizmet sunan birimlerin konuşlanmasında bu tersine yapılanmanın Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları başta olmak üzere varolan epidemiyolojik kanıtların söylediklerinin aksine bir davranış-tercih görüntüsüdür. Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık sonuçlarının kırdakiler için adil olmadığı, eşitsizliğin derin olduğu bu alanlardan sağlık örgütünün çekildiği bir örgütlenme uygulaması ile karşı karşıyayız.

Aile hekimi başına ortalama kaydedilen kişi sayısının (pozisyon başına nüfus) pilot Yasa'nın 5. maddesine göre ödeme için üst sınır olan 4000'den fazla olduğu il sayısı 1 iken, pilot uygulama için çıkarılan yönetmelikte belirtilen 2500-3000 kişiye bir aile hekimi ortalamasının sağlandığı il yoktur. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sayım sonuçlarına göre pozisyon başına nüfus Türkiye geneli için 3653, 1000 kişiye düşen aile hekimi sayısı 0.27'dir. ASM başına nüfus 11 647, TSM başına nüfus 74 770'dir.

Tablo 3. Türkiye’de Aile Hekimliği Pozisyon Sayısı ve Toplum Sağlığı Merkezleri Sayı ve Nüfusa Göre Dağılımı

TUIK 2010 ADNKS Nüfus	Aile hekimi pozisyon sayısı	Pozisyon başına nüfus	Bin kişi başına pozisyon	Aile sağlığı merkezi	ASM başına nüfus	Toplum sağlığı merkezi	TSM başına nüfus
73722988	20 183	3 653	0,27	6 330	11 647	986	74 770

Aile hekimliği pozisyon sayısı 20 183 olarak bildirilmiştir. Her 2500-3000 kişiye bir pozisyon hesaplandığında açılması gereken pozisyon sayısı 24 574-29 489 arasında beklenirdi. Bu durumda 4391-9306 pozisyonun esirgendiği düşünülebilir. Her pozisyonun biri hekim olmak üzere 2 sağlık çalışanından istihdamı esirgemek anlamına geldiğini vurgulamak gerekir.

TSM sayısı 986’dır. Türkiye’de mevcut ilçe sayısı 892 olarak verilmektedir. Bu durumda 21.10.2010’da yapılan yönerge değişikliği uyarınca 94 TSM kapatılma durumuyla karşı karşıyadır.

Organize Sağlık Bölgeleri

Birinci basamağın kentlerde yoğunlaştırılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamağın da belirlenmiş bölge merkezlerine yığılması süreci ile karşı karşıyayız. Ankara’da Bilkent ve Etilik’te toplam

6112 , Bursa’da 1200, Elazığ’da 950, İstanbul’da İkitelli’de 1980, Kayseri’de 1548, Konya’da 800, Mersin’de 1100 yatak olmak üzere toplam 13 690 yatak kapasiteli hastaneleri de içeren yerleşkeler inşaat ya da ihale aşamasındadır. Bu yapılaşma süreci gerek konuşlandırıldıkları yer, gerek boşaltılacak hastanelerin arsa değerleri açısından büyük bir rant oluşturmaktadır.

Sonuçlar

Örgütlenme ticarileşme-piyasalaştırma operasyonu olarak yürütülmektedir. Sağlık örgütü sorunlu-dezavantajlı olan kırdan kente çekilmiştir. Hizmetler daha çok sayıda birimde, parçalanmış süreçlerle, karlılık potansiyeli gözeterek, özel sektör yönelimli bir büyüme süreci yaşanmaktadır. Özel sektör yönelimli bu büyüme kamu özel ortaklığı ile kurulma sürecine giren organize sağlık bölgeleri aracılığıyla piyasalaşmada yeni bir boyuta taşınacaktır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASALAŞTIRMA DEĞİL KAMUCU, EŞİTLİKÇİ SOSYALLEŞTİRME

Bugün takvimler 12 Ocak 2011 tarihini gösteriyor. Sağlık hizmetleri açısından önemli bir tarih bu. Bundan tam 50 yıl önce, ülkemizin sağlık örgütlenmesi açısından önemli bir aşama olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, dönemin Milli Birlik

Komitesi’nce kabul edilışinden bir hafta sonra 12 Ocak 1961 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmıştı.

... Türkiye’nin ihtiyacı olan sağlık sistemi “piyasalaşma yönelimli” değil, “eşitlikçi ve kamucu sosyalleştirme” ilkelerini esas alan çağdaş sağlık sistemidir. Bu eşitlikçi ve kamucu sistemin oluşturulması elbette ki eşitlikçi ve kamucu bir toplumsal yapı için çabalamayı gerektirir.

12/01/2010 Basın Açıklaması’ndan

Kaynaklar

- Griffi TH, John R.The well-managed healthcare organization / John R. Griffi th and Kenneth R. White—6th ed.US, 2006.
- Sucu Y, Yönetim. Kavramlar, Kuramlar, Süreçler,AİBU Basımevi, 2000, Bolu
- T.C. SB Sağlıkta Dönüşüm Programı Sektörel İstişare Toplantısı 25-27 Temmuz 2003 İstanbul Toplantı Raporu
- Gelir Vergisi Genel Tebliği, Maliye Bakanlığı, 26 08.2010, Resmi gazete sayı: 27684
- Batman Devlet Hastanesi'ne haciz geldi. 5 Ağustos 2009, <http://www.milliyet.com.tr/Yasam/SonDakika.aspx?aType=SonDakika&ArticleID=1125221>, 10.02.2011
- İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete:27.11.2010 - 27768
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete:27.11.2010-27768
- İstatistik Göstergeler, 1923-2006, TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2007, Ankara, s.59
- 2009 Sağlık İstatistikleri Bülteni
- TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008
- Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2010
- YÖK, DPT, SB, Türkiye' de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, YÖK, 2010, Ankara
- OECD Health Data 2010 and Eurostat Statistics Database
- TTB, Yeni Bin Yılın Başında Türkiye' de Sağlık Sektörünün Durumu, TTB, 2002
- TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı 2009, TÜİK Matbaası, 2010, Ankara
- Aile <http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Resimler/Duyurular/guncel.jpg>, 27.12.2010=
- İlçeler. http://www.illeridaresi.gov.tr/ortak_icerik/illeridaresi/ilveilce/%C4%B0lceler.pdf, 27.01.2011
- Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge Değişikliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10935/aile-hekimliginin-pilot-uygulandigi-illerde-toplum-sagl-.html?vurgu=y%c3%b6nerge+de%c4%9fi%c5%9fikli%c4%9fi>, 27.01.2011
- <http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziKategorileri&BolumID=7>, erişim 28.01.2011

IV. TIP EĞİTİMİ

Tablo 1. Tıp fakültesi sayıları

Yıllar	Fakülte Sayısı
1970	9
1980	19
1990	25
2000	47
2002	50
2004	50
2006	50
2008	66
2010	74

Tablo 2. Tıp fakültesine alınan öğrenci sayıları

Yıllar	Alınan Öğrenci Sayısı
1975	1917
1980	2409
1985	5440
1990	4847
1995	5106
2000	4176
2005	4760
2008	6492
2010	8090

Türkiye’de tıp fakültesi sayısındaki artışlar üç dönemde diğerlerine göre önemli bir farklılık taşımaktadır. İlki 1970-1980 aralığıdır. Bu on yıllık dönemde tıp fakültesi sayısında %120’lik bir artış gerçekleşmiş ve dokuzdan 19’a çıkmıştır. İkincisi 1990-2000 yılları arasında yaşanmıştır. Tıp fakültesi sayısı 25’iken, %88’lik bir artışla 47’ye yükselmiştir. 2006-2010 yılları arasında da %48’lik bir artışla 50’den 78’e yükselmiştir. Sayılarda gözlemlenen artışa paralel olarak, niteliksel artış (öğretim üyesi sayı ve niteliği, bina, derslikler, müfredat, kütüphane, kadavra, mikroskop vb.) yerine ciddi gerilemeler olduğu gözlenmektedir.



Tıp fakültesi sayılarındaki artışa paralel olarak öğrenci sayılarında da artışlar görülmektedir. 2010-2011 eğitim öğretim döneminde tıp fakültelerine toplam 8090 öğrenci kayıt yaptırmıştır.

Tablo 3. Dünyada bölgelere göre, aktif tıp fakültesi sayısı ve bir milyon nüfus başına düşen tıp fakültesi sayısı

Bölge	Tıp Fakültesi Sayısı	Nüfus (Milyon)	Bir Milyon Nüfusa Düşen Tıp Fakültesi
Afrika	127	873	0,15
Asya	860	3 868	0,22
Avrupa	394	729	0,54
Kuzey Amerika	313	508	0,62
Güney Amerika	218	366	0,60
Okyanus	23	32	0,72
Dünya Geneli(2006)	1935	6 376	0,30
TÜRKİYE(2010)	74	72.6	1,02

Ülkeleri sahip oldukları tıp fakültesi sayılarına göre karşılaştırmada kullanılan yaygın ölçeklerden biriside bir milyon kişiye düşen tıp fakültesi sayısıdır. Söz konusu ölçeğin dünya ortalaması 0.3, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da 0.62, Türkiye'de ise 1.02'dir. Sağlık Bakanlığı ve YÖK'ün büyük çabalarıyla, günümüzde Türkiye bir dünya rekorunun daha sahibi olmuştur. Bununla birlikte, rekoru yaratanların, henüz “başarılarından” haberdar olmadıklarını düşünüyoruz. Çünkü hala “tıp fakültesi sayısının yetersiz” olduğunu söylemeye devam ediyorlar.

Kaynaklar

- TTB(2008), Füsün Sayek TTB Raporları 2008, Sağlık Emekçü: Sayılar ve Gerçekler, Ankara.
- TTB(2010), Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010, Ankara.



Çanlar Tıp Fakülteleri İçin Çalıyor!

Köklü ve kurumsallaşmış Tıp Fakülteleri bir yandan işletmeleştirilmekte, bütçeden kaynak ayrılmayarak iflas noktasına sürüklenmekte, IMF anlaşmalarıyla borç kısılcasına sokulmaktadır. AKP hükümeti tıp fakültesi hastaneleri kötü yönetilmekte diyerek durumu ört bas etmeye çalışmaktadır. Öte yandan hiçbir altyapı yatırımı olmadan, hastanesi, temel bilimler donanımı olmayan “tabela” tıp fakülteleri kurulmakta, üstelik bu fakülteler öğrenci almaktadır. Muayenehanelerin standartlarının olduğu bir ülkede tıp fakültelerinin standartları yok.

Yetmemiş gibi Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde ve kamu özel ortaklığı ile kurulacak sağlık yerleşkelerinde tıp fakültesi kurulması planlanmaktadır. Hiçbir bilimsel temeli olmadan tıp fakültesi kontenjanları arttırılmaktadır.

Oysa tıp fakülteleri çok önemli üç işlevi bir arada yerine getiren yaşamsal kurumlardır. Bu işlevlerin ilki nitelikli ve ülke gereksinimlerine uygun bir eğitim ile ülkemizin sağlık sorunlarını çözebilecek yetkinlikte hekimler yetiştirmektir.

Fakültelerin ikinci işlevi sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunulabilmesi için somut nesnel bilimsel kanıtlar üretecek araştırmalar yapılmasıdır. Bu araştırmaların ilaç sektörünün yönlendirmelerinden, güdümünden çıkartılması, gerçek bilimsel kanıtların üretilmesi çok önemlidir. Çünkü bu bilimsel kanıtlar hastalıkların tedavisinde kullanılacak ilaç ve yöntemleri de belirlemektedir. Böylesi bir bilimsel üretim bilimsel özerklik olmazsa gerçekleşemez.

Tıp fakültelerinin üçüncü işlevleri ise sağlık hizmeti sunan diğer basamaklarda çözümlenemeyen, tanı ve tedavisi sürdürülemeyen hastalıkların bakımının, tedavisinin yürütülmesidir. Bu işlevin gerçekleştirilebilmesi için tıp fakültelerinin hem en gelişkin teknolojik olanaklardan yararlanması hem de tanı, tedavi hizmetlerini sunarken klinik özerkliğin yani hastanın gereksinimleri ile tıbbi gelişmelerin

son noktasının buluşturulmasında hastalarımızla aramıza teminat paketi, global bütçe, teşhisle ilişkilendirilmiş gruplar gibi piyasa araçları girmemesidir.

Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu – 2010’dan..

Tıp fakültesi sayılarında artış

Türkiye’de 1980’li yıllardan başlayarak her onyılıda bir, tıp fakültesi sayısı yaklaşık 2 katı artırmıştır. Yeni açılacak tıp fakülteleri ile birlikte sayı 2010 yılında 74’e yükselmektedir. Bu 74 tıp fakültelerinin 58’i devlet, 16’sı vakıf üniversitesi tıp fakültesidir. 58 devlet tıp fakültesinden 4’ü öğrenci almamaktadır. Öğrenci alan 54 devlet tıp fakültesinin 46’sı kendi yerleşke-sinde eğitim vermekte, 8’inin öğrencileri diğer tıp fakültelerinde eğitim almaktadır. 16 vakıf tıp fakültesinin 10’u öğrenci almakta, öğrenci alanlardan 9’unun eğitimi kendi yerleşkesinde sürmekte iken 1’inin eğitimi bir devlet tıp fakültesinde yapılmaktadır. Öğrenci alan tıp fakültelerinden 9’unun öğrencileri başka bir tıp fakültesinde eğitim almaktadır.

Devlet üniversiteleri tıp fakültesi sayısında artış ile birlikte vakıf üniversitelerinin tıp fakülteleri sayılarındaki artış üzerinde durulması / irdelenmesi gereken bir durumdur. On vakıf üniversitesi yanı sıra kuruluş aşamasında olan 6 vakıf üniversitesi tıp fakültesi vardır. Vakıf üniversitesi tıp fakültelerinin ağırlıkla İstanbul ve Ankara’da kurulduğu dikkat çekmektedir.

Öğretim üyeleri sayıları

Öğretim üyelerinin akademik ünvanlarına göre 2010 yılında 4.976 profesör, 2.781 doçent ve 2.656 yardımcı doçent olmak üzere toplam 10.413 öğretim üyesinin olduğu görülmektedir. Öğretim üyeleri sayıları incelendiğinde 2010 yılında profesör sayısının 2008 yılına göre %10, doçent sayısının %12, yardımcı doçent sayısının %1 arttığı görülmektedir. Profesör, doçent, yardımcı doçent sayıları 2010 yılında toplamda 2008 yılına göre %8 artmıştır. Öğrenci sayıları 2010 yılı için 38.536 olup 2008 yılına göre %14 artmıştır. Öğretim

üyesi, öğrenci sayılarında oransız bu artış dikkat çekici olup özellikle yardımcı doçent sayısında görülen artışın kısa ve orta erimde öğretim üyesi sayılarında önemli eksikliklere yol açacağı ortadadır.

Tıp fakültelerinde bir çok anabilim dalının kurulmadığı, kurulan bir çok anabilim dalında ise doçent ya da profesör bulunmadığı bilinmektedir.

Tıp eğitiminin temelinde büyük sorun

Türkiye tıp fakültelerinde çalışan profesör, doçent, yardımcı doçent ve öğretim görevlilerinin temel bilimler ve klinik (dahili ve cerrahi) bilimler dağılımı incelendiğinde profesörlerin %15,6'sının, doçentlerin %17,7'sinin, yardımcı doçentlerin %15,3'ünün ve öğretim görevlilerinin %24,8'inin temel bilimlerde çalıştığı görülmektedir. Toplamda profesör, doçent, yardımcı doçent ve öğretim görevlilerinin %16,5'i temel bilimlerde görev almaktadır. Türkiye'de öğretim üyeleri (profesör, doçent ve yardımcı doçent) eğitim sorumluluğu değerlendirilirken öğretim üyesi başına düşen toplam öğrenci sayısı temel ve klinik bilimler öğretim üyeleri için 2009-2010 Öğretim Yılı verileri üzerinden temel bilimler öğretim üyeleri için ortalama 22,57 öğrenci, klinik bilimler öğretim üyeleri için ortalama 4,45 öğrencidir.

Temel bilimler öğretim üyesi sayıları klinik bilimlere göre önemli oranlarda düşüktür. Özellikle yeni tıp fakültelerinin açıldığı bir dönemde öğretim üyesi yetiştirilmesi açısından bu oranlar dikkat çekicidir. Yeni açılan ancak eğitici kadroları yapılanmadan öğrenci alan tıp fakültelerinin özellikle temel bilimler dersleri daha önce kurulmuş tıp fakültelerinin eğitimcilerine tanımlanmaktadır. Tıp fakültelerinde 1 temel bilimler öğretim üyesine ortalama 22,57 öğrenci düşmektedir. Son yıllarda özellikle tıp fakültelerinin sayısı artarken üniversitelerde diğer sağlık bilimleri fakülteleri (diş hekimliği fakültesi, sağlık bilimleri fakültesi vb.) sayısı da artmaktadır. Temel bilimler öğretim üyeleri tıp fakültesi dersleri yanı sıra üniversitenin diğer sağlık bilimleri fakültelerinin temel bilimler gereksimini de karşılamak zorunda bırakılmaktadır. Üniversite dışı, temel bilimler bölümleri kurulmadan, öğretim üyesi istihdam edilmeden açılmasına

izin verilen diğer üniversitelerin tıp fakültelerinin de temel bilimler gereksimini de karşıladıkları düşünüldüğünde tıp eğitiminin temel tıp eğitimlerinin eğitiminin düzeyi ve ilgili öğretim üyelerinin karşılamak durumunda bırakıldıkları eğitim işlevi son derece olumsuz görünmektedir.

Tıp fakültelerinde fiziksel ve teknik alt yapı durumu

Eğitim hastanesinin 51 tıp fakültesinde olduğu, 46 tıp fakültesinde hastane acil servisinin bulunduğu bilinmektedir. Hastane binası kendi mülkiyetinde olan 49 tıp fakültesi vardır. Eği-timde 21 tıp fakültesi yapılanmasını tamamlamadığı için başka hastanelerden yararlanmaktadır.

Tıp fakülteleri kütüphaneleri 31 tıp fakültesinde kampus içinde yer alıp tıp fakültesi ve/ya da benzeri sağlık bilimleri için ortak kullanılmaktadır. 20 tıp fakültesinde kütüphane fakülte kampüsü içinde yer alıp merkez kütüphane olarak tıp ve diğer tüm fakülteler için ortak kullanımı için yapılandırılmıştır. Tıp fakültelerinin 10'unda kütüphane tıp fakültesi kampüsü dışında yer alıp merkez kütüphane şeklinde tıp ve diğer tüm fakülteler için ortak kullanılmaktadır. Tıp fakültelerinden 3'ünde kütüphane bulunmamaktadır.

Öğrenci kullanımı için bilgisayar laboratuvarı 46 tıp fakültesinde bulunmaktadır.

Anatomi laboratuvarının 54 tıp fakültesinde olduğu görülmektedir. Kadavra sayısı fakülte başına 1 – 10 arasında değişmektedir. Ayrıcalıklı olarak 1 tıp fakültesinde 21 kadavra olduğu bildirilmiştir. Kadavrasız olmayan 10 tıp fakültesi vardır.

Multidisipliner laboratuvar kullanımı 37 tıp fakültesinde vardır. Temel bilimler laboratuvarının 45 tıp fakültesinde, patoloji laboratuvarının ise 44 tıp fakültesinde olduğu görülmektedir. Mesleki beceri laboratuvarı 47 tıp fakültesinde vardır. Tıp fakültelerinin 31'inde standart – simüle hasta uygulaması olduğu görülmektedir.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

22/12/2010 Basın Açıklaması'ndan kısaltılarak

V. SAĞLIK EMEK-GÜCÜ

Tablo 1. Sağlık emekçileri ve görev yaptıkları kurumlar-2008

	Devlet*		Üniversite		Özel Sektör		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Diş hekimi	5425	27,18	577	2,89	13957	69,93	19959	100,0
Ebe	43600	91,46	494	1,04	3579	7,50	47673	100,0
Eczacı	1192	4,81	181	0,73	23405	94,46	24778	100,0
Hekim	66580	58,84	23973	21,19	22598	19,97	113151	100,0
Pratisyen	31804	88,93	147	0,41	3812	10,66	35763	100,0
Asistan	8151	39,93	12264	60,07	-	-	20415	100,0
Uzman	26625	47,73	11562	20,29	18786	32,97	56973	100,0
Hemşire	70022	70,08	14153	14,17	15735	15,75	99910	100,0

* Sağlık Bakanlığı ile üniversite dışındaki kamu kurumları

Sağlık emek-gücü ile ilgili veriler 1990-2006 yılları arasında Sağlık Bakanlığı(SB) tarafından düzenli bir biçimde yayımlanmış olmasına karşın, o tarihten sonra 2010 yılının üçüncü çeyreğinde 2008 yılı ile ilgili sınırlı da olsa “yeni” veriler kamuoyu ile paylaşıldı. Bu verilere göre diş hekimlerinin yalnızca %30’u, eczacıların %6’sı kamuda istihdam edilmektedir. Ebelerin %92’si, pratisyen hekimlerin %89’u ve hemşirelerin %70’i SB’de istihdam edilmektedir.

Toplam hekimlerin %59’u SB’de, %21’i üniversitede ve %20’si özel sektörde istihdam edilirken, uzman hekimlerin %48’i SB’de, %33’ü özel sektörde ve %20’si üniversitelerde istihdam edilmektedir.

İkibinsekiz yılı verilerine göre, Türkiye’de diş hekimi başına 3571, eczacı başına 2857, ebe başına 1493, hemşire başına 714 ve hekim başına 633 kişi düşmektedir. Bu tablo sağlık emekçilerinin istihdamının bölgelere göre büyük farklılıklar taşıdığını da göstermektedir. Bilindiği gibi, Sağlık Bakanlığı söz konusu bu durum ile ilgili hekimlere yönelik hem mezuniyette hem de uzmanlıkta zorunlu hizmet ve sözleşmeli çakılı kadro uygulamaları dışında hiçbir tedbir almamaktadır. Bu tedbirlerin özendirici hiçbir yönü olmadığı, aksine zorlayıcı ve baskıcı yönü nedeniyle gerçek çözümün sağlanamadığı yıllardır söylenegelmektedir.

Tablo 2. Bölgelere göre sağlık emekçileri başına düşen kişi sayısı -2008*

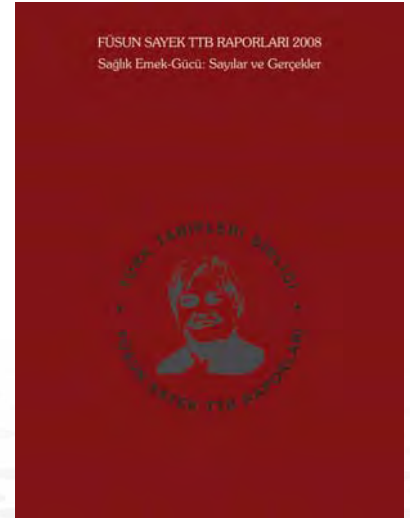
	Diş hekimi	Ebe	Eczacı	Hekim	Pratisyen	Uzman	Hemşire
Ortadoğu Anadolu	8333	1449	5556	775	2041	1786	763
Orta Anadolu	5882	1282	3226	730	1887	1667	709
Kuzeydoğu Anadolu	7143	1515	5556	877	1887	2174	840
İstanbul	2439	3125	2500	559	3125	935	855
Güneydoğu Anadolu	11111	1961	4762	1020	2381	2222	1020
Ege	3226	1205	2273	578	1754	1136	633
Doğu Marmara	3571	1408	3030	704	2083	1389	680
Doğu Karadeniz	5556	1064	3125	806	1852	1852	546
Batı Marmara	3846	1010	2564	820	1961	1695	725
Batı Karadeniz	4348	1299	3125	769	1786	1754	654
Batı Anadolu	2041	1493	2222	329	1299	676	521
Akdeniz	4000	1282	2778	746	1961	1493	752
TÜRKİYE	3571	1493	2857	633	2000	1250	714

*Hesaplanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ekibin öncelikli üyelerinden ebelerin ve pratisyen hekimlerin başına düşen nüfus bakımından en kötü durumdaki bölge İstanbul'dur. Ebeler dışında bütün sağlık emekçileri başına en az kişi düşen bölge ise Batı Anadolu'dur.

Kaynaklar

- Sağlık Bakanlığı(2010), Sağlık İstatistikleri Yılığ 2008, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.



1. “Performansa göre ücret” hastalara zarar vermektedir!

Her bir hastaya ayrılan zaman azalmaktadır. Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları insanca yaşayabilecek bir ücret için daha fazla, daha süratli hasta bakma çabasına girmekte, her bir hastaya ayrılan zaman azalmakta, tıbbi hataların artması kaçınılmaz olmaktadır.



Hekiminin “performansa göre ücret” aldığını bilen hastalar, kendilerinden istenen tetkiklerin, yapılan tedavilerin gerçekten gerekli olup olmadığı tedirginliğini yaşamaktadırlar.

Ağır hastalığı olanlar uygun ve yeterli tedaviye ulaşamamaktadır. Bu sistemle hekimler, tanısı ve tedavisi zor ve zahmetli olan, zaman alan hastalardan kaçınmaya zorlanmakta, bunun yerine daha çok hasta bakmaya yöneltilmektedirler.

2. “Performansa göre ücret” sağlık harcamalarını artırmaktadır!

Tanı ve tedavi amaçlı gereksiz girişimler artmıştır. Hekim hastasına gerekli zamanı ayıramadığından, ayrıntılı bir muayene ile kolayca teşhis edilebilecek hastalıklar için çok sayıda tetkik istemek zorunda kalmaktadır. Bu durum sağlık harcamalarını arttırmakta, bunun faturası ise vergilerde artış, zamlar ve giderek artan tedavi katkı payları olarak halkımızın sırtına yüklenmektedir.

3. “Performansa göre ücret” toplum sağlığını tehdit etmektedir!

Bu sistem sağlığı koruyucu uygulamalara değer vermemektedir. Aslında en değerli sağlık hizmeti, halkı hastalıklardan korumaya yönelik hizmetlerdir. Oysa bu sistemde bireyi hastalıktan korumanın performansı yoktur.

4. “Performansa göre ücret” tıbbi uygulamaları değersizleştirmektedir!

Bu sistem niteliğe değil niceliğe değer vermektedir. “Performansa göre ücret”, tıbbi uygulamaların bilimsel, etik ve nitelikli olmalarına bakılmaksızın sadece sayısına göre değerlendirilmesidir.

Tıbbi tanı ve tedavi yaklaşımlarını “parasına” göre sınıflamaktadır. Performans uygulamasında bütün tıbbi işlemler hastaya sağladığı faydaya göre değil, kuruma kazandırdığı paraya göre değerlendirilmektedir.

5. “Performansa göre ücret” sürdürülebilir değildir!

Sağlığa ayrılan kısıtlı bütçe, her yıl artmakta olan harcamaları karşılamaya yetmez. Nitekim SGK, hızla artan sağlık harcamalarının önünü alabilmek için, global bütçe uygulamasına geçmiştir. Bu uygulamanın, üniversite hastanelerini finansal yönden daha da güç duruma sokması kaçınılmazdır. Yönetsel hiç bir zaafiyet olmasa dahi, bu SGK tarifeleriyle, bu sabit bütçelerle üniversite hastanelerinin zarar etmesi kaçınılmazdır.

6. Tıp Fakültelerinde “Performans” iki kere zararlıdır!

Tıp fakülteleri meslek adamı yetiştiren, bilimsel araştırma yapılan



ve bilgi üretilen, bilgiyi yaşama dönüştüren yerlerdir. Buralarda; tıp eğitimi için gerekli yoğunlukta hasta hizmeti verilir.

Tıp fakültesi hastanelerinde çok sayıda hasta bakmanın teşvik edilmesi, yukarıda sıralanan sakıncaların yanı sıra, eğitimin ve bilimsel faaliyetlerin aksatılmasının da teşvik edilmesi demektir.

Öğretim üyelerinin “performans” kaygısıyla çalıştırıldığı tıp fakültelerinde hekim yetiştirmeye öncelik verilmesi ve özen gösterilmesi zorlaşacaktır.

Halkımızın sağlığını emanet edeceğimiz genç doktorlar nitelikli eğitimden mahrum kalacaklardır.

Ülkemizde sağlık düzeyini yükseltecek bilimsel çalışmalar yapılamayacaktır.

Tanısı konulamamış, tedavisi yapılamamış zor hastalar daha da mağdur olacaklardır.

Eğer Hükümet ve YÖK de bizim gibi, halkımızın her basamakta nitelikli sağlık hizmeti almasına önem veriyor, tıp fakültelerinde yüksek nitelikli sağlık hizmetini, yüksek nitelikli tıp eğitimi, artan yoğunlukta ve kalitede bilimsel araştırmaları çağdaşlığın gereği olarak değerlendiriyorsa, tüm sağlık çalışanlarına emeklerinin, birikimlerinin ve mesleki risklerinin karşılığı olan ve emekliliğe yansıtacak bir ücret ödenmesi için çalışmalı, performans sistemini gündemden tamamen kaldırmalıdır.



VI. TOPLUMSAL SAĞLIK DÜZEYİ

Anne ve Bebek Ölümlülüğü

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'ndan ve Sağlık Bakanlığı'nın verilerinden elde edilen sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde ülkemizde anne ölüm hızının azaldığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Yıllara göre anne ölüm hızı

Yıl	Anne Ölüm Hızı (yüzbinde)
2005	38.3
2006	28.5
2008	19.4

Bununla birlikte, bölgeler arasındaki eşitsizlikler varlığını halen korumaktadır. Türkiye'de anne ölüm hızının en düşük olduğu bölge Batı Anadolu (yüzbinde 12.1), en yüksek olduğu bölge yüzbinde 26.1 ile Orta Doğu Anadolu'dur. Batı Anadolu'da bir anne ölümüne karşılık Orta Doğu Anadolu'da 2.2 anne ölümü gerçekleşmiştir. Ayrıca, ülke genelinin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi Batı Anadolu'nun düzeyine ulaştırılabilse yaşanmış olan anne ölümlerinden %38'inin engellenebilir olduğu (topluma atfedilen risk (TAR), %38) görülmektedir. Bu sonuç Türkiye'deki 10 anne ölümünden yaklaşık dördünün bölgeler

arasındaki sosyoekonomik eşitsizliklerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır.

Tablo 2. Farklı bölgelerde yıllara göre bebek ölüm hızı ve eşitsizlik göstergeleri

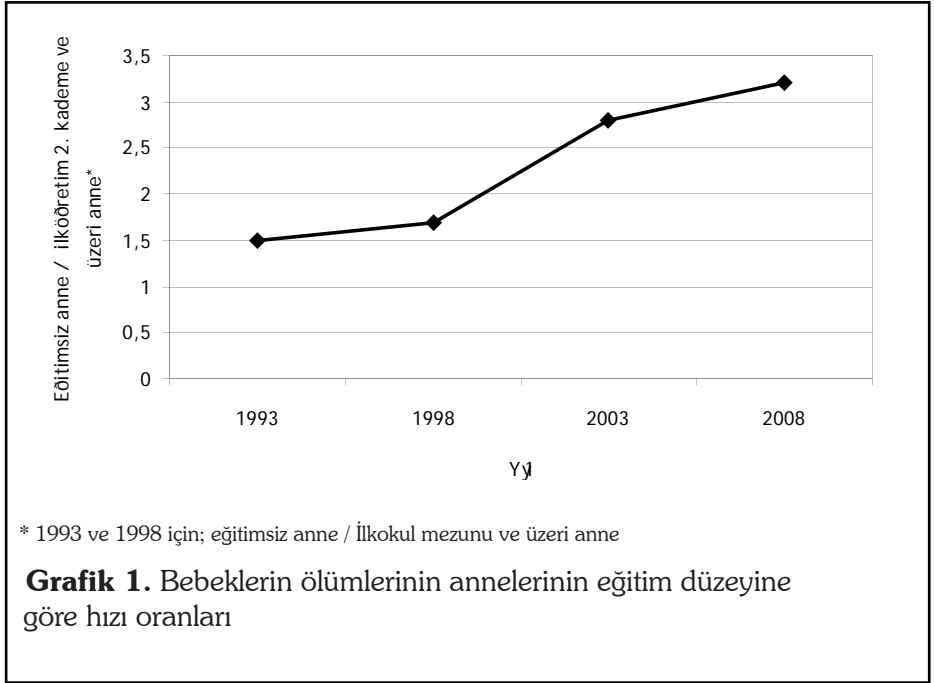
Bölge	1978	2003	2008
Batı	108	22.0	9.4
Güney	109	29.0	21.8
Orta	151	21.0	18.5
Kuzey	141	34.0	11.4
Doğu	147	41.0	25.3
Hız Oranı	1.36	1.95	2.69
Topluma Atfedilen Risk (%)	19.4	27.6	46.6
Türkiye	134.0	29.0	17.6

Anne ölüm hızındaki azalma bebek ölüm hızında da gözlenmektedir (Tablo 2). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, 1978'lerde oldukça yüksek düzeyde olan bebek ölüm hızı, 2008 yılında binde 17.6'ya düşmüştür. Diğer yandan tıpkı anne ölümlerinde olduğu gibi bebek ölümlerinde de bölgelerarası eşitsizliklerin varlığını koruduğu, hatta derinleştiği gözlenmektedir. 1978'de Batı bölgesinde bir

bebek ölümüne karşılık Doğu'da 1.4 bebek ölürken, 2008 yılında 2.7 bebek ölmüştür.

Bölgelerarası sosyoekonomik eşitsizliklerden kaynaklanan ve önlenebilir olan dolayısı ile "pisi pisine" bebek ölümleri de yıllar içerisinde artmaktadır. 1978 yılında yüz bebek ölümden 19'u, 2003 yılında 28'i ve 2008 yılında da 47'sinin eşitsizliklerden kaynaklanan ve önlenebilir ölümler olduğu görülmektedir (Tablo 2)

Ülkemizde bebek ölümleri açısından sadece bölgeler arası eşitsizlikler yaşanmamaktadır. Annesinin eğitim düzeyi de bir çocuğun hayatta kalma olasılığını belirlemektedir (Grafik 1). En az ilkokul mezunu olan bir anne ile karşılaştırıldığında eğitimsiz bir annenin bebeğinin bir yaşına gelmeden ölme olasılığı 1993 ve 1998 yıllarında sırasıyla 1.5 ve 1.7'dir. 2003 yılına geldiğimizde eğitimsiz annelerin bebeklerinin ölüm hızının ilköğretim ikinci kademe ve üzeri eğitim düzeyine sahip annelerin bebeklerinin 2.8 katı olduğu görülmektedir. 2008 yılında ise eşitsizlik daha da derinleşmiştir; eğitimsiz bir annenin bebeği diğer annelerin bebeklerine göre 3.2 katlık bir artmış risk ile karşı karşıyadır.



TNSA'da refah düzeyine göre yapılan bir değerlendirme ile ilk kez 2008 yılında karşılaşılmaktadır. Buna göre, en düşük refah düzeyinde yer alan bebeklerin bir yaşını tamamlayamadan ölme olasılığı, en yüksek refah düzeyindeki bebeklerden 3.4 kat daha fazladır. Bununla birlikte, ülke genelinin refah düzeyi en yüksek refah düzeyli bebeklerinkine ulaştırılabilirse 2003-2008 yılları arasında birinci doğum gününü göremeden ölen 100 bebeğimizden 54'ü bugün hayatta olacaktı. Bir başka ifadeyle Türkiye'de bebek ölümlerinin yarısından daha fazlası sosyoekonomik eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 3. Bölgelere ve yerleşim yerine göre beş yaş altındaki çocuklarda beslenme yetersizliği ve eşitsizlikler

Yerleşim Yeri	Yaşa göre boyu -2 SD'nin altında olan çocuk yüzdesi				Yaşa göre ağırlığı -2 SD'nin altında olan çocuk yüzdesi			
	Bölge	1993	1998	2003	2008	1993	1998	2003
Batı	10.2	9.9	5.5	7.6	4.8	3.8	1.9	1.0
Güney	14.8	13.5	10.4	7.6	6.8	8.9	2.8	3.0
Orta	18.8	11.6	9.5	4.5	7.0	5.4	2.9	2.1
Kuzey	12.9	12.8	13.0	7.0	6.4	4.8	2.2	2.8
Doğu	33.3	30.0	22.5	21.0	19.7	17.1	7.7	5.8
Hız Oranı (Doğu-Batı)	3.26	3.03	4.09	4.66	4.10	4.50	4.05	5.8
TAR (%)	26.1	38.1	54.1	56.3	49.5	54.2	51.3	64.3
Kent / Kır								
Kent	14.8	12.6	9.0	7.6	7.9	6.2	2.8	2.1
Kır	25.2	22.0	18.4	17.4	12.0	11.9	5.9	4.8
Hız Oranı (Kent-Kır)	1.70	1.75	2.04	2.29	1.52	1.92	2.11	2.29
TAR (%)	21.7	21.3	26.2	26.2	16.8	25.3	28.2	25.0
Türkiye	18.9	16.0	12.2	10.3	9.5	8.3	3.9	2.8

Çocuk Sağlığı

Türkiye’de beş yaş altı çocuklarda gerek yaşa göre boy gerekse yaşa göre kilo açısından yapılan antropometrik değerlendirmeler yıllar içinde bölgelerarası eşitsizliklerin arttığını göstermektedir. 1993 yılı verilerine göre, yaşa göre boy bakımından yaşlılarının en az 2 SD altında olan her dört çocuktan biri Batı’da yaşayan çocuklar ile aynı olanaklara sahip olsaydı yeterli bir büyüme gösterebilecekti, bodur olmayacaklardı. 2008 yılında ise bu oran iki çocuktan biri şeklinde artmıştır. Doğu’da yaşayan bir çocuğun kilosunun yaşlılarının 2 SD

altında olma olasılığı Batı’da yaşayan bir çocuğa göre 1993 yılında dört kat, 2008 yılında ise altı kat daha yüksektir. 1993 yılında düşük kilolu 100 çocuğumuzdan 49.5’i, 2008 yılında ise 64.3’ünün düşük kiloluğu engellenebilir, diğer bir ifadeyle pisi pisinedir. Kırdaki ve kentte yaşayan çocukların durumu karşılaştırıldığında da eşitsizliklerin 1993’den bu yana varlığını koruduğu görülmektedir (Tablo 3).

Annelerinin eğitim durumu ve hanelerinin refah düzeyi de çocukların beslenme yetersizliği yaşama olasılığını belirlemektedir. TNSA 2008 verilerine

göre eğitimsiz bir annenin çocuğunun boyunun -2SD'nin altında olma olasılığı, lise mezunu bir annenin çocuğuna göre 5.38 kat, ağırlığının -2SD'nin altında olma olasılığı ise 12.00 kat daha yüksektir. Annelerinin tümünün eğitim düzeyi lise mezunu düzeyine ulaştırılabilseydi yaşa göre boy ve kilo açısından beslenme yetersizliklerinin sırasıyla % 59.2 ve % 78.6'sının önlenilebileceği görülmektedir.

Refah düzeyi eşitsizliklerin en açık olarak gözlemlendiği değişkendir. En yüksek refah düzeyindeki bir çocuğa karşı düşük refah düzeyi grubunda 10.48 çocuğun boyu, 11.5 çocuğun da kilosu yaşlılarının 2 SD altındaki bir değerdedir. Bu iki antropometrik ölçüt açısından beş yaş altı çocuklardaki beslenme yetersizliklerinin sırasıyla % 79.6 ve % 78.6'sı eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasıyla önlenilebilir niteliktedir.

Çocuk sağlığı açısından bir başka değerlendirme doğum ağırlığı 2.5 kg.ın altındaki çocuk yüzdesi aracılığıyla yapılabilir. 2008 yılı verilerine göre, son beş yılda canlı doğan 10 bebekten biri düşük ağırlıklıdır. Ama bu risk bebek eğer ülkemizin Batı'sında değil Doğu'sunda dünyaya geldiyse 1.83, lise mezunu bir anneye değil eğitimsiz bir anneye sahip ise 2.01 kat artmaktadır. En düşük refah düzeyindeki bir ailenin çocuğu olmak ise en yüksek düzeydeki bir ailenin çocuğuna göre 1.75 katlık bir risk artışı anlamına gelmektedir.

Bulaşıcı Hastalıklar

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün en son olarak 2006 yılında yayımladığı Çalışma Yıllığı verilerine göre,

Türkiye'de en sık görülen ilk 10 bulaşıcı hastalık ve etken arasında ilk üç sırayı kuduz şüpheli temas, kabakulak ve entamoeba histolytica almaktadır (Tablo 4).

Diğer yandan, bu yıllığı kaynak kullanarak sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre sıralanan farklı bölgelerde bildirilen hastalıkların sıklığını karşılaştıran bir çalışmada, ishali hastalıkların bildirim sıklığı ile bölgelerin gelişmişlik düzeyi arasında bir tutarsızlık olduğu gözlemlenmiş ve daha önce yapılmış saha araştırmalarının sonuçlarının aksine hepatit C, boğmaca, ekinokokkoz ve E. histolytica'nın gelişmiş bölgelerde daha sık görüldüğüne dikkat çekilmiştir. Bu tutarsızlıklar bulaşıcı hastalık bildirim sisteminin tüm ülkede aynı düzeyde yürütülmediğinin bir kanıtı olarak yorumlanabilir.

Tablo 4. Türkiye'de en sık görülen 10 bulaşıcı hastalık ve etken, 2006

Hastalık	Morbidite (yüzbinde)
Kuduz şüpheli temas	218.8
Kabakulak	30.0
Entamoeba histolytica	23.6
Brusella	16.4
Akut kanlı ishal	16.1
Tifo (olası + kesin)	15.3
Tifo (olası)	13.0
Giardia intestinalis	12.2
Hepatit A	10.8
Hepatit B	10.1
Şark Çıbanı	2.8

Türkiye’de, 2005 yılında bulaşıcı hastalık bildirim sistemi değiştirilmiş, olası vaka bildirimlerinin artık dikkate alınmadığı, laboratuvar verisine ve kesin tanıya dayalı bir bildirim sistemine geçilmiştir. Kesin tanı olanaklarının olmadığı bölgelerde bulaşıcı hastalıkların görmezden gelinmesi anlamına gelen bu sistemin aile hekimliği uygulamasıyla yaklaşık olarak aynı dönemde başlatılması ise talihsiz bir durumdur. Bölge kavramını yok eden, bulaşıcı hastalıklar sorununun sorumluluğunu ortada bırakan, koruyucu hizmetlerle ilgili ciddi aksamaları çaresizce ceza puanları ile çözmeye çalışan aile hekimliği uygulaması, bildirim sistemindeki karmaşayı daha da çözümsüzleştirmiştir. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı, bırakalım birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan değişimin bulaşıcı hastalık sorunu ve bildirim sistemi üzerindeki etkisini, ne aile hekimliğini ne de bildirim sistemini tam anlamıyla değerlendiren bir çalışma yürütmemiştir.

Sağlık Bakanlığı Tablo 4’de sunulan verilere kaynak oluşturan Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı’nı artık yayınlamamakta, bunun yerine Sağlık İstatistikleri Yıllığı ile sadece seçilen bazı hastalıklara ait sınırlı düzeydeki bulaşıcı hastalık verisini paylaşmaktadır. Zaten bildirim sistemi değişimi nedeniyle eski ve yeni durumu karşılaştırma şansımız kalmamıştır. Bu durum, bulaşıcı hastalıkların illere, bölgelere ve yıllara göre değişimini izlemeyi olanaksız kılmaktadır. Üstelik Bakanlık tarafından bildirilen verilerin doğruluğunun ve bulaşıcı hastalık mücadelesinde elde edildiği iddia edilen başarıların da tartışmaya çok açık oldukları son günlerde kanıtlarıyla birlikte ortaya çıkmaktadır. 2008 yılında ülkemizde sadece

dört kızamık vakasının kaydedildiği, bunların da yurtdışı kökenli bir vaka ile temasları olduğu bildirilmiştir. Sağlık Bakanı Recep Akdağ da 2008 yılında, İstanbul’da gerçekleştirilen Dünya Halk Sağlığı Kongresi’nde yaptığı sunumda kızamığı elimine etmek üzere olduğumuzu açıklamıştır. Fakat eliminasyon hedefi güdülen bu hastalıkta aktif sürveyans yapılmamış, pasif sürveyansta da önemli aksamalar olmuştur. Sorunu artık görmezden gelemeyen Sağlık Bakanlığı, 1 Nisan 2010’da kızamık sürveyansını yeniden düzenleyen bir genelge yayımlamıştır. Kızamığı elimine etmekten ne kadar uzak olduğumuzu kanıtlayan ise 2011 Ocak ayında İstanbul’da iki yetişkin hastada yerli kızamık tespit edilmiş olmasıdır. Aşı ile korunabilir hastalıklar sorununu çözümlenmekte halen yolumuz olduğunu, hatta büyük olasılıkla bir salgın yaşamakta olduğumuzu gösteren bir diğer kanıt ise kızamık olguları ile aynı ay içinde gerçekleşen Ankara’da bir erişkinin difteriye bağlı ölümü olmuştur.

Bir başka tartışmalı eliminasyon iddiası ise neonatal tetanoz ile ilişkilidir. 2009 yılının Nisan ayında, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) haftalık epidemiyolojik bülteninde neonatal tetanozun Türkiye’de elimine edildiği bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ile DSÖ’nün yürütmüş olduğu, sadece Şırnak’ı kapsayan ve Lot-Kalite tekniği ile uygulanmış olan bu çalışmadan yola çıkarak tüm ülkede neonatal tetanozun elimine edilmiş olduğunu açıklamanın ne derecede doğru olduğu tartışılmalıdır. 2006 yılında, Güneydoğu’da 10 gebeden altısına iki doz tetanoz aşısı yapılamamış olduğu bilinmektedir. Söz konusu çalışmanın bölgede yürütülen bir dizi aşı kampanyasının ardından gerçekleştirilmiş

olması belli bir süre için olguya rastlanmasa da bu durumun sürekliliğinin nasıl sağlanabileceği konusunda şüphe uyandırmaktadır.

Aşıyla korunabilir hastalıkların yanı sıra, bütüncül bir sağlık hizmeti anlayışının, kapsamlı halk sağlığı hizmetlerinin ve nitelikli yaşam şartlarının var olmadığı tüm koşullarda ortaya çıkmakta gecikmeyen diğer bulaşan hastalıklar da ülkemizin gündeminde önemli bir yer tutmaktadır. Gelişmiş ülkelerin büyük bölümünde artık görülmeyen vektörlerle bulaşan hastalıklar ve zoonozlar ülkemizin önemli bir gerçeğidir. Türkiye DSÖ Avrupa Bölgesi'nde sokak köpeği kaynaklı kuduz olgularının görüldüğü tek ülkedir. Kuduz riskli temas halen tüm bölgelerde en sık bildirilen bulaşıcı hastalıktır ve 2000'den bu yana artmaktadır. Gelişmiş ülkelerin büyük bölümünde eradike edilmiş olan brusella Türkiye açısından halen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tularemi, şark çıbanı gibi pek çok hastalığın görülme sıklığı artmaktadır. Üstelik ülkemiz Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Hanta virüsü, Batı Nil Ateşi gibi yeni hastalıklarla tanışmakta, bu hastalıkların ilk tanımlanma ve yönetim aşamalarında basına da yansıyan ciddi karmaşalar yaşanmaktadır.

Su ve besinlerle bulaşan hastalıkların sıklığı ve neden oldukları salgınlar ülkemizin sağlık tablosunu en iyi yansıtan örnekler arasındadır. TNSA verilerine göre (Tablo 5) 1993'den bu yana halen ülkemizde dört çocuktan biri 15 günlük bir zaman dilimi içinde ishal yaşamaktadır. Bu

açıdan yaşanan eşitsizlikler de yıllar içinde varlığını korumaktadır. 2008 yılında Doğu'da yaşayan bir çocuğun ishal olma olasılığı Batı'ya göre 1.54 kat daha fazladır. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bir anne ile karşılaştırıldığında annenin eğitimsiz olması ishal riskini 2.01 kat artırmaktadır. Düşük sosyoekonomik durumdan kaynaklı risk artışı da 2.01 kat olarak hesaplanmıştır.

Türkiye'nin farklı il ve ilçelerinde neredeyse her gün büyük ya da küçük çaplı yeni bir ishal salgını ortaya çıkmaktadır. Malatya'da 2005 yılının Kasım ve Aralık aylarında gerçekleşen salgın büyük çaplı salgınlar arasındadır. Malatya il Sağlık Müdürlüğü olgu sayısını yaklaşık 8500 olarak bildirmiştir. Ama salgından etkilenen nüfusun büyüklüğü tam olarak bilinmemektedir. Çünkü salgın kontrolünün en önemli aşamalarından birisi olan sahada aktif surveyans gerçekleştirilmemiş ve dolayısıyla tüm olgular araştırılmamıştır. Benzer bir durum Aksaray'da 2008 yılında yaşanmıştır. İki salgında da zamanında ve etkin bir salgın incelemesi gerçekleştirilememiş, önemli yönetim krizleri

Tablo 5. TNSA'da son 15 gün içinde ishalleri olduğu saptanan beş yaş altı çocuk yüzdesi

Yıllar	İshalleri Çocuk Yüzdesi	Hız Oranı (Bölgelere göre)	Hız Oranı (Anne eğitimine göre)	Hız Oranı (Sosyoekonomik duruma göre)
1993	25	1.67	1.59	-
1998	30	1.82	2.24	-
2008	23	1.54	2.01	2.01

yaşanmış, sorumlu kurumlar arasında işbirliği ve eşgüdüm sağlanamamış, sağlık çalışanlarının ve toplumun eğitimi gibi müdahaleler ancak salgının kendi doğal seyirini izleyerek sonlandığı dönemlerde uygulanmıştır. Son bir yıl içinde Isparta Keçiborlu'da ve Trabzon Sürmene'de yaşanan salgınlar bu sorunun önümüzdeki günlerde de gündemimizden eksilmeyeceğini göstermektedir.

Halk sağlığı hizmetlerini yok sayan, sağlık hizmetlerini sadece tedavi hizmetlerine indirgeyen, bulaşıcı hastalık mücadelesinde deneyim ve bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarını aile hekimliği sistemi içinde işlevsiz bırakan sağlıkta dönüşüm programı, ülkemizde giderek artan işsizlik, yoksulluk, güvenli su ve gıdaya erişimin güçleşmesi, çarpık kentleşme gibi sorunlarla birlikte bulaşıcı hastalıklarda da korkutucu boyutlarda artışa yol açmaktadır.

Kaynaklar

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005, Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Ankara
- Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring The Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview Of Available Measures Illustrated With Two Examples From Europe. Soc. Sci. Med. 1997; 44 (6): 757 771.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, 1998, 2003, 2008, Ankara
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor Toplantısı Sunum Dokümanları, 13 Mart, Kızılcahamam, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006, Ankara
- Davaş Aksan, Durusoy R. Yeni Sürveyans Sisteminde Bölgelerin Gelişmişlik Düzeyine Göre Bulaşıcı Hastalıklar. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2010; 30 (5): 1655-64.
- Dünya Sağlık Örgütü. Validation of Eelmination of Neonatal Tetanus in Turkey by Lot-Quality Assuarnce Cluster Sampling. Weekly Epidemiological Record. 2009, 84, 141-148.
- Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Malatya İshal Salgını Raporu http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/BELGELER/malatya_ishal_mart2006.pdf
- Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Aksaray İshal Salgını İnceleme Raporu. http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/BELGELER/aksaraysalgini.pdf ksaray

Amaç: Bursa’da bebek ölüm hızı il Sağlık Müdürlüğü tarafından 2008 yılı için binde 6,0 olarak açıklanmaktadır. Türkiye’ye göre çok düşük olan bu göstergelyi değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapılmasına gerek duyulmuştur. Bu araştırmanın amacı, Bursa’da 2008 yılındaki bebek ölüm hızının tahmin edilmesidir.

Sonuç ve öneriler

Bu çalışmada Bursa’daki BÖH İl Sağlık Müdürlüğü’nün açıkladığı değerden çok daha yüksek bulunmuştur. Üstelik bulunan değer, bırakınız gelişmiş ülkelerin düzeyine inmeyi; Türkiye için TNSA tarafından açıklanan değerden bile yüksektir.

Bursa’da eksik veriler yüzünden yanlış hesaplanan BÖH, ildeki sağlık hizmetlerinin doğru değerlendirilememesine yol açmaktadır. Bebek ölüm hızını sağlık sisteminin başarısını değerlendirmek için kullanırken, ilk dikkat edilmesi gereken nokta doğru hesaplamak olmalıdır. Türkiye’de illerde BÖH’ün doğru hesaplanamamasına ilişkin sorunların irdelenmesi ve ivedilikle giderilmesi gerekmektedir. Bebek ölüm hızının hesaplanması sırasında mezarlık kayıtlarının da kullanılması için bir düzenlemenin yapılması uygun olabilir.

Türkiye’de illerde bebek ölüm hızı ne kadar doğru hesaplanabiliyor? Bursa’dan bir çalışma

Kayihan Pala; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
Alpaslan Türkkkan; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
Harika Gerçek; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye



VII. SAĞLIK HİZMET SUNUMU VE KULLANIMI

Üreme Sağlığı Hizmetleri ve Bebek İzlemleri

Türkiye’de bebek ve gebe başına düşen izlem sayıları Sağlık Bakanlığı’nın verileri aracılığıyla değerlendirilebilmektedir. Tablo 1’de 1998, 2003 ve 2008 yıllarına ait ortalama izlem sayıları sunulmuştur. Bebek ve gebe başına izlem sayıları 1998 ve 2003 yıllarında birbirine benzer iken, 2008 yılında her ikisinde de iki kata yakın bir artış dikkati çekmektedir. Ancak bu artışın gerçek bir artış olup olmadığını sadece bu veriye bakarak söylemek güçtür. Bunun en temel nedeni 1998 ve 2003 yılları için yapılan hesaplamada beklenen bebek ve gebe sayıları kullanılırken, 2008 yılında tespit edilen sayıların kullanılmış olması ve bu sayılara ilgili kaynaklardan ulaşamamasıdır. Dolayısıyla veriler daha öncekilerle karşılaştırılamamaktadır.

Tablo 1. Yıllara göre bebek ve gebe başına izlem sayıları

Yıl	Bebek Başına İzlem	Gebe Başına İzlem
1998	3.4	1.8
2003	3.3	1.8
2008	6.4	3.3
Hız Oranı (Bölgesel-2008)	2.3	4.7

Tespit edilen gebe ve bebek sayıları ile hesaplanan 2008 yılı verileri bölgesel farklılıklar açısından incelendiğinde eşitsizlikler gözlenmektedir. Bebek başına izlem sayısının en yüksek değere sahip olduğu bölge ile en düşük değere sahip olduğu bölge arasında 2.3 katlık bir fark vardır. Gebe başına izlem açısından ise 4.7 katlık bir fark bulunmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın verileri son 20 yıl içinde doğum öncesi bakım almayan gebe oranının ve sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğum oranının azaldığını göstermektedir (Tablo 2). Bu azalma doğum öncesi bakım almamada % 87 oranındadır. Ancak bölgesel eşitsizlikler açısından bakıldığında doğum öncesi bakım al(a)mayan kadın oranının her çalışma döneminde en yüksek olduğu yer Doğu bölgesidir; bu bölgede 20 yıl içindeki azalma % 74’de kalmıştır. Benzer şekilde, sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapan kadın oranı 1988-2008 arasında tüm Türkiye’de % 65 düzeyinde azalmışken, Doğu’da kaydedilen azalma % 40’da kalmıştır.

Tablo 2. Doğum öncesi bakım almayan gebe ve sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşen doğumlar

Yıl	Doğum öncesi bakım almama (%)	Sağlık personeli yardımı olmadan doğum (%)
1988	57.4	23.6
1993	37.0	24.1
1998	32.1	18.8
2003	18.6	16.7
2008	7.8	8.3
Türkiye’de 1988-2008 arası değişim (%)	87	65
Doğu’da 1988-2008 arası değişim(%)	74	40

Doğum öncesi bakım almama ve sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma açısından Türkiye’de yaşanan eşitsizlikler derinleşmektedir (Tablo 3). Doğum öncesi bakım al(a)mama yüzdesi açısından, ülkenin en iyi durumda olan bölgesi ile en kötü durumda olan bölgesi arasındaki fark 1998 yılında 2.0 kat iken, 2008 yılında 6.6 kattır. Benzer şekilde kır/kent farkı da aynı yıllarda 1.7’den 3.1’e yükselmiştir. İki bin sekiz yılında değerlendirilen refah düzeyi incelendiğinde ise, en düşük refah düzeyindeki gebelerin (% 23.5) en yüksek düzeydeki gebelere (% 1.2) göre doğum öncesi bakım almama olasılığı 21.4 kat daha fazladır.

Tablo 3. Doğum öncesi bakım almayan gebe ve sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşen doğumlarda eşitsizlikler

Eşitsizlik göstergeleri	Yıl	Doğum öncesi bakım almama	Sağlık personeli yardımı olmadan doğum
Hız Oranı (Bölgeler)	1998	2.0	3.3
	2008	6.6	25.1
Hız Oranı (Kır-Kent)	1998	1.7	2.5
	2008	3.1	5.0
Hız Oranı (Refah düzeyi)	2008	21.4	130.5

Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar açısından 1998’de en dezavantajlı bölge ile en avantajlı bölge arasındaki fark 1998’de 3.3 kat iken, 2008’de 25.1 kata çıkmıştır. Benzer şekilde kır/kent farkı da aynı yıllarda 2.5’den 5.0’e yükselmiştir. İki bin sekiz yılında değerlendirilen refah düzeyi incelendiğinde ise en düşük refah düzeyindeki gebelerin (%26.1) en yüksek düzeydeki gebelere (%0.2) göre sağlık personeli olmadan doğum yapma olasılığı 130.5 kat daha fazladır.

Çocuk ve Gebe Aşılı

Tablo 4’de 15-26 aylık çocuklarda yıllara göre tam aşılı oranlarında gerçekleşen değişim sunulmuştur. Son 15 yılda tam aşılı çocuk oranları önce azalmış, daha sonra 2003-2008 arasında artmıştır; ancak

halen on çocuktan ikisinin aşıları tam değildir.

Gebelerde tetanoz aşısı oranı 1993'den 2006'ya kadar iki katına çıkmıştır. Fakat 2006 itibariyle halen ülkemizde on kadından beşi gebeliğinde tetanoz riskine karşı korunamamaktadır. Bu durum bu kadınların nitelikli bir doğum öncesi bakım almadıkları şeklinde de yorumlanabilir (Tablo 4). Tetanoz aşısı bakımından 2006 yılında iller arasında önemli eşitsizlikler gözlenmektedir. İki doz aşı yapılmış olan gebe yüzdesi Kayseri'de 83, Kırklareli'nde 76 gibi görece yüksek değerler alırken, Şırnak'ta % 6, İstanbul'da % 9, Şanlıurfa'da % 12 gibi değerler ile karşılaşılmaktadır.

Tablo 4. 15-26 aylık çocuklarda tam aşıllık ve tetanoz aşısı yapılmış gebeler

Yıllar	Tam Aşılı ¹ Çocuk (%)	*Gebe tetanoz (%)
1993	65	26
1998	46	29
2003	54	37
2008	81	52 (2006)

¹BCG, DBT3, kızamık, Polio3 yapılmış olanlar

*İki doz tetanoz aşısı yapılmış gebeler

Ayrıca bağışıklama oranı bakımından Türkiye'de yaşanan eşitsizlikler de halen varlığını sürdürmektedir. Ailesinin sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir çocuğun eksik aşı olma olasılığı sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bir çocuğa göre 2.6 kat daha fazladır. Annesinin eğitim düzeyi lise ve üzeri olan bir çocukla karşılaştırıldığında, eğitimsiz bir annenin çocuğunun riski 6.4 kat artmaktadır. Çocuğun yaşadığı bölge de eksik aşı olma riskini belirlemektedir. Orta Anadolu'da yaşayan bir

çocuğa göre Doğu'da yaşayan bir çocuğun riski 3.6 kat daha fazladır. Hiç aşı olmamış çocuk yüzdeleri bakımından aynı değerlendirmeler yapıldığında çok daha çarpıcı farklarla karşılaşılmaktadır. Örneğin eğitimsiz bir annenin çocuğunun hiçbir aşı yapılmamış olma olasılığı lise ve üzeri eğitime sahip bir anneye göre 16 kat daha fazladır. Düşük hane halkı refah düzeyi ise bu riski 5.4 kat arttırmaktadır.

Tablo 5. Eksik aşı ve aşısız çocuklarda eşitsizlikler, 2008

Eşitsizlik göstergeleri	Eksik aşı çocuk	Aşısız çocuk
Hız Oranı (Bölgeler)	3.6	.*
Hız Oranı (Anne Eğitimi)	6.4	16.0
Hız Oranı (Refah Düzeyi)	2.6	5.4

*en yüksek bölgede aşısız %2.8, en düşük %0.0

Sağlık Ocağı Hizmetleri

Sağlık ocağı (SO) sayısı 2000-2006 arası %12 oranında artmıştır. Daha sonra ise aile hekimliğine geçilen il sayısı arttıkça sağlık ocakları aile sağlığı merkezlerine dönüştürülerek yol edilmeye başlanmıştır. SO başına düşen nüfus bu dönemde %10 azalmıştır. Ancak yedi yıllık sürede SO sayısı artmış, SO başına düşen nüfus azalmışsa da bölgesel farklılıklarda bir değişim olmamıştır. Marmara bölgesinde SO başına düşen nüfus genel ortalamanın üstünde kalmış, özellikle İstanbul ilinde birinci basamak sağlık kurumları yeterince güçlendirilememiştir (Tablo 6).

Ülkemizde hala önemini koruyan tüberküloz

Tablo 6. Yıllara göre sağlık ocağı sayısı ve sağlık ocağı başına düşen nüfus

Yıllar	Sağlık ocağı sayısı	SO başına düşen nüfus	Bölgelere göre SO başına düşen nüfus	Hız Oranı (Bölgeler)
2000	5700	11 461	Marmara 19 434 Karadeniz 7 650	2.5
2002	5840	12 057	Marmara 20 091 Karadeniz 8 214	2.4
2004	6066	11 730	Marmara 18 938 Karadeniz 7 904	2.3
2006	6377	10 317	Marmara 15 705 Karadeniz 6 800	2.3
2008*	4540	11 642	İstanbul 25 807 Aksaray 3 563	7.2

*SO olan iller

hastalığı ile savaşında önemli rol oynayan verem savaş dispanserlerinin sayısı ise 2000-2008 yılları arasında 277'den 243'e düşerek %12 azalmıştır.

Sağlık ocağına başvuru sayısı 2000-2008 arası 3.2 kat artmıştır, sevk oranı bu dönemde özellikle 2006 sonrası belirgin olarak azalmış ve 2008'de %1.3 olmuştur. Bu kadar düşük sevk oranı gerekli sevklerin yapılmadığını ya da başvuruların tanı-

tedavi amaçlı değil, reçete tekrarı amaçlı olduğunu düşündürmektedir. Hekim başına günlük hasta sayısı da artarak 2008'de 41 olmuştur; birinci basamak hekimi hasta yükü nedeniyle koruyucu hizmetlere ayıracak zaman bulamamaktadır. Tedavi edici hizmetin niteliği açısından bakıldığında ise ancak on hastadan ikisinde laboratuvar yapıldığı görülmektedir(Tablo 7)

Tablo 7. Yıllara göre sağlık ocağına başvuru, sevk oranı ve başvuru başına laboratuvar sayısı

Yıllar	Sağlık ocağına başvuru sayısı	Hekim sayısı	Hekim başına günlük hasta sayısı	Sevk oranı (%)	Başvuru başına laboratuvar
2000	51 436 891	-	-	14.0	-
2002	55 844 883	14 956	15	16.7	0.07
2004	74 487 182	13 433	22	14.6	0.15
2006	121 101 156	15 020	32	6.4	0.19
2008 (SO ve AH)	166 553 051 (SO 121 441 948)	16 200	41	1.3	-

Hastane Hizmetleri

Hastane sayısı 2000-2008 arasında %29 artarak 1043'den 1350'ye ulaşmıştır. Hastane yatak sayısı artışı daha düşük oranda (%20) gerçekleşmişse de on bin kişiye düşen yatak sayısı %14 artış ile 23.1'den 26.3'e çıkmıştır. Özel hastanelerin hem sayısının artışı (%53) hem de yatak sayısı artışı (%108) tüm hastanelerdeki artıştan yaklaşık iki kat daha fazla olmuştur. Bu dönemde özel hastanelerin tüm hastaneler içindeki oranı %25.0'den %29.4'e çıkmış, benzer şekilde yatak oranı da %6.4'den %11.1'e yükselmiştir. Ancak yoğun bakım yataklarında bu oran çok daha fazladır; 2008 verileri ile tüm yatakların %11.1'i özelde iken, yoğun bakım yataklarının %31.6'sı, yenidoğan yoğun bakım yataklarının ise %38.2'si özel hastanelerde bulunmaktadır(Tablo 8)



Tablo 8. Yıllara göre hastaneler ve hastane yatakları

Yıllar	Hastane sayısı	Özel hastane sayısı ve tüm hastaneler içindeki payı (%)	Hastane yatağı sayısı	Özel hastane yatak sayısı ve tüm hastane yatakları içindeki payı (%)	On bin kişiye düşen yatak sayısı
2000	1043	261 (25.0)	156 549	10 074 (6.4)	23.1
2002	1155	270 (23.4)	161 219	12 364 (7.7)	23.3
2004	1217	253 (20.1)	187 788	11 774 (6.3)	23.9
2006	1204	331 (27.5)	183 696	15 416 (8.4)	25.1
2008	1350	400 (29.4)	188 065	20 938 (11.1)	26.3
2000-2008 değişim (%)	29	53	20	108	14

Tablo 9. Yıllara göre hastane hizmetleri göstergeleri

Yıllar	Yatan hasta sayısı ve özelde yatan hasta oranı (%)	Ameliyat sayısı ve özelde yapılan oranı (%)	Özelde yapılan büyük ameliyat oranı (%)	Yatak doluluk oranı (tüm yataklı kurumlar) (%)	Özel hastanelerde yatak doluluk oranı (%)	Ortalama kalış gün sayısı	Özel hastanelerde ortalama kalış gün sayısı
2000	5 075 170 9.4	10	-	-	26	-	-
2002	5 508 263 10.1	2 056 005 13	16	61	30	5.3	3.1
2004	6 440 800 10.0	-	-	65	-	-	-
2006	7 764 651 15.7	4 264 403 14	19	64	46	5.1	2.4
2008	9 684 245 24.1	6 081 471 23	24	64	51	4.2	1.9

2000-2008 arası tüm hastanelere yatan hasta sayısı 1.9 kat artmış, özele yatışlarda ki artış ise 4.9 kat olmuştur; tüm yatışların %10'u 2000 yılında özele olurken, bu oran 2008'de %24'e ulaşmıştır. Benzer artışlar ameliyat ve büyük ameliyatların özelde yapılma oranlarında da gözlenmektedir; tüm ameliyatların ve büyük ameliyatların yaklaşık dörtte biri, 2008 yılında, özel hastanelerde yapılmıştır. Bu dönemde özel hastanelerde yatak doluluk oranı iki kat artmasına karşın hala iki yataklarından biri boştur. İki bin sekiz verilerine bakıldığında toplam yatak kapasitesinin onda birine sahip özel hastanelerde, yatan hastaların, toplam ameliyat ve büyük ameliyatların dörtte biri gerçekleşmektedir. Hizmet kullanımı arttıkça ortalama kalış gün sayıları da azalmıştır; hastane yatış oranı, ameliyat ve büyük ameliyat oranı oldukça yüksek olan

özel hastanelerde ortalama kalış gün sayısı %39 azalarak 2 günün altına düşmüştür.



Tablo 10. Kurumlara göre hastane hizmetleri göstergeleri, 2008

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel
Hastane sayıları ve (%)	847 (65)	57 (4)	400 (31)
Yatak sayıları ve (%)	119 310 (70)	29 912 (18)	20 938 (12)
Yoğun bakım yatak sayısı ve (%)	4711 (46)	2541 (25)	2996 (29)
Yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı ve (%)	1710 (46)	587 (16)	1420 (38)
Yatan hasta sayısı ve (%)	5 959 585 (62)	1 386 449 (14)	2 338 211 (24)
Ameliyat sayısı	3 792 953 (62)	904 847 (15)	1 383 671 (23)
Büyük ameliyat sayısı	1 456 036 (60)	383 815 (16)	588 869 (24)
Yatak doluluk oranı (%)	61	84	51
Ortalama kalış gün sayısı	4,4	6,7	1,9
Yatak devir hızı (hasta)	50,0	46,4	101,9
Yatak devir aralığı (gün)	2,8	1,2	1,9

İkibin sekiz yılında hastanelerin %31'i özel hastane iken özel hastane yataklarının oranı %12 ile oldukça düşüktür. Hastane başına düşen yatak sayısı hesaplandığında da en düşük 52 yatak ile özel hastanelerdir; bu sayı SB hastaneleri için 141, üniversite hastaneleri için 525'dir. Başka bir ifade ile çok sayıda olan özel hastaneler az sayıda yatakları ile sağlık hizmeti sunmaktadır, ancak yoğun bakım yatakları olarak ele alındığında farklı bir veri dikkati çekmektedir. Yoğun bakım yataklarının %29'u, yenidoğan yoğun bakım yataklarının ise %38'i özel hastanelerde ve hastane başına düşen yatak sayısı yoğun bakımda 8, yenidoğanda 4'dür. Bu sayılar SB hastaneleri için sırasıyla 6 ve 2'dir; özel hastaneler az sayıda yataklarına karşın çok sayıda yoğun bakım yatağına sahiptir. Ortalama

45 yoğun bakım ve 10 yenidoğan yoğun bakım yatağı ile hastane başına yoğun bakım yataklarının en fazla olduğu kurumlar üniversite hastaneleridir. Yatak sayısı ile uyumlu olmayan başka bir veri de yatan hasta, ameliyat ve büyük ameliyat sayı ve oranlarında görülmektedir. Tablo 10'da her üçü için de toplam uygulamaların yaklaşık dörtte birinin özel hastanelerde gerçekleştiği görülmektedir. SB ve üniversite hastaneleri ile karşılaştırıldığında yatak doluluk oranı en düşük olan özel hastanelerdir. Özel hastanelerde yıl içinde bir yatağı kullanan hasta sayısı çok yüksek (101,9 hasta), ortalama kalış gün sayıları ise çok kısadır (1,9 gün). Bu verilerle özel hastanelerin hasta yükünün fazla olmasına, ameliyat ve büyük ameliyat oranlarının yüksek olmasına karşın daha kısa sürede sonuçlanacak,

daha az sorunlu olguları tercih etmede seçici davrandıkları söylenebilir.

Sağlık Kurumuna Başvuru

Kişi başına yıllık ortalama sağlık kurumu başvuru sayısı 2000-2008 arasında 2.5 kat artmıştır. Aynı dönemde tüm hastanelere kişi başı başvuru 2.4 kat, özel hastanelerde 9 kat artmıştır. İki bin sekiz yılında iki kişiden biri özel hastaneye başvurmuştur. Bu artışın özellikle 2004-2008 arasında olduğu dikkati çekmektedir (2000-2004 arası 1.5 kat, 2004-2008 arası 6 kat artış). Bölgeler arası farklılıklar hizmet kullanımında da görülmektedir. İki bin sekiz yılı verileri ile, kişi başı yıllık sağlık kurumu başvuru sayısı en yüksek olan (Batı Marmara 7.3) bölgede en düşük olan bölgeden (Güneydoğu Anadolu 5.0) 1.5 kat daha fazladır.



Tablo 11. Yıllara ve kurumlara göre kişi başına yıllık başvuru sayıları

Yıllar	Kişi başına yıllık başvuru sayısı			
	Sağlık kurumu	Birinci basamak	İkinci-üçüncü basamak	Özel hastane başvuru
2000	2.4	0.8	1.6	0.06
2002	2.8	0.9	1.9	0.09
2004	3.1	1.0	2.1	0.09
2006	5.0	1.9	3.1	0.22
2008	6.3	2.5	3.8	0.54
2000-2008 değişim	2.5	2.9 kat artış	2.4 kat artış	9 kat artış

Tablo 12. Yıllara göre hemodiyaliz cihazı

Yıllar	Hemodiyaliz cihazı sayısı	On bin kişiye düşen hemodiyaliz cihazı sayısı	Özel sektörde bulunan hemodiyaliz cihazı sayısı ve tüm cihazlar içindeki oranıtısı (%)
2000	4 598	0.7	2 066 (45.0)
2002	5 545	0.8	2 459 (44.3)
2004	7 518	1.1	3 750 (50.0)
2006	9 844	1.3	5 226 (53.1)
2008	13 005	1.8	8 123 (62.5)
2000-2008 değışim (%)	183 artış	157 artış	293 artış

Tıbbi Cihaz

Son dokuz yıl içinde hemodiyaliz cihazı sayısı %183 artmıştır; 2008 yılında on bin kişiye 1.8 cihaz düşmektedir. Ancak bu artış özel kurumlarda çok daha fazla olmuştur ve 2008'de tüm cihazların yaklaşık üçte ikisi özelde bulunmaktadır. Görüntüleme cihazlarının ise, aynı yılda %40'dan fazlası özel sektörde

bulunmaktadır. Tüm sektörlerde bulunan cihaz açısından milyon kişi başına 10.6 BT, 7.3 MR düşmektedir. OECD 2010 yılı sağlık verileri incelendiğinde Türkiye'de 2002, 2006 ve 2008 yılları milyon kişiye düşen BT ve MR sayılarındaki artışının özellikle 2006-2008 döneminde olduğu görülmektedir; bu artış BT için %24, MR için %49'dur(Tablo 12)

Tablo 13. Görüntüleme cihazları sayısı, özel sektördeki oranı ve milyon kişiye düşen cihaz sayıları, 2008

Cihaz	Cihaz Sayısı	Özel sektörde bulunan cihaz sayısı ve oranı(%)	Milyon kişiyedüşen cihaz sayısı
Bilgisayarlı tomografi (BT)	759	329 (43.3)	10.6
Manyetik rezonans görüntüleme (MR)	517	245 (47.4)	7.2

Tablo 14. Bölgelere göre tıbbi cihaz sayıları ve eşitsizlik göstergeleri, 2008

Cihaz sayısı	Hız Oranı (Bölgeler) (tüm cihazlarda)	Hız Oranı (Bölgeler) (tüm cihazlarda)	Hız Oranı (Bölgeler) (özel sektörde bulunan cihazlarda)
Hemodiyaliz cihazı (on bin kişi başına)	Batı Karadeniz 2.36 Güney Doğu Anadolu 0.80	3 kat fazla	10 kat fazla
Bilgisayarlı tomografi (milyon kişi başına)	İstanbul 12.9 Güney Doğu Anadolu 6.7	1.9 kat fazla	2.9 kat fazla
Manyetik rezonans (milyon kişi başına)	İstanbul 9.6 Kuzey Doğu Anadolu 3.2	3 kat fazla	14 kat fazla

İki bin sekiz yılında milyon kişiye düşen cihaz sayıları bölgelere göre farklılıklar göstermektedir; en yüksek bölgedeki sayı en düşük bölgedeki sayıdan 2-3 kat fazladır. Ancak özel sektör ayrı olarak değerlendirildiğinde bu eşitsizliklerin çok daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Özellikle görüntüleme cihazlarında bu sayının en yüksek olduğu bölge İstanbul'dur ve MR görüntüleme cihazı açısından İstanbul'da milyon kişi başına sayı Kuzeydoğu Anadolu bölgesindeki sayıdan 14 kat daha fazladır (Tablo 14).



Anadilinde Sağlık

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre, Türkiye genelinde doğan her 100 bebekten yaklaşık 16'sı düşük doğum ağırlıklı (< 2.5kg) olarak hayata gözlerini açıyor. Bu bebeklerin diğerlerine göre hastalanma ve ölme riskinin çok daha fazla olduğunu biliyoruz. Bununla birlikte, düşük doğum ağırlıklı doğumların çok büyük bir bölümünün önlenabilir nedenlerle ortaya çıktığı da biliyor. Anne adaylarının doğum öncesi bakım alamaması, yeterli ve dengeli beslenememesi ve sık aralıklı doğumlar ile erken yaşta annelik ilk aşamada sayabileceğimizden bazıları. Saydığımız nedenlerin ara ve/veya son nedenler olduğunu da belirtmemiz gerekir. Öncelikle anne adaylarımızın yaşam koşullarının ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve yararlanabilme olanaklarının

toplumsal yaşantıda ait oldukları sınıf ve katmana göre değiştiği belirlemesini yapmalıyız. Bundan sonraki aşamada da ara ve son nedenler olarak eğitim durumu, sağlık hizmetlerine ulaşabilme durumu, sağlık hizmetlerinin sunulduğu dili bilme durumu vb. özellikleri sıralamamız mümkün.

Tablo 15. Annenin ana diline göre beş yaş altındaki çocukların doğumdaki ağırlıkları 2,5 kg'ın altında olanların yüzde dağılımı ve hız oranları, Türkiye 2003

Annenin ana dili	Doğum ağırlığı (< 2.5kg)
Türkçe	13.8
Kürtçe	27.6
Diğer*	24.1
Hız Oranı(K/T)	2.0
Hız Oranı(D/T)	1.7
Türkiye	15.5

*Arapça, Rumca, Yunanca, Ermenice, İbranice, Çerkezce, Gürcüce, Lazca, Rusça, Bulgarca, Romence, Sırpça.

Dünyanın bütün ülkelerinde yurttaşların, mültecilerin, göçmenlerin dili ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin dili ile aynı olmadığı durumlarda sağlık güvencesi kapsamında olsalar bile hizmete ulaşabilme, kullanabilme ve yararlanmanın, aynı olanlara göre olumsuz, kötü durumda olduğunu biliyoruz. Hatta sağlık güvencesi kapsamında olup da, sağlık kurumlarında yaşadıkları nedeniyle o kurumlara gitmektense, kendi dilini konuşanlar tarafından sunulan geleneksel uygulamalardan yararlanmayı tercih etmenin oldukça yaygın olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.

Ülkemizde son yıllarda daha yaygın olarak konuşulmaya başlanan ana dili konusu nedense

Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesi ve Kürtler ile sınırlandırılıyor. Sıklık açısından böyle bir öncelikten bahsetmek mümkün olmakla birlikte ülkemizin her tarafında ve başka dilleri konuşanların da sorunlar yaşamakta olduğunu göz ardı etmememiz gerekiyor. Ülkemizde ana dili Kürtçe ve Türkçe olanlar dışındakilerin de benzer sorunu yaşadıklarını unutmamalıyız.

Öncelikle ana dili sorunu Kürtler için de bölgesel bir sorun değildir. Çünkü ülkenin her yerinde yaşıyorlar. Ülkemizde ana dili Kürtçe olanların sayısı 30 milyon olarak tahmin edilmektedir. Bu sayı, toplam ülke nüfusunun beşte ikisinden daha fazla. Ayrıca Kürtlerin yaklaşık %10-15'inin ve özellikle kadınların ana dillerinden başka bir dil bilmediklerini de anımsatmakta yarar var.

Yukarıda paylaştığımız tablodaki veriler ülke geneli ve ülkemizde konuşulan bütün ana dilleri kapsıyor. Buna göre ana dili Türkçe olan bir anneden dünyaya gelen 100 bebekten 14'ü, Kürtçe olan bir anneden dünyaya gelen 100 bebekten 28'i ve bu iki dilin dışında bir dil olan anneden dünyaya gelen 100 bebekten 24'ü düşük doğum ağırlıklı olarak dünyaya geliyor.

Farklılığı somutlaştırabilmek için hız oranlarını da hesapladık. Buna göre, ana dili Türkçe olan bir anneden doğan her düşük doğum ağırlıklı bebeğe karşılık ana dili Kürtçe olan bir anneden 2.0, bunlar dışındaki dillerden olan bir anneden de 1.7 bebeğimiz düşük doğum ağırlıklı olarak hayata başlamak zorunda kalıyor.

Yaklaşık 50 yıldır ilimize ve bölgemize hizmet veren tek Göğüs Hastanesi konumunda olan Diyarbakır Göğüs Hastalıkları Hastanesi kapatılmıştır.

DIYARBAKIR GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTANESİ NEDEN KAPATILMAMALI;

Diyarbakır ile birlikte çevre 12 ilde (Hakkâri, Van, Bitlis, Batman, Şırnak, Şanlıurfa, Siirt,

Mardin, Tunceli, Bingöl, Muş ve Elazığ) yaşayan yaklaşık 5 milyon nüfus göğüs hastalıkları hastalarına hizmet veren bölgenin tek Göğüs Hastalıkları Hastanesi kaybedilmiş olacaktır. Erzurum ve Adana Göğüs Hastalıkları Hastanesi arasındaki çok geniş bir coğrafyada ihtiyacı karşılayan tek göğüs hastanesi kapatılmış olacaktır.

Türkiye’de, hala ciddi bir halk sağlığı sorunu olan, Tüberküloz ve Tütün kullanımı ile ilgili hastalıklar (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Akciğer Kanseri vd.), bölgenin diğer bölgelere göre kötü olan sosyo ekonomik durumu göz önüne alındığında, tanı ve tedavilerinde ciddi aksamalara yol açacaktır.

141 Yatağı ile, istatistiklerde görüldüğü üzere, yaklaşık %100’ler düzeyinde yatan hasta takibi yapan, bölgenin ve ilin Göğüs hastalıklar yükünü alan, çevre ilçelerden, illerden, hatta Üniversiteden sevk alan, zaten yetersiz olan yatak kapasitesinin planlandığı şekliyle 100 yatak kaybına yol açacak düzenleme ciddi aksaklıklara neden olacaktır. Son 5 yılda, Diyarbakır SSK hastanesinin kapatılmasından sonra, Göğüs Hastalıkları Hastanesi de kapatılarak zaten yetersiz olan yatak kapasitesi daha da azalmış olacaktır. Bir ilin sağlık yönetiminin, hastane yatak kapasitesini talebe cevap verecek şekilde artırmak yerine, göreceli azaltma yoluna gitmesi açıklanması gereken bir husustur. Mevcut düzenleme ile ilimize ve bölgemize hitap edileceği düşünülen, 40 göğüs hastalıkları hastası yatağının tamamı, halen hastanemizde yatarak tedavi gören kronik solunum yetmezliği ve oksijen bağımlılığı olan hasta gurubuna ancak yetecektir. O halde, ya yeni hasta potansiyelini gözden çıkaracağız, ya da solunum yetmezliği olan bu hastaları, ihmal ederek kaderleriyle baş başa bırakma paradoksunu yaşayacağız.

15/03/2010 Diyarbakır Sağlık Meslek Örgütleri Platformu Basın Açıklaması’ndan kısaltarak



SAVAŞIN YIKIMINI İYİ BİLEN SAĞLIK EMEKÇİLERİ “SAVAŞA HAYIR” DİYOR



Savaş/çatışma hali, bir epidemi olarak insanlığı tehdit eden, insanların ve toplumların sağlığını yok eden bir süreci imler. Yoğun insan hakları ihlallerinin yaşandığı bu süreç, sadece askerlerin, silahlı güçlerin ölmesi veya birbirlerini öldürmesi anlamına gelmez. Savaşlarda/çatışmalarda askerlerden daha çok sivillerdir yaşamlarını yitirenler. Doğrudan sivil halka yönelik katliamlar, siyasal cinayetler ve kayıpların yanı sıra; su, gıda ve yaşamsal zorunlu ihtiyaçları karşılayamama ya da salgın hastalıklar veya intihar gibi nedenlerle birçok sivil yaşamını yitirebilmektedir. Sağ kalabilenler ise, bu süreçten fiziksel ve ruhsal büyük yaralar almış olarak çıkmakta; travmalarla baş etmek durumunda kalmaktadırlar.

Çocuklar ve kadınlar savaşın/çatışmanın en büyük mağdurlarıdır. Çocuklar ailelerini yitirmekte, evsiz kalmakta, ölmekte ya da ciddi biçimde sakatlanmaktadır. Mayınlı arazide oynamaya çalışırken mayınlarla parçalanmış çocuk bedenleri hala hafızamızdaki yerini bütün canlılığıyla korumaktadır. Savaştan/çatışmadan kurtulmayı becerebilen çocuklar ise ileriki yaşlarında psikolojik travmaların

gölgesinde bir hayat sürmeye çalışmaktadırlar. Türkiye’de mayın veya el bombası patlaması sonucu ölen, sakat kalan çocuklar, kamuoyunda taş atan çocuklar olarak bilinen Terörle Mücadele Kanunu (TMK) mağduru çocuklar, savaşın/çatışma ortamının kurbanları arasında ilk akla gelen örneklerdir. Kadınlar ise, başta tecavüz olmak üzere cinsel şiddetin hedefi haline gelmektedir. Evlerini ve ailelerini yitiren, tecavüz edilen, zorunlu göç ettikleri yerlerde en düşük ücrete çalışmaya mahkûm edilen kadınlar psikopatolojik sorunlar yaşamaktadır.

Savaşta/çatışmada evlerini kaybeden ve temel gereksinimlerini karşılayamaz hale gelen insanlar göç etmek zorunda kalmakta; mülteci, sürgün durumuna düşmektedir. Savaşın/çatışmanın göçe zorlayarak yersiz yurtsuzlaştırdığı bu insanlar gittikleri yerlerde yoksulluk ve yoksunluk sarmalında, umutsuz bir şekilde hayata tutunmaya çalışıyorlar.

Savaş salt insanları etkilemekle kalmıyor, ekolojik tahribata, diğer canlıların ölümüne de yol açıyor. Bu anlamda insanların sağlıklı bir çevrede yaşama hakkını da ortadan kaldırmış oluyor. Toprağın, ormanın, doğal kaynakların kısaca bütün bir ekosistemin zarar görmesi insanların yeterli ölçüde beslenememesine kimi zaman açlık tehlikesiyle yüz yüze kalmalarına neden oluyor. Gıda yetersizliği birçok fiziksel ve ruhsal rahatsızlığın kapısını aralıyor, salgınlarla ölümlere neden olabiliyor

Diğer yandan savaş/çatışma insanların zihinlerinde sorunları çözmenin tek yolunun şiddet olduğu düşüncesini egemen kılarak müzakerenin önünü kapatan, gündelik yaşamda şiddetin meşrulaşmasına hizmet eden; dolayısıyla insan hakları kavramını beyinlerden söküp atan bir olgudur. Mardin Mazıdağı’nda 7’si çocuk 44 kişinin ölümüyle sonuçlanan Bilge Köyü katliamı şiddetin nasıl olağan hale geldiğinin çarpıcı örneğidir.

Kısacası savaş/çatışma aileleri, toplumları, kültürleri ve ekolojik çevreyi yıkıma uğrattırken halk sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak onarılması güç bir biçimde etkilemektedir. Askeri harcamalar, kalkınma harcamalarından çok daha fazla yer tutmakta,

kaynakların sağlık hizmetleri için kullanılmasını engellediği gibi sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde gerilemeye yol açmaktadır. Sağlık emekçileri ise bu süreçte başka hiçbir meslek grubunda olmadığı kadar bireylerin yaşadıkları travmayı doğrudan hissetmekte, kendileri de travmatik süreçlere maruz kalabilmektedir. Etnik, dilsel, dinsel, mezhepsel, cinsel, siyasal olarak hiçbir ayırım yapmaması gereken sağlık emekçileri meslek ilkeleri ayaklar altına alınmak pahasına muktedirler tarafından ayrımcılık yapmaya, eşit muamelede bulunmaktan imtina etmeye zorlanmaktadır.

Sağlık emekçileri, salt bireylerin hastalıklardan korunması için değil aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığa ilişkin tanımında olduğu biçimiyle onların fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik hali içinde olmaları için çaba gösterir. Bir başka deyişle duygusal, ruhsal, entelektüel, mesleki, toplumsal ve fiziksel olarak tümüyle sağlıklı olma halinin mücadelesini yürütürler. Bu bağlamda insanın ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek, iyileştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için mücadele verenlerin bütün bunların aksi bir ortamı yaratan bir olgu olarak savaşın/çatışmanın karşısında yer almaları kaçınılmazdır.

Savaşın/çatışmadan korunmak, sağlık ve yaşamın korunması temel ilkesine dayanır. Savaş/çatışma bir tür sağlıksız olma halini ifade ettiğine göre, hastalık ve korunma sağlık emekçileri açısından savaş karşıtı mücadelenin temel argümanlarıdır. Sağlık emekçileri barışın korunmasında ve geliştirilmesinde önemli rol oynayan aktörlerden biridir.

Tüm bu nedenlerle sağlık emekçileri aldıkları eğitimin, yaptıkları işin gereği genel olarak savaşın/çatışmanın karşısında bir konum almaktadırlar. Ülkemizde yaşanan çatışmalı ortamın sona ermesini de öncelikle bu nedenle arzu etmektedirler. Bu nedenlerle sağlığın savaş ve barış arasında bir köprü, barışa geçişi sağlayan işlevi nedeniyle; biz sağlık emekçileri gerçek bir rehabilitasyon ve sağlıklı bir gelecek inşası için hükümeti, devlet yetkililerini ve sorumlu kesimleri diyalog esaslı demokratik çözüm için göreve çağırıyoruz.

1/109/2010 Basın Açıklaması

Kaynaklar

- DİE, Türkiye İstatistik Yıllığı 2004, Ankara
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Turkish Population and Health Survey 1988, Ankara
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993,1998, 2003, 2008
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 İleri Analiz Raporu(Ağustos 2005). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
- OECD, Health Data 2010:key indicators
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2004, Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2001, 2003, 2006, Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları Çalışma Yıllığı 2006, Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Health Transition Programme in Turkey 2009, Ankara
- TTB, Türkiye'nin Sağlığı 2000, Ankara
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 İleri Analiz Raporu(Ağustos 2005). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

VIII. İŞÇİ SAĞLIĞI

Çalışma yaşamı ile ilgili hukuksal düzenlemeler, emekçilere net saldırı aracı olarak kullanılıyor. Birçok örnek verilebilir. Bununla birlikte, en ibret verici olanını tercih edeceğiz. 1999 Marmara Depremi'nin haftası tamamlanmadan, işçi kentlerinde bir tane bile fabrika yıkılmazken, emekçilerin, yaşadıkları evlerin enkazları altındaki cesetleri daha çıkartılmadan TBMM Genel Kurulu toplanarak 25 Ağustos 2009 tarihinde, 4447 sayılı, özetle İşsizlik Sigortası Kanunu olarak adlandırabileceğimiz emeklilik yaşını kadınlarda 58, erkeklerde 60'a çıkartan tasarımı yasalaştırdı. Ardından günümüze kadar bütün hükümetler bu duvarı hızla ördüler. Çalışma yaşamı ile ilgili emekçiler tarafından kazanılmış hakların büyük kısmı hükümetler tarafından patronlara iade edildi. Yaratılan koşullar ülkemizdeki çalışma alanındaki düzenlemeleri neredeyse bir asır öncesine taşıdı.



Meslek hastalıklarının tanımlanma süreci ve iş kazaları ile ilgili bildirim sorunları işçi sağlığı ve iş güvenliğinin ülkemizde ne durumda olduğunu görebilmemizi yıllardır engellemeye devam ediyor. Bununla beraber, ölümlü iş kazaları, konunun adli yönü nedeniyle gözlerden kaçırılmıyor. Özellikle son yıllarda kitlesel ölümlü iş kazalarına tanık olmaktayız. Bu bölümde resmi veriler yerine tanıklık ettiğimiz maden kazaları sonucu ölümlerle, Kitlesel Ölümlü İş Kazalarını sıralamaya çalışacağız.

AKP Hükümetleri döneminde maden kazaları sonucunda,

2003 yılında	22
2004 yılında	68
2005 yılında	21
2006 yılında	79
2007 yılında	76
2008 yılında	66
2009 yılında	92
2010 yılında	105

maden işçisinin yaşamı çalıştıkları maden ocaklarında sonlandırıldı.

İş kazaları dünyanın her yerinde önlenabilir kazalar, iş kazalarına bağlı ölümler de önlenabilir ölümler olarak kabul ediliyorken, konunun ülkemizdeki birinci sıradaki sorumlusu tarafından “sürpriz” bir saptama yapıldı;

“Bu mesleğin kaderinde maalesef var. Bu mesleğe giren kardeşlerim de içerisinde bu tür şeylerin olabileceğini bilerek giriyorlar.” Recep T. Erdoğan, Başbakan

Ölenler yalnızca maden işçileri değil. Maden ocaklarında olduğumu gibi tümünün ortak özelliği önlenabilir ölüm nedeni-iş kazası sonucu gerçekleşmiş olmaları.

31 Ocak 2008’de Davutpaşa’da maytap atölyesinde meydana gelen patlama sonucu 20 kişi öldü, 117 kişi yaralandı.

3 Şubat 2011 günü Ankara Ostim’de sabah saat 11.00 sıralarında meydana gelen patlamada 7 işçi oldu, 27 işçi yaralandı. Aynı gün saat 19.30 sıralarında Ostim’de ikinci bir patlama meydana geldi. İkinci patlamada 10 işçi öldü, 14 işçi yaralandı. Her iki patlamada ölenlerin sayısı 17’ye ulaşırken yaralıların sayısı 40’ı aştı.

Kahramanmaraş’ın Elbistan ilçesinde bir termik santralde 4 gün arayla iki ayrı toprak kayması meydana geldi. 6 Şubat 2011 günü meydana gelen ilk olayda 1 işçi ölüyor, 10 işçi yaralandı. 10 Şubat 2011’de ikinci göçük meydana geldi. 1 işçinin yaşamını yitirdiği olayda 9 işçi enkaz altında kaldı. Enkaz altında kalan işçilere olaydan 10 gün sonra bile ulaşılamayınca Almanya’dan özel bir kurtarma ekibi getirildi.

17 Şubat 2011 günü, Batman’da TPAO’ya ait Şelmo Petrol Sahası’ndaki tesislerde gaz sıkışması sonucu meydana gelen patlamada 3 işçi öldü.

2011 yılının Ocak ayında beşi kadın, biri çocuk 49 işçi öldü. 29’u kadın 2’si çocuk 183 işçi de yaralandı.



Kaynaklar

- Anadolu Ajansı, 7 Ocak 2011
- EMEK, Türkiye Genel Hizmetler İşçileri Sendikası Aylık Yayın Organı, Aralık 2010-Ocak-Şubat 2011, Sayı 117.
- <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/8139097.asp>
- <http://www.bursahakimiyet.com.tr/haberDetay.aspx?hid=65509>
- <http://www.izolhaberajansi.com/haber/Elbistanda-Toprak-Kaymasi-3046>
- http://www.evrensel.net/v2/haber.php?haber_id=82655
- <http://www.alevicanlar.net/guncel-olaylar/9145-bile-bile-olum-gonderildiler.html>
- <http://www.aktifhaber.com/toprak-altindaki-isciler-boyle-bulunacak-398689h.htm>
- Petrol-İş, Türkiye Petrol Kimya Lastik İşçileri Sendikası Yayın Organı, Mart 2011.

OSTİM'deki patlamalar kaza değil, iş cinayetidir

Bundan iki gün önce, 3 Şubat Perşembe günü, Ankara OSTİM'de iki ayrı işyerinde meydana gelen patlamalarda, şimdiye kadar belirlenebilenlere göre, en az 18 işçi öldü ve onlarcası yaralandı.

Başta ölen işçilerin aileleri ve yakınlarıyla tüm OSTİM'li emekçiler olmak üzere Türkiye işçi sınıfının başı sağolsun.

Benzer diğer olaylarda olduğu gibi OSTİM'deki patlamalar sonrasında da alanın sorumlu aktörleri, Ankara Valiliği, Ankara Büyükşehir Belediye Başkanlığı, Ankara Ticaret Odası, Ankara Sanayi Odası, OSTİM İdaresi ve ilgili Bakanlıklar olayın gerçek nedenlerine değinmeyen açıklamalarda bulundular.

Ne var ki; ne ölen işçilerin gerçek sayısını ve kimliklerini, ne patlamaların olduğu işyerlerinin ruhsatlı olup olmadığını, ne bu işyerlerinde kaç işçinin çalıştığını, ne bu işyerlerinde çalışanların kayıtlı ve sigortalı olup olmadıklarını, ne bu işyerlerinde görevli işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı bulunup bulunmadığını açıkla(ya) madılar.

Çünkü bilinmiyordu!

Tıpkı üç yıl önce Davutpaşa'daki patlama sonrasında olduğu gibi. Tıpkı Bursa Kemalpaşa maden kazasında yaşandığı gibi. Tıpkı son Zonguldak maden kazasında olduğu gibi.

Tıpkı Türkiye'de her gün üç işçinin ölümüne yol açan diğer "iş kazaları"nda olduğu gibi!

Bütün bu bilinmezlere karşın, patlamaların ardından devlet ortaya çıktı ve ölenlerin yakınlarının acılarına bile hürmet etmeden "OSTİM gözbeğimimizdir", "buradaki modern gelişmeyi gölgelemeliyiz" gibi açıklamalarla kazaları ve sorumlularını savunmaya çalıştı.

Türk Tabipleri Birliği ve Ankara Tabip Odası olarak patlamaların ertesi günü OSTİM'de yaptığımız incelemede de gördük:

OSTİM'de; patlamanın olduğu işyeri gibi yüzlerce işyeri mevcuttur. Ve binlerce işçi bu izbe, havasız, yeterince aydınlatılmayan, hiçbir iş güvenliği önlemi alınmayan işyerlerinde, mevcut tehlikeler ve riskleri konusunda bilgilendirilmeden, gerekli eğitimler yapılmadan, ihtiyaçları olan koruyucu donanımlar kendilerine verilmeden, sigortasız, güvencesiz olarak istihdam edilmektedir.

Çalışanlar daha üzerinde işlem yaptıkları malzemenin ne olduğunu, kendi sağlık ve güvenliklerini nasıl etkilediğini dahi bilmeden çalıştırılmaktadırlar. Oysa kullandıkları kimyasalların Malzeme Güvenlik Bilgi Formları olmalı, bunları okuyabilip, kendilerini koruyabilmelidirler. Kullanılan üretim araçları standartlara uygun olmalı, işyerleri yangın ve patlama güvenliğine sahip olmalı, acil durum planları var olmalıydı.

Çocuk denecek yaşlarda çalışan, okullara gitmek yerine ölüme giden bu insanlar soruyorlar:

-Çalışanların ne kadarı güvenli bir ortamda çalışmaktadır?

-Kaç işyerinde gerekli iş güvenliği tedbirleri alınıyor, kaçında şimdiye kadar bir denetim oldu?

-İşyerlerinde çalışanların hayatı büyük paralarla alınan iş tezgahları kadar bile değerli değil midir?

Bu soruların cevaplarını aslında hepimiz biliyoruz.

4857 sayılı İş Kanunu'nun 77. maddesinde açık bir ifade vardır: "İşverenler işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli hertürlü önlemi almak, araç ve gereçleri noksansız bulundurmakla yükümlüdürler." Bu Yasa ve Yönetmeliği yürütmek de Bakanlar Kurulu ve ilgili Bakanlıkların sorumluluğundadır.

Varolan mevzuat uygulansa başkentte böyle kazalar yaşanmaz, yaşansa da sorumlular derhal belirlenir ve gereken yapılırdı.

Oysa, işçi sağlığı alanının en sorunlu bölümü olan 50'nin altında çalışanı olan küçük işyerlerini kapsayacak ve böylece, çeşitli eleştirilere rağmen, tüm çalışanları kapsayan işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerini tanımlayacak olan yeni iş yasası bile 7 yıldır



çıkartıl(a)mıyor.

Bu adımın atılması gerekirken, sorunların görece daha az yaşandığı büyük işyerlerindeki hizmetin niteliğini değiştiren, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerini dışsallaştıran, taşeronlaştıran düzenlemelerin yapılması, işyeri hekiminin ve iş güvenliği uzmanının eğitimlerini özel şirketlerden alınmasını düzenleyen son yönetmeliklerin yayınlanması süreci olumsuz etkilemektedir.

Hiç kimse OSTİM’de yaşananları kazayla, kaderle açıklamaya çalışmasın.

Ölüm, emekçiler için kader olamaz.

OSTİM’deki patlamalar kaza değil, açıkça iş cinayetidir.

Ve bu iş cinayetlerinin ve emekçi kardeşlerimizin can kayıplarının sorumlusu:

İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerini maliyet arttırıcı gereksiz bir harcama olarak gören, işçileri sağlıksız ve güvensiz ortamlarda ve koşullarda çalışmaya zorlayan patronlardır.

Sahip oldukları siyasi iktidarı ve zamanlarını bütün çalışanların sağlığını ve güvenliğini korumak, geliştirmek için kullanmak yerine işçi sağlığı ve iş güvenliği alanını piyasalaştırmak, özelleştirmek ve böylece sermayeye yeni bir rant alanı açmak için kullanan muktedirlerdir.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

5/02/2011 Basın Açıklaması

IX. NE ÖNERİYORUZ NE YAPMALIYIZ?

Ülke tarihimizin en düşük katılımı (seçmenlerin %23.2'si sandığa gitmedi) seçimlerinden biri olan 3 Kasım 2002'den sonra TBMM'ye giren iki partinin oyları seçmenlerin ancak %40.9'undan oluşurken, seçmenin %26.1'inin oylarıyla koltukların %66'sına sahip olup, hükümet kuran AKP, başlangıçta ne yapacağını şaşırılmış durumdaydı. İçerdeki dengeleri lehine değiştirmek adına emper-yalistlerle pervasız ittifaklar tanımlayarak başladı, halkın irade-sine rağmen üsleri ve hava sahasını kullanarak Irak saldırısına destek vererek devam etti. Ardından da seksenli yıllarda rayına oturtulmaya çalışılan yasal düzenlemeleri hızla gerçekleştiriyor.

Çalışanlardan, yoksullardan, köylülerden topladıkları doğrudan vergiler yetmiyor, Türkiye'de yaşayanlar vergilendirilmiş paralarını harcarlarken de ayrıca vergi vermek zorunda bırakılıyorlar. Son 10 yılda Türkiye bütçesinin ortalama %65-75'ini dolaylı vergilerle oluşturuyorlar. Çünkü patronlardan vergi almıyorlar, rantı, faizi vergilendirmiyorlar. Topladıklarını topladıkları için de harcamıyorlar. Vergi ödemeyenlere dağıtıyorlar. Lafa ve kendi açıkladıkları rakamlara bakarsanız kamunun sağlığa, eğitime vb. sosyal alanlara yaptığı harcamalarda büyük artışlar var. Bununla birlikte, sağlık alanına yönelik olarak yapmış olduğumuz çalışmalar gösteriyor ki doğru söylemiyorlar. AKP Hükümeti döneminde de kişilerin cepten yaptıklarıyla ve ödedikleri primlerden yapılan sağlık harcaması, toplam cari sağlık harcamasının ana kaynağı olmaya devam ediyor ve bunun payı yıllar içerisinde düzenli olarak artıyor. Söylediklerinin ve yazdıklarının aksine AKP Hükümeti sağlık harcamalarını kamu kaynaklarından değil, bizlerin cebinden yapıyor.

Çalışmamızın bütününe dikkate aldığımızda, Türkiye'de sağlık alanında büyük sorunlar yaşandığı ortadadır. Bu sorunların temelinde ekonomi, siyaset kısacası toplumsal yapı, günümüz için kapitalist toplum biçimi bulunmaktadır. Küreselleşen kapitalizmle birlikte bu sorunlar daha da artmıştır. Bu nedenle yaşananlar Türkiye'ye özel değildir. Bu saptamalar önemlidir. Önemlidir çünkü, eğer sorunun kaynağını doğru saptayabilirsek, hem yaşananların değişmez olmadığını hem sorunla mücadelede başarısızlıkların nedenini, hemen değiş(e)meyebileceğini ve bu nedenle umutsuzluk yaşamamamız gerektiğini görebiliriz.

Bununla birlikte, Türkiye düzeyinde sorunu çözebilecek her türlü kaynağa sahibiz. Hem tarihsel deneyimlerimiz, hem parasal kaynaklarımız hem bilgi ve birikimli nitelikli emek-gücümüz, kadrolarımız, hem teknolojik donanım, araç-ge-reç olarak zenginliklerimizle bu sorunu çözebilecek bütün olanaklara sahibiz.

Türkiye'de toplumun sağlığıyla ilgili olumlu bir şey yapmak için öncelikle gelir dağılımındaki eşitsizlikleri azaltmaya, nihayetinde ortadan kaldırmaya yönelik bir siyasi irade gerekmektedir. Ulusötesi sermaye ve kurumları tarafından dayatılan ekonomik, sosyal ve siyasal reçeteleri

reddetmeli, hem komşu ülkelerle hem de kapı komşularımızla barış ve kardeşlik içinde yaşama kararlılığında olmalıyız.

Sağlık özeline gelince; sağlık hizmeti ekip hizmetidir. Ekibin bütün üyelerinin varlığını göz önüne almadan değerlendirme yapmak doğru değildir. Bununla birlikte, uygun teknoloji ve alt yapı olmadan, sadece sağlık emekçilerinin varlığı ile de sağlık hizmeti ne üretilebilir ne de sunulabilir. Türkiye’de hekim sayısının yeterli olup olmadığı tartışması Türkiye’deki diğer sağlık emekçilerinin sayısından, Türkiye’de sağlık emekçisi sayısının yeterli olup olmadığı sağlık hizmetlerinin finansmanı, örgütlenmesi ile hizmet sunum biçiminden kısaca sağlık sisteminden yalıtılmış olarak değerlendirilemez. Veriler açıklıkla ortaya koymaktadır: Sağlık emekçilerinin, özelinde de hekimlerin sayılarının fazla olduğu ülkelerde toplumun sağlığı diğerlerine göre daha iyi değildir.

Türkiye’de sağlık emek-gücü yönü ile sorun sayı değil, istihdam ve dağılımdır. Özellikle hekim dışı sağlık-emekçilerinde işsizlik yıllar içinde artmaktadır. Sağlık emekçilerinin tümünün kamuda, tam süre ve tek işte, insanca yaşanabilir bir ücret karşılığında, grevli, toplu sözleşmeli sendika hakkı ile çalışmasının koşulları sağlanmalıdır.

Sağlıkta eşitsizlikleri daha da artıran, sağlık reformu-sağlıkta dönüşüm programı durdurulmalıdır. Yerine herkes için eşit, ulaşılabilir, parasız, birinci basamak hizmetlerin yaşam ve üretim alanlarında kişi ve çevreye yönelik olarak sağlığı geliştirici ve hastalıkları önleyici hizmetlerle birlikte tedavi hizmetini de sunacak şekilde ekip hizmeti olarak yapıldığı, basamaklı, toplum katılımı, kamusal olarak sunulan bir sağlık sistemini inşa çalışmaları başlatılmalıdır. Hedef, toplumun sağlık

düzeyinin yükseltilmesi olmalı, bunun için de sağlıktaki eşitsizlikler nedenleriyle birlikte ortadan kaldırılmalıdır.

TÜRKİYE’NİN SAĞLIĞI İÇİN TTB ÖNERİLERİ

Temel İlkeler

Eşitlikçi, özgürlükçü, barışçı ve demokratik politikalar,

Zenginliklerin, rantın, faizin de vergilendirildiği ve doğrudan vergilerle oluşan genel bütçe,

Beslenme, barınma, eğitim vb. temel alanlarda asgari düzeyin kamusal olarak sağlandığı toplumsal yaşam,

Toplumun bütününün sosyal güvenlik, özelinde de sağlık güvencesi kapsamında olması,

Toplumsal yaşantının temel üretim ve hizmet alanlarının merkezi olarak ve toplumsal yararlılık önceliği ile planlanması,

Hizmetlerin planlanması, üretimi ve sunumunda toplum katılımının sağlanması

Finansman

Sağlık hizmetleri prime dayalı genel sağlık sigortası yerine, doğrudan vergilerle oluşan genel bütçeden finanse edilmelidir. Hizmet sunumu ile finansmanı birleştirilmelidir. Döner sermaye işletmeciliği kaldırılmalıdır.

Örgütlenme

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmalıdır. Nüfus temelinde örgütlenmeye uygun olarak eksiklikler ivedilikle tamamlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bütün üretim ve yaşam alanlarında kamusal olarak örgütlenmelidir.

Hizmet sunumu

Sağlık hizmet sunumunda sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi tedavi edici sağlık hizmetlerine göre öncelenmelidir. Birinci basamak sağlık kurumlarında kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri entegre olarak, ekip tarafından sunulmalı, dayanışmacı bir anlayışla yapılandırılan birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin bölgesel dağılım ve gereksinimler dikkate alınarak başta kırsal bölgelerde ve büyük kentlerdeki eksiklikleri giderilmeli, en kısa sürede yeterli sayıya ve niteliğe ulaştırılmalıdır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları birinci basamak sağlık kurumlarını destekleyecek biçimde yapılandırılmalıdır. Teknolojik donanım tıbbi endikasyon ve hasta sayısı dikkate alınarak planlanmalı, bölgesel farklılıklar en kısa sürede ortadan kaldırılmalıdır.

Emek-gücü

Sağlık emekçileri tam süre ve tek işte, iş güvenceli çalışmalıdır. Esnek istihdam kaldırılmalıdır. Ücretlendirme, hizmetin üretimi için gerekli nitelik ve deneyim de dikkate alınarak insanca yaşamı sağlayacak, geçim kaygısı yaratmayacak düzeyde olmalı, emekliliğe de birebir yansımalıdır. Sağlık emekçileri grevli, toplu sözleşmeli sendika kurma hakkına sahip olmalıdır. Çalışma saatleri nöbetler dahil haftada 35 saati geçmemelidir. Çalışma koşulları sağlık emekçilerinin sağlığını bozmayacak biçimde yeniden düzenlenmelidir. Sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının sağlıklı birimleri, doğrudan demokrasi uygulamasını sağlayacak biçimde kurulmalıdır.

Sağlık emekçilerinin eğitimi

Sağlık emekçilerinin tümünün eğitimi asgari lisans eğitimi düzeyinde olmalıdır. Müfredatlar toplumun gereksinimleri, evrensel bilgi ve meslek mensuplarının eşitlikçi toplumsal değerlere sahip insan olmalarının sağlanması dikkate alınarak yeniden düzenlenmelidir. Sağlık hizmetini üretenlerin hem kendi aralarında hem de hizmeti kullananlarla (sağlıklı ve hasta yurttaşlarla) arasında temelde hiçbir çıkar çatışması olmadığı kavratılmalıdır. Kısaca, toplum tabanlı ve topluma dayalı eğitime geçilmelidir. Mezunlar için tam istihdam sağlanmalıdır. Ara emek-gücü kullanımından vazgeçilmelidir.

Türkiye’de hekim sayısı da diğer sağlık emekçilerinin sayısı da genel olarak yeterlidir.

Tıp fakülteleri ve diğer sağlık okulları hem eğitici hem de fizik alt yapı yönünden gerekli standartlara sahip olmadıkça eğitim durdurulmalıdır. Standartların geliştirilmesine çaba gösterilmelidir.

İlaç ve aşı

Aşı ve ilacın kamusal olarak üretimi ve dağıtımını planlanmalıdır. Jenerik ilaç uygulamasına geçilmelidir. İlaçtan katkı payı alınması kaldırılmalıdır. İlaç ve mamalar eczane dışında satılmamalıdır. Aşılar birinci basamak sağlık hizmet sunum birimlerinde yapılmalıdır.

Tıbbi teknoloji

İthalatı zorunlu olan ileri teknolojik cihazlar için merkezi planlama ve envanter çalışması en kısa sürede gerçekleştirilmelidir. Dağılımdaki bölgesel eşitsizlikler düzeltilmeli, endikasyon dışı kullanımları engellenmeye yönelik önlemler alınmalıdır.

İnsanlığın Pür Meali ve Yitirilmek İstenen: Umut

*“...Büyük insanlığın toprağında gölge yok/...
ama umudu var büyük insanlığın /
umutsuz yaşanmıyor.*

Nazım Hikmet, 7 Ekim 1958, Taşkent.”

Eski Farsça ve eski Arapça iki kelimedenden de yararlanıp yazdığımızda “insanlığın pür meali”nin, Türkçe kelimelerle yazmaya çalışırsak da “insanı insan yapan, insanın doğasını oluşturan niteliklerin tümünün sonucu”nun ya da komünist Nazım’ın “büyük insanlık”ının bugün ne durumda olduğunu sormanın zamanı geldi de geçiyor bile.

Dünya tarihinin son birkaç yüzyılının en büyük doğa felaketi 26 Aralık 2004 tarihinde, Güney Asya’da gerçekleşti. Olayın yaşandığı bölge uluslararası sermayenin yatırımları olan ve dış turizmi hedefleyen otellerin, tatil köylerinin bulunduğu bir coğrafyaydı. Bu tesislerin, yörenin ekolojik özellikleri dikkate alınmadan, sahilin, tropikal ormanların yok edilmesi pahasına yalnızca para kazanmak için, kar için yapıldığı biliniyordu.



Bölgede olay sırasında bulunanların önemli kısmı da başka ül-

kelerden gelmiş turistlerdi, kendi topraklarında olanlar ise gelenlerden çok farklıydılar ve tatilcilere hizmet etmekle, eğlendirmekle “yükümlü”ydüler.

Bu yaşantı “insanlığın” gözleri önünde yıllardır sürerken bir gün okyanus altındaki büyük bir depremin ardından oluşan dev dalgalar kimi yerlerde bir saati de aşan sürelerden sonra çoğu ada, bu kara parçalarına ulaştı. Yer sarsıntısından sonraki 2-3 saat içinde ikiyüzelli-binden fazla insan hayatını kaybetti. Haberdar olduğumuzda yüreğimiz yandı. Yüzbinleri aşan ölümler, yetimler, tarumar olmuş evler, yerleşim yerleri gazete ve ekranlarda günlerce yer aldı.

Ama sormadan edemedik. Uzayda o kadar uydusu olan, dağ başındaki kurdun, kuşun bile her hareketini izleyebilen teknolojiye sahip olduğunu söyleyip, “insanlığa” gözdağı veren emperyalist ülkelerin yöneticileri ve “bilim insanları” olaydan daha dev dalgalar oluşmadan, sahile vurmada haberdar oldukları halde bu bilgiyi zamanında paylaşmadılar. Neden? Paylaşmaları için para mı ödenmesi, bilginin satın alınması mı gerekiyordu?



Dev dalgalar, doğal yapı bozulduğu için kıyıda çok içerdeki yerleşim yerlerine dahi ulaştı. Hatta, tropikal ormanların derinliklerindeki “çağdaş ilkel kabileleri” bile vurdu. Onlar da o toprakların diğer insanları gibi başlarının çaresine bakmak zorunda kalırken, hemen

hepsi Kuzey Avrupalı turistler korku ve panik halinde bölgeyi terk etmeye çalıştılar. Ancak “çoğu beraberinde getirdiği tatil kıyafetlerini de bavullarında geri götürme çabası içinde”. Bırakmak, geride kalanlarla hiç değilse giysilerini paylaşabilmek dahi “akıllarına gelmeden”.



Bir grup da felaketten kısa bir süre sonra, henüz cesetlerin önemli bir kısmı toplanmamışken, cesetlerin yüzdüğü sulara tatile gittiler. Cesetlerin arasında yüzüp, eğlenmek, tatil yapmak için. Bunlara ek olarak felaketin büyüklüğünü yüzbinlerce insanın ölümü yerine borsalara etkisiyle değerlendirenleri/ölçenleri de unutmamak gerekir

Yukarıdaki örnek, Türkiye’de de bugün geldiğimiz durumu tanımlayıcı özellikte. Bununla birlikte ülkemizdeki tarihsel süreci kısaca da olsa paylaşmalıyız. Yetmişli yıllarda bu topraklarda yaşayanlarda, farklı bir umut ve heyecan vardı. O yıllarda toplumun geniş kesimleri ve diğer sağlık emekçileri ile birlikte hekimler de ülkede üretkenler açısından kötü gidişi değiştirebilecekleri ve öznesi insan olan günlük yaşantıyı kurabilecek olmanın umudunu yoğun olarak taşıyorlardı.

Aradan geçen otuz yılı aşan süre içerisinde pek çok şey yaşadık. Önce bir asker darbesi ile toplumu üzerinden buldozerle geçmiş gibi ezdiler, yurtseverleri, aydınları, sosyalistleri zindanlara kapattılar. Ama on-

larda biliyordu ki yalnızca fiziki müdahale yeterli olmaz; “kafaların içini de ezmek, boşaltmak, hafızaları da silmek” gerekiyor. Önce kişileri, ardından da toplumu kendi yazdığı tarihini anımsayamaz hale getirmek şart. O zamanlar üyelerinin çoğunluğunun emek-gücünü satmak zorunda olanlar-ücretliler olduğunu da çağrıştıran Demokratik Kitle Örgütü olarak adlandırılan meslek örgütlerinden bir tanesi olan TTB’nin de kapısına diğerleriyle birlikte zincir vuruldu. Baskıcı, egemenlerin varlığını mutlaklaştırmayı hedefleyen anayasal ve yasal düzenlemeler yapıldıktan sonra yeniden açılma izni verildiğinde, artık buralar sivil toplum örgütü olmaya da kapı aralamaya başlamışlardı. Çoğumuz için yeniydi, kulağa hoş geliyordu. Sorgulamadan, değerlendirmeden dilimize yerleştirdik. Meslek örgütleri ve sendikalar sivil toplum örgütü olmayı kabul ettikçe, devlete/hükümete karşı, patronların ve tüccarların örgütleri ile birlikte “ortak” haklarını savunmak için bir araya gelir oldular. Sanki dünya değişmiş, patronla üretkenlerin çelişkisi ortadan kalkmış gibi. Yaşam alanlarımızı değiştirdiler, yaşam biçimlerimiz de değişti, dilimizi değiştirdiler düşüncemiz, algımız da değişti. Bizdik “ben” olduk, yarınlara içindik “bugüne” haps olduk.

Bu örnek bize özgü değil tabii ki. Birçok ülke örneğinin yanı sıra, tüm dünya insanlarını aynı anda hedef alanları da var. Mart 2003 tarihinde Irak’a saldıran emperyalistler, kendilerini bütün dünyaya “Koalisyon Güçleri” diye tanımlıyordu, hem biz hem de başka ülkelerin insanları bunu da dilimize kısa sürede yerleştirdik. Sanki bu saldırı güçlerinin %90’ı ABD, %9’u İngiltere ve %1’i de Avustralya’nın paralı askerleri değil de, dünya ülkelerinin pek çoğunun katılımı ile oluşturulmuş gibi. Bir defa daha anladık ki dilimizle birlikte bilinçler de değişmiş. Yoksa dilimizde bu kadar hızlı ve kolay değişim mümkün değil. Diktatörü devirip, Irak halkına “özgürlük” getireceğini söyleyenlerin aslında halka rağmen Irak’a yerleşen, Mezopotamya’daki insanlığın ortak tarihi ile ilgili buluntuları yağmalayıp ülkelere kaçırarak, yaklaşık 300 milyar varillik petrol rezervine el koymak isteyen işgalciler olduğu sağır sultan tarafından da anlaşıldı artık. Maalesef dememiş miydik, demeye gerek kalmadı.

Seçimlere giren siyasi parti ve/veya adayların bu tabloyu benimseme ya da değiştirme seçeneklerinden hangisini tercih ettikleri kadar değiştireceğini söyleyenlerin dayanak alacakları dinamik ve hedefleri de önemlidir.

Hekimlerin, sağlık çalışanlarının "işin" mutfağında yer alanlar olarak 2011 yılında giderek artan dirençleri ve karşı çıkışları bu anlamda umut vericidir. Bu çıkışların düne ait olumsuz ne varsa bırakan, olumlu değerlere kıskançlıkla sahip çıkarak yarına taşıyan ve halkın gereksinimlerine yanıt oluşturacak bir sistemde kendini tanımlaması beklentimizdir.

Türk Tabipleri Birliği bu beklentinin gerçekleşmesi için mücadele etmeyi meslek etiğinin olmazsa olmaz bir parçası olarak görmektedir.

ISBN 978-605-5867-42-3



9 786055 867423



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 Faks: (0 312) 231 19 52 - 53
e-posta: ttb@ttb.org.tr http://www.ttb.org.tr