

Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?

Kayıhan Pala

Şubat 2007, Bursa



Doç. Dr. Kayıhan Pala'nın "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?" başlıklı çalışması 2006 Örsan Öymen Anısına Yılın inceleme Ödülü'nü aldı. Prof.Dr.Gençay Gürsoy'un başkanlığında, Doç.Dr.Tevfik Bedirhan Üstün (yazman), Prof.Dr.Turgay Atasü, Altan Öymen, Prof.Dr.Yakut Irmak Özden, Prof.Dr.Tunçalp Özgen, Osman Ulagay ve Prof.Dr.Saadet Ülker'den oluşan Seçiciler Kurulu 26 Nisan 2007'de yaptığı değerlendirme toplantısında Doç.Dr.Kayıhan Pala'nın yapıtını "kapsamı ve sunuşu, mevcut sistemi irdelemesi, politika geliştirmesi" nedeniyle ödüle değer buldu.

Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?

Kayıhan Pala¹

Giriş

Cumhuriyetin kuruluşundan sonra, Türkiye’de sağlık politikalarını altı dönemde incelemek olanaklıdır (Fişek, 1991):

1. I.Dönem: Refik Saydam ve ondan sonraki CHP Hükümetleri (1923-1945),
2. II.Dönem: Behçet Uz’un CHP Hükümetinde bakan iken önerdiği plan,
3. III.Dönem: Demokrat Parti Dönemi (1950-1960),
4. IV.Dönem: Milli Birlik Komitesi Hükümeti (1960-1961),
5. V.Dönem: 1962-1980 yılları arasındaki uygulamalar, ve
6. VI.Dönem: Milli Güvenlik Kurulu (MGK) ve ANAP dönemi.

MGK’dan sonra ANAP ile başlayan dönemin, ANAP’ın iktidardan ayrıldığı 1990 sonrasında da sağlık politikaları açısından izlediği hatta her hangi bir değişiklik olmadığı için, Fişek’in sınıflamasına ek yapmaya gerek olmadığı kanısındayız.

Türkiye’de sağlık sistemini “reform” adı altında değiştirmeye yönelik girişimler esas olarak 1980 yılı sonrasında gündeme getirildiği için; bu yazıda Türkiye sağlık sistemi, ağırlıklı olarak 1980 sonrasında uygulamaya konulan neoliberal sağlık politikalarının izdüşümünde değerlendirilecektir.

Sağlığı Etkileyen Bileşenler

Sağlık , Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan yola çıkılarak , sağlığı korumak, geliştirmek, hastalananları tedavi etmek ve sakatlananları esenlendirmek amacı ile sunulan hizmetlerin tümü “sağlık hizmeti” olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve esenlendirici hizmetler olmak üzere üçe ayrılır. Ne yazık ki, sağlık hizmetleri denildiğinde akla ilk gelen “tedavi edici hizmetler” olmakta; asıl üzerinde durulması gereken koruyucu hizmetler arka plana itilmektedir.

Sağlık en temel insan hakkıdır. Sağlığın ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırımı gözetilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak olduğu uluslar arası bir belgede ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün anayasasında yer almıştır.

Sağlığın bir hak olması ve yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi her hangi bir etmene bağlı olmaksızın kişiye sağlanması zorunluluğu hükümetlere önemli bir sorumluluk yüklemiştir ve bu sorumluluk 1948 yılında İnsan hakları Evrensel

¹ Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi.

Bildirgesi'nde "tıbbi bakım alma hakkı" olarak tanımlanmıştır. Hükümetler, kendi halklarının sağlığından sorumludur.

İkinci dünya savaşının hemen ardından sağlığın bir hak olarak kabul edilmesi, hatta daha da ileri gidilerek sağlık hizmeti almanın bir hak olarak kabul edilmesi aslında rastlantısal değildir. Bir yandan savaşın yaşattığı acıları azaltmak zorunluluğu, diğer yandan iki kutuplu dünyada, sosyalist ülkelerin sağlık hizmetlerindeki başarısı merkez kapitalist ülkeleri sağlık hizmetleri ile ilgili kapsamlı önlemler almaya yöneltmiştir.

Hekimlik uygulamaları Hipokrattan yirminci yüzyılın ortasına kadar geleneksel biçimiyle, hasta olan kişilere tedavi edici sağlık hizmeti sunulması biçiminde sürmüştür. Ancak;

- Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel bir insan hakkı olarak kabul edilmesi,
- Buna bağlı olarak sağlığı korumanın öncelik kazanması,
- Toplum içinde hekime başvurmayan hasta sayısının başvurulardan çok oluşu ve
- Kişilerin sağlık davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan sağlık eğitiminin hekimlikte çok önemli bir girişim olduğunun anlaşılması

geleneksel hekimlik uygulamalarının yerine "Çağdaş hekimlik" kavramının geçmesine yol açmıştır.

Çağdaş hekimlik, sağlığın korunması ve geliştirilmesini temel alan bir yaklaşımdır. Sağlığın en temel insan hakkı olmasından yola çıkarak, çağdaş bir sağlık sistemi, "Herkes, her zaman ve her yerde" sağlık hizmeti sunulmasını sağlamalıdır.

Çağdaş hekimlik uygulamaları hem insanların yaşam kalitesini yükseltmesi hem de sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmesi bakımından bireyler ve hükümetler için çok uygun bir yaklaşım olmakla birlikte, sağlıktan büyük paralar kazanan çokuluslu sermaye açısından uygun bir yaklaşım değildir. Şirketlerin kârını azaltır. Bu nedenle özel sektörün baskısı, dünyanın pek çok ülkesinde çağdaş hekimlik uygulamalarının sözde kalmasına; sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmeti sunulması biçimine dönüşmesine yol açmıştır. Özellikle ilaç, tıbbi malzeme ve yüksek tıp teknolojisinin neredeyse tümüyle çokuluslu şirketlerin tekelinde bulunması, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamaların önünde büyük bir engel oluşturmaktadır.

Hastalıkların en önde gelen nedeni yoksulluktur. Yoksulluk başta beslenme yetersizliği ve uygun olmayan barınma koşulları olmak üzere pek çok yönüyle sağlığı olumsuz etkiler. Eğitimsizlik, çalışma ortamı ve koşulları, yaşam biçimiyle ilgili

sorunlar (aşırı kilo, hareketsiz yaşam vb.), alışkanlıklar (Sigara vb.), çevresel sorunlar (Hava, su, toprak, gürültü ve elektromanyetik alan kirliliği, güvensiz gıda tüketimi vb.) ve genetik özellikler de sağlığı etkileyen etmenler arasında yer alır. Yaygın anlayışın aksine, sağlık hizmetleri, toplumların sağlığını etkileyen etmenler arasında en ön sırada yer almaz. Sağlık hizmetlerine erişememek önemli bir sorun olmakla birlikte, toplumların sağlığını asıl olarak gelir dağılımı ve sosyo-ekonomik eşitsizlikler etkilemektedir. Bir başka deyişle, bir toplumda sağlık hizmetlerinin mükemmel yakın bir biçimde sunulması, toplumun sağlık durumunu sanıldığından daha az olumlu etkiler. On dokuzuncu yüzyılın sonlarından itibaren dünyadaki ölümler farmakolojik ürünler ile tıbbi teknolojinin gelişiminden çok önce, başta sanitasyon (Fiziksel çevre koşullarının sağlığa uygun hale getirilmesi) ve beslenme olmak üzere halk sağlığı alanındaki gelişmelere bağlı olarak dramatik bir biçimde azalmıştır (Pala,2004).

Epidemiyolojik çalışmalar toplumların sağlık durumlarını etkileyen en önemli etmenin yaşam biçimi olduğunu göstermektedir. Yaşam biçimini etkileyen en önemli etmenler ise gelir ve eğitimidir. Toplumların sağlık durumlarını etkileyen diğer etmenler çevresel etmenler, sağlık hizmetleri ve genetik yapıdır.

Türkiye'nin İktisadi Yapısı

Türkiye'nin iktisadi yapısı 1980 sonrası için Boratav tarafından iki ayrı bölümde incelenmektedir (Boratav, 2005): Sermayenin karşı saldırısı dönemi (1980-1988) ve uluslar arası finans kapitalin egemenliğine sancılı geçiş dönemi (1989-2002). 1980'li yıllar, bir bütün olarak emek gelirlerinin safi hasıla içindeki paylarının gerilediği; ancak hem görece olarak, hem de mutlak anlamda büyüyen artık kitlesinin paylaşımında ticari ve mali sermaye ile rantiyeler tabakaların sanayicilere göre, bilinçli politikaların da etkisiyle, çok daha avantajlı bir konuma getirildiği bir dönem olarak nitelendirilebilir. Bu yıllarda ekonominin gelişme doğrultusuna burjuvazinin yatırımcı öğeleri değil; aracı, tüketici ve paraziter öğeleri damgasını vurmuştur. 1980'de başlayan iktisat politikası yönelişleri, ana hatlarıyla, 1989-2002 yıllarına da damgasını vurmuştur. Bu dönem yerli ve yabancı finans kapital ve rantiyeler ikilisi bakımından "altın yıllar"dır. Ancak finansal kriz dönemleri, yerli bankaların batmasına, yüksek devalüasyon nedeniyle yabancı rantiyelerin TL plasmanlarından büyük kayıplara uğramalarına da neden olabilir. Dönemin sancılı geçiş olarak adlandırılmasının temel nedeni budur. Ne var ki kriz koşullarına uyum sağlama yeteneği bakımından da sermaye grupları farklılaşmıştır. Finansal krizlerin maliyeti son tahlilde Türkiye toplumunun tümü, öncelikle de emekçi katmanları tarafından üstlenilecektir. Krizden sakınma esnekliğinden tamamen yoksun olan tek sınıf işçi sınıfıdır (Boratav, 2005).

Türkiye, 2001 yılında yaşanan finansal/iktisadi krizi dış borçlanma ve spekülâtif büyüme aracılığıyla aşmaya yönelmiştir. Bu süreçte ulusal ekonomi yüksek reel faiz-düşük kur fiyatlamasına dayalı son derece hassas bir denge üzerinde yapılandırılmıştır. "Bıçak sırtı"na dayalı ve özünde istikrarsız olan bu tür spekülâtif büyüme, yüksek işsizlik, yüksek borçlanma ve dışa bağımlı sanayileşme özellikleri taşımaktadır. Söz konusu büyüme sürecinin ne derece istikrarsız ve sürdürülemez bir yapıda olduğu 2006'nın Mayıs ayının ikinci yarısında başlayan finansal çözülme süreci ile kendisini göstermiştir. Türkiye'nin dış borçları 2001 yılında 113,6 milyar dolardan, 2005'te 170,1 milyar dolara çıkmış, yani toplam 56,4 milyar dolar artış göstermiştir. Bu artışın 21,6 milyar doları kamu, 43,8 milyar doları da özel sektörün borçlanmasından kaynaklanmış ve bu dönemde Merkez Bankası 8,9 milyar dolarlık borç ödemesi gerçekleştirmiştir. Türkiye'nin 2001 sonrası dönemde dış borçlarındaki esas artış özel sektör kaynaklıdır. Bu durum ulusal ekonominin kırılganlığını arttırıcı son derece tehlikeli unsurları beraberinde taşımaktadır. Türkiye'de uygulanmakta olan yüksek reel faiz politikası doğrudan doğruya IMF programının bir uzantısıdır. Söz konusu politika hedefleri ile asıl amaçlanan, Türkiye'nin uluslararası finans şebekesine yüksek faiz sunan bir *Yükselen Piyasa Ekonomisi* olarak, bir ucuz ithalat cenneti ve yüksek borçlu bir ülke konumuna getirilmesidir. İktisadi büyümesinin kaynaklarını konjonktürel nitelikli sıcak para girişlerine dayandıran bu proje, aslında dışa bağımlı bir ekonomi yaratma projesi olup, bu proje sayesinde bir yandan da ülkenin Tüpraş ve Erdemir gibi stratejik nitelikli kamu kaynaklarının yerli ve uluslar arası sermayeye yok pahasına devredilmesinin şantajını da gerçekleştirmektedir (Yeldan, 2006).

Türkiye, yeni dünya düzenine ve onun ekonomik altyapısını oluşturan yeni-liberalizme ve globalizme en erken ve en ileri düzeyde uyum sağlayan ülkelerden biri olmuştur. Türkiye'nin bugün yaşamakta olduğu büyük sorunlar ya doğrudan doğruya yeni dünya düzeninin bu topraklara ithaline, ya da yeni dünya düzeninin bu coğrafyanın tarihsel mirasıyla etkileşiminin yarattığı çelişkilere bağlanabilir (Savran,1998).

Ulusal Gelirin Paylaşımı

Son çeyrek yüzyıl boyunca, büyüme hızının üçüncü dünya ülkelerinin çok büyük bir bölümünde önceki çeyrek yüzyıla göre düştüğü ve gelir dağılımının emekçilerin aleyhine, sermaye sınıflarının lehine dönüştüğü, tüm ciddi araştırmaların ortaya koyduğu olgulardır. Neoliberal politikaların bölüşüm sonuçları, işsizliğin artması, reel ücretlerin verim artışlarının gerisinde seyretmesine, hatta çoğu kez gerilemesine yol açmış; kırsal dünyada topraksızlık artmış; küçük ve orta köylülere

dönük destekleme politikalarının kapsamı gerilemiş; devletin sosyal alanlara dönük harcamaları daralmış; "kamu hizmeti" nitelendirilmesiyle parasız sunulan pek çok alanda, "kullananın bedel ödeyerek yararlanması" ilkesi yaygınlaşmıştır. Temel (birincil) bölüşüm ilişkilerindeki dönüşümlerin nihai bilançosu, böylece, açık seçik olarak emek aleyhine, sermaye lehine gerçekleşmiştir (Boratav, 2004). Türkiye'de bu dönüşümden payına düşeni almıştır.

Türkiye'de gelir bölüşümü konusu her zaman gündemde olan ve tartışma konusu yapılan bir alandır. Ancak gelir bölüşümünde varolan olumsuz durum, özellikle 1980 sonrasında uygulanan ekonomik ve sosyal politikalarla daha olumsuz bir noktaya gelmiştir. Türkiye'de gelir dağılımının 1980 yılı öncesi ve sonrasında izlediği seyire göz atıldığında; özellikle 1980'li yıllarda giderek daha eşitsiz bir duruma gelinmiş olması dikkat çekici bir noktadır. Gelir bölüşümü eşitsizliği 1980'li yıllara kadar temelde köykent ayrımı içinde kalmıştır. Buna, bir yandan tarımda çalışan büyük kitlenin kent çalışanlarına oranla düşük emek verimi elde etmesi, diğer yandan da tarım topraklarının dağılımındaki dengesizliğe dayanan tarım içi bölüşüm eşitsizliği sebep olmuştur. Ancak 1987 yılından sonraki dönemde yeni bir aşamaya geçilerek, bir taraftan iç ticaret hadlerinin tarım aleyhine dönmesi gelir dağılımı bölüşümünde bu kesimin aleyhine bir sonuç doğurmuş, diğer taraftan uygulanan politikalar sonucu toplumun orta kesimini oluşturan ücretli-maaşlı kesim, reel gelirlerinde meydana gelen aşınma sonucu alt gelir dilimlerine düşmüştür. Başka bir ifadeyle Türkiye, tarımda emek ve küçük sermaye ile çalışanlarla, salt emekle çalışanlar yani işçiler ve memurlar aleyhine gelir bölüşümünün giderek bozulduğu bir sürece girmiştir. Kişi başına gelir düzeyinin düşük olduğu bir ekonomik yapıda, gelir dağılımının bozuk olması bölgesel yoksulluk sorununu da beraberinde getirmektedir (DPT,2001). Gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadele, ekonomik ve sosyal açıdan Türkiye'nin gündeminde öncelikli bir yere sahip olarak açıklanmaktadır (DPT,2004).

Dünya Bankası'nın kullandığı yoksulluk sınırıyla ilgili bir ölçeğe göre (*Dünya Bankası, yoksulluk sınırıyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde, 1993 yılı uluslar arası fiyatlar bazında düzeltilmiş satın alma gücü paritesine göre bu ölçeği kullanmaktadır*) Türkiye'de 2000 yılında, günde 4,30 ABD dolarından az geliri olanların oranı %39,1 ve günde 2,15 ABD dolarından az geliri olanların oranı %10,3'tür (World Bank, 2005). Kuşkusuz, Dünya Bankası tarafından tüm dünyada günde 1 dolardan az (Mutlak yoksulluk) ve günde 2 dolardan az (Görelî yoksulluk) geliri olmanın sınır olarak alındığı bir yoksulluk saptama yönteminin benimsenmesi eleştiriye açıktır. Böyle bir yöntem, bir yandan yoksullarla ilgili toplumsal katmanları

sınırlamakta, diğer yandan da yoksulluğun sınıfsal konumunu ve kapitalizmle ilişkisini örtmeye çalışmaktadır (Hamzaoğlu,2004).

Gelir dağılımını değerlendirmekte kullanılan ölçütlerden biri olan Gini katsayısı, Dünya Bankası tarafından 2000 yılı için 0,404 olarak açıklanmaktadır (World Bank, 2005). Oysa DPT Gini katsayısını 2003 yılı için 0,42 olarak açıklamaktadır. DPT'ye göre 1994 Hanehalkı Gelir Dağılımı araştırmasında Türkiye geneli için 0,49 olan Gini katsayısı, 2002'de 0,44'e ve 2003 yılında 0,42'ye düşmüştür (DPT,2004). Bu durum DPT tarafından "gelir dağılımında bir düzelme eğilimi" olarak yorumlanmakla birlikte; Gini katsayısı ile ilgili son yıllarda açıklanan sayıların yöntemle ilgili sorunlar nedeniyle kuşkuyla karşılandığı unutulmamalıdır (Sönmez,2004; Boratav,2006). Kuşkunun temel nedenini son yıllarda gerçekleştirilen hane halkı gelir dağılımı araştırmalarında hanelerin toplam gelirin GSYİH'nin çok altında çıkması oluşturmaktadır. Örneğin 2002 hanehalkı gelir dağılımı araştırmasında, kapsanan gelirlerin toplamı milli gelirin yalnızca %43'üne eşit olarak hesaplanmış, şirket karları gibi dışarıda kalan gelir türleri hesaba girmemiştir (Boratav,2006).

Nüfus

2003'te Türkiye'nin nüfusu yaklaşık olarak 71 milyon olarak tahmin edilmektedir. Nüfusun %66'sı kentlerde yaşamaktadır. 60 yaş ve üzerindeki nüfusun oranı %8,2'dir. Türkiye'de nüfus artış hızı 1993-2003 yılları arasında %1,6 olarak gerçekleşmiştir (WHO,2006). Türkiye nüfusunun 2030 yılında yaklaşık 90 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Kocaman,2002).

Sağlık Durumu

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetin toplumun sağlığı üzerine etkileri bakımından ciddi eşitsizlikler vardır. Bir başka deyişle ülke düzeyinde farklı sınıf, topluluk veya coğrafi bölgeye dahil olanlar arasında sağlıklı olma potansiyeline erişme bakımından önlenebilir fırsat eşitsizlikleri bulunmaktadır. Bunun yanında benzer eşitsizlikler sağlık hizmetlerinde kaynakların oluşumu-bölüşümü noktasında da bulunmaktadır. Türkiye sağlık sektörü ile ilgili tartışmanın ana eksenini sağlıktaki eşitsizlikler oluşturmaktadır (TTB,1992).

Türkiye'deki sağlık durumu, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da gelirin eşit olmayan biçimde dağılımı, hızlı kentleşme ve sağlık bakımı sistemindeki yetersizlik nedeniyle "kötü" olarak tanımlanmaktadır (WHO,2004).

Türkiye sağlık düzeyi bakımından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisindedir. Bütün annelerin üçte ikisinden az bölümü doğum öncesi bakım almakta ve üçte birinden az bölümüne de tam doz tetanos toksin enjeksiyonları verilebilmektedir. Ortalama olarak 5 doğumdan sadece 2'sinde (%40) doktor hazır bulunmaktadır. En

yoksul kesimdeki kadınların sadece %11,6'sı, buna karşılık en zengin kesimdeki kadınların %72,3'ü kontrollü doğum yapmaktadır (Sağlık Bakanlığı,2003).

Beş yaşın altındaki çocuklarda temel ölüm nedeni enfeksiyon hastalıklarıdır. 25-44 yaş arasındaki erişkinlerde temel ölüm nedenleri kalp hastalıkları ve kazalar, 45-64 yaş arasındakilerde ise kalp hastalıkları ve sigara içmeye bağlı solunum rahatsızlıklarıdır (WHO,2004). Ölüm nedenleri, Türkiye'nin içinde yer aldığı gelir grubunun özelliklerinden daha kötü gelir grubundaki ülkelerle benzerlik göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, 2003 yılında doğumda beklenen yaşam ümidi erkeklerde 68, kadınlarda 73 yıldır. Aynı yıl için 5 yaşın altındaki çocuklarda ölüm hızı binde 43 olarak tahmin edilmektedir. 2002'de bebek ölüm hızı binde 36'dır. Anne ölüm hızı 2000 yılı için WHO-UNICEF-UNFPA tarafından yüz binde 70 olarak açıklanmaktadır (WHO, 2006).

Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların yetersizliği, kamunun önemli oranda sağlık hizmetlerinin finansman ve üretiminden çekilmiş olması, kaynakların bölgeler ve hizmet türleri arasında eşitsiz ve istenmeyen biçimde dağıtılmış olması gibi sorunlar, Türkiye'nin siyasal, ekonomik, sosyal sorunlarıyla birleştiğinde ortaya oldukça olumsuz bir halk sağlığı tablosu çıkmaktadır. Avrupa ülkeleri içinde çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke Türkiye'dir. Komşu ülkeler içinde (Irak dışında) çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke de yine Türkiye'dir. Türkiye, gelirini sağlık alanına yatırmadığı için çocukları ve bebekleri ölmektedir. Kişi başına ulusal geliri Türkiye'den düşük olan 38 ülkenin çocuk ölüm hızı Türkiye'den daha düşüktür. Türkiye'nin, dünya ülkeleri içinde sağlık sıralamasındaki yeri, gelir sıralamasındaki yerinden 51 basamak daha aşağıdadır (TTB,2002).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın (UNDP) 2006 yılı raporunda insani gelişme endeksi sıralamasında Türkiye 92.sırada yer almaktadır. Bu veri 2004 yılına ilişkin sıralamayı göstermektedir. Oysa Türkiye 2002 yılında insani gelişme endeksi sıralamasında 88.sırada yer almaktaydı. Türkiye'nin sıralamadaki yeri yıllar geçtikçe kötüleşmektedir. UNDP 2004 yılı için Türkiye'nin performansını -22 olarak açıklamaktadır. Bir başka deyişle, Türkiye mevcut kişi başına düşen geliriyle insani gelişme endeksi sıralamasında 70. sırada yer alması gerekirken, ne yazık ki 92. sırada yer almaktadır. Üstelik örgütün 2005 yılı raporunda Türkiye'nin performansı -18 iken; performans düzeleceği yerde giderek kötüleşmektedir. Türkiye ile benzer geliri olan çeşitli ülkelerde doğumda beklenen yaşam ümidi ve bebek ölüm hızı değerleri Tablo 1'de verilmektedir (UNDP,2006).

Tablo 1’de de görüleceği gibi, her iki cinsiyetin birlikte ele alındığı doğumda beklenen yaşam ümidinde, Türkiye benzer gelir diliminde olduğu ya da kendisinden daha az geliri olan bir çok ülkeden daha kötü durumdadır. Söz gelimi, yaklaşık aynı gelir düzeyine sahip Panama’da aynı gün doğan insanlar Türkiye’den 6,1 yıl daha fazla yaşama ümidiyle dünyaya gözlerini açmaktadır. Türkiye’nin kişi başına düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasılasının (GSYİH) yarısından azına sahip olan Suriye’de bile doğumda beklenen yaşam ümidi ülkemizden 4,6 yıl daha fazladır. Aynı durum bebek ölüm hızı verilerinde de ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de canlı doğan her bin bebekten 28’i yaşamını yitirirken, Bulgaristan’da bu sayı yalnızca 12’dir. Üstelik UNDP Sağlık Bakanlığı’nın bildirdiği bebek ölüm hızı olan binde 28’i referans olarak kullanırken; Türkiye’deki bebek ölüm hızı CIA tarafından binde 39,7 olarak tahmin edilmektedir (World Factbook,2007).

Tablo 1. Çeşitli ülkelerde doğumda beklenen yaşam ümidi ve bebek ölüm hızı değerleri

Ülke	İnsani gelişme endeksi sırası	Kişi başına GSYİH (Satın alma gücü paritesine göre, dolar)	Doğumda beklenen yaşam ümidi (Yıl)	Bebek ölüm hızı (Binde)
Bulgaristan	54	8078	72,1	12
Panama	58	7278	74,7	19
Romanya	60	8480	71,3	17
Bosna-Hersek	62	7032	74,1	13
Libya	64	7570	73,4	18
Makedonya	66	6610	73,7	13
Kolombiya	70	7256	72,2	18
Venezüella	72	6043	72,8	16
Arnavutluk	73	4978	73,7	17
Lübnan	78	5837	71,9	27
Çin	81	5896	71,5	26
Ekvator	83	3963	74,2	23
Filipinler	84	4614	70,2	26
Ürdün	86	4688	71,2	23
Tunus	87	7768	73,1	21
Türkiye	92	7753	68,6	28
İran	96	7525	70,2	32
Suriye	107	3610	73,2	15

Kaynak: UNDP, 2006.

Türkiye’de insanların daha fazla ölmesi, sağlıksız olması rastlantısal değil, tercihtir. Öyle ki bölgeler arasındaki eşitsizlikler giderildiğinde, bir başka deyişle paylaşımdaki eşitsizlikler biraz olsun azaltılabildiğinde, bebek ölümlerinin %23’ünün,

postneonatal bebek ölümlerinin %56'sının , çocuk ishallerinin %27'sinin, beslenme bozukluklarının %38'inin, sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumların %51'inin, doğum öncesi bakım alamamanın %56'sının, gebeliğe karşı yöntem kullanmamanın %51'inin ve tam aşılanamamanın %8'inin engellenebileceği ortadadır. Engellenmesi "yeni" tercihleri beklemektedir (Belek ve Hamzaoğlu, 2000).

Türkiye'de genel olarak on bin kişiye 25 hastane yatağı düşmektedir. Ancak bu konuda büyük bir eşitsizlik vardır ve on bin kişiye düşen yatak sayısı 3-60 arasında değişmektedir (WHO,2004). Türkiye'de hastane ve yatak sayıları 1980'den günümüze bir yandan artarken, diğer yandan da özel sektörün ağırlığını artıracak biçimde değişim geçirmiştir. Toplam yataklı tedavi kurumu sayısı (Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar dışında) 1980'de 869 iken, bu sayı 2005'te (Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar da içinde olmak üzere) 1198'e çıkmış; yatak sayısı da aynı yıllarda 98.758'ten 192.685'e yükselmiştir. 1980'de özel hastanelerin yataklı tedavi kurumu sayısı içindeki oranı %8,63 iken, bu oran 2005'te %22,37'ye yükselmiştir. Özel sektörün yatak oranı da bu değişimle birlikte %2,19'dan, %6,40'a yükselmiş bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları).

Türkiye'de Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de sağlık hizmetleri, Cumhuriyetin kuruluşundan 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. Önceleri yasalarla düzenlenen ve siyasi iktidarlarca ana niteliği değişmeden ama ayrıntılarda farklı biçimlerde verilen bu hizmet, 1961 Anayasası hükümleri içinde devletin sunması gereken bir kamu hizmeti olarak tanımlanmıştır.

Türkiye'de çağdaş hekimlik uygulamalarına geçişin en önemli adımı, 1961 yılında kabul edilen " 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile atılmıştır. Bu Kanun;

- Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu,
 - Birinci basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını,
 - Koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini,
 - Kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini,
 - Halk ile bütünleşmeyi ve
 - Kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini getirmektedir. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'dan bazı maddeler şöyle sıralanabilir:
- Sağlık hizmetleri ücretsizdir (Madde 1 ve 14).

- Kamuda çalışan hekimler özel hasta bakamazlar (Madde 3 ve 4).
- Sağlık örgütü il içinde genel yönetimden bağımsız olacaktır (Madde 2).
- Sağlık hizmetleri (Kamu) Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında tek elde toplanacaktır (Madde 8 ve 30).
- Hekimlere ödenecek ücret sözleşme ile saptanacaktır (Madde 26).
- Yansız ve adil bir atama, yer değiştirme ve yükselme yöntemi uygulanacaktır (Madde 24).
- Bir bölgede gerekli altyapı sağlanmadan, malzeme, personel vb sağlanmadan, o bölgede yasa uygulamasına başlanmayacaktır (Madde 17).

1963-1965 yıllarında başarıyla uygulanan Sosyalleştirme Yasası, 1966 yılından başlayarak bugüne kadar başarısız bir uygulama biçimine dönüştürülmüştür (Fişek,1983). Bunun temel nedenlerini şöyle sıralamak olanaklıdır:

- Bazı sağlık bakanları ve bunlara bağımlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulanması gereğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.
- Başta sağlık ocakları olmak üzere sağlık evleri ve hastaneler donanım ve insan gücü açısından desteklenmemişlerdir.
- Nüfusa göre sağlık evi, sağlık ocağı ve hastane açma ilkesine uyulmamıştır.
- Hekim ve hekim dışı sağlık insan gücü fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemişlerdir.
- Sevk zinciri kurulamamıştır.
- İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersiz kalmıştır.
- Hizmet için verilmesi Kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Araç, gereç ve ilaç sıkıntısı her zaman büyük sorun olmuştur.
- 1960'lı yıllarda nüfusun yaklaşık % 70'i kırsal alanda , % 30'u kentsel alanda yaşamakta olduğundan sosyalleştirme yasası kırsal alanda yaşayanların sağlık sorunlarını önceleyen bir anlayışla hazırlanmıştır. Bu oran, sanayileşmenin etkisiyle giderek değişmiş ve 1990'lı yılların sonunda kırsal alanda yaşayanlar yaklaşık % 35'e düşmüş , kentsel alanda yaşayanlar ise yaklaşık % 65'e yükselmiş olmasına karşın, sosyalleştirme yasasında kentsel alanda yaşayan insanların gereksinimlerini karşılamaya dönük düzenlemeler yapılmamıştır.

1961'den bu yana , Sosyalleştirme Yasası'nın ve ilgili yönetmeliklerin bazı maddeleri uygulanmamış, bazıları da değiştirilmiştir. Hekimlerin tam süre çalışma

zorunluluğunun 12 Eylül 1980'den sonra kaldırılması değişikliklere örnek olarak gösterilebilir.

Bir yandan desteklenmeyerek ve uygulanmayarak çökertilen, diğer yandan da kıyasıya eleştirilen, yetersiz olduğu öne sürülen 224 sayılı yasa; aslında Türkiye'nin sağlık alanındaki temel gereksinimlerini karşılamak açısından oldukça iyi tasarlanmış bir yasadır. Üniversitelerin yönetimindeki eğitim ve araştırma bölgeleri deneyimi, 224'ün sağlık hizmeti sunmadaki yeterliliğini gözler önüne sermesi bakımından önemlidir. Türkiye'de sağlık hizmetleri ile ilgili olarak eğitim ve araştırma bölgesi kurulması düşüncesi 1960'lı yılların başlarına rastlamaktadır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Bakanlar Kurulu tarafından 17 Ağustos 1964 tarihinde kabul edilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik"te sağlık bölge başkanlıkları, sağlık bölge başkanları ve eğitim ve araştırma bölgeleri tanımlanmıştır. Türkiye'de ilk olarak Hacettepe Üniversitesi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı işbirliğiyle 1965 yılında Etimesgut'ta bölge kurulmuş, bunu 1975 yılında Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesi izlemiştir. Türkiye için 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun'un son derece uygun bir model ve uygulanabilir bir yasa olduğu da başta Etimesgut ve Çubuk olmak üzere, aralarında Gemlik ve Narlıdere'nin de bulunduğu Türkiye'nin çeşitli yerlerinde kurulan Eğitim ve Araştırma Bölgeleri'yle kanıtlanmıştır.

Sağlık Reformları

Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56.Maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet "herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini" düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir. 1980 askeri darbesinden sonra, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim; hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlanması olmuştur. Küresel kapitalizmin 1970'li yıllarda başlattığı sağlıkta neoliberal dönüşüm, Türkiye'de ilk ipucunu 1982 Anayasası ile vermiş, önceleri "reform" adıyla anılan bu yaklaşım geçtiğimiz yirmi yıl içinde devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelecek bir sağlıkta özelleştirmenin de habercisi olmuş ve 58. ve 59. hükümetlerle birlikte 2002 yılı sonrasında özelleştirme girişimleri daha güçlü bir biçimde yaşama geçirilmeye başlanmıştır.

Dünyanın tek kutuplu bir biçim almasından sonra, kapitalist dünyada sağlık artık fiilen bir hak olmaktan çıkarılmış, "Parası olanın parası kadar satın alabileceği" bir meta biçimine dönüştürülmüştür. Türkiye'de de 1980'den sonra yürütülen sağlık politikaları önce 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın uygulanmamasına odaklanmış ve bununla birlikte sonuç olarak kamu sağlık hizmetleri çökertilmiştir. Çökertilen sağlık hizmetleri nedeniyle 224 sayılı Yasa suçlanarak gündeme getirilen "Sağlık Reformları"nın ne sağlıkla ne de reformla ilgisi vardır. Büyük bir reform olarak sunulan Genel Sağlık Sigortası'nın yürürlüğe konması bile tek başına, Türkiye'de sağlık alanında yaşanan eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açabilir.

Bugün Türkiye'de sağlık alanı serbest piyasanın egemenliğine terk edilmek istenmektedir. Ancak sağlığın temel bir insan hakkı olması ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü nitelikleri, sağlık hizmetlerinin serbest piyasanın egemenliğine bırakılmasının yanlışlığını gözler önüne sermektedir. Bu yanlışlığı anlamak için sağlık hizmetlerinin kendine özgü kimi niteliklerinin irdelenmesi uygun olacaktır:

1. *Sağlık hizmeti tüketimi raslantısaldır.* Sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı kolayca öngörülemez. Özel sektör doğası gereği "maksimum kâr" için çalışır. Kâr yönelimli bir sağlık yatırımcısı, yatırım yapacağı sağlık kuruluşunun kendisine ne kadar para kazandırabileceğini önceden bilmek ister. Bunun için "piyasa" araştırması yapar ve "Kâr" getirisinin yüksek olmadığı yere/sektöre yatırım yapmaz. Çünkü sermaye sahibi için önemli olan elindeki para ile ne kadar para kazanabileceğini bilmek ve yatırımını "en kârlı" alana yöneltmektir. Bu durumda, yatırım yapılacak sağlık kurumu sermaye sahibine diğer sektörlerden (Faiz, rant, diğer yatırım alanları vb) serbest piyasanın sağladığı kârdan daha fazlasını getirme potansiyeline sahip olmalıdır. Bu nedenle sermaye sahipleri bir yandan kâr getirisi olasılığı yüksek olmayan yörelere sağlık yatırımı yapmazken, diğer yandan da yatırım yaptığı coğrafi alanda maksimum kâra ulaşmak için "Arzın talep yaratması" adıyla bilinen bir uygulamaya yönelebilir. Bu uygulama çeşitli yollardan toplumu etkileyerek (Korku, panik, moda, vb.) gereksiz sağlık hizmeti istemi yaratılması yoluyla aslında gereksinim duyulmayan bir sağlık hizmetinin sunulması ve elbette bu hizmetten kâr elde edilmesi anlamına gelmektedir. Kötüye kullanılan check-up uygulamaları ve gereksiz yere sık yinelenen çeşitli laboratuvar tetkikleri bu konuda örnek olarak gösterilebilir. Bir yöreye sağlık yatırımının yapılmaması, o yörede yaşayanların sağlık hizmeti almaktan yoksun bırakılmalarına yol açar; bu nedenle sağlık hizmetlerinin özel sektörün insafına bırakılması olanaklı değildir. Devlet sağlık

hizmeti sunmak zorundadır. Sağlık hizmeti sunumunun gereksiz sağlık hizmeti istemi yaratması ise sağlık hizmetlerinin maliyetinin artmasına yol açar ve hem cepten harcamalar yoluyla aile bütçelerine hem de kamu bütçesine fazladan ve gereksiz bir yük getirir.

2. *Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz.* Sağlık hizmetlerinin özel sektöre bırakılması, aynı zamanda kişilerin sağlık hizmetini almasını para ya da sağlıkla ilgili güvenceye sahip olma önkoşuluna bağlamaktadır. Oysa sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konamaz; sağlık hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez ve bu özellik sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerden biridir. Sağlık hizmeti alması gereken bir hastaya parası ya da sağlıkla ilgili güvencesi yok diye sağlık hizmeti verilmemesi, sağlığın temel bir insan hakkı olduğu kabulünü yok sayar.

3. *Sağlık hizmeti ertelenemez.* Diğer üretim ve hizmet sektörlerinde kişinin gereksinimini karşılaması için para biriktirmesi ya da her hangi bir maddi karşılık bulması beklenebilmektedir. Ancak gerek acil durumlarda gerekse rutin uygulamalar için sağlık hizmetlerinin ertelenmesi kişinin sağlığını olumsuz etkileyebilir ve yaşamının geri kalan kısmında kişinin sağlıksız olmasına, sakat kalmasına ya da yaşamını yitirmesine yol açabilir. Bu nedenle kişinin gereksinim duyduğu zamanda ve her hangi bir etmene bağlı olmaksızın (Para ya da sağlıkla ilgili güvence gibi) sağlık hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır. Bunun yolu devletin sağlık hizmeti sunmasından geçmektedir.

4. *Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim saptar.* Sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet alanlarından ayıran bir diğer önemli özelliktir. Diğer üretim ve hizmet sektörlerinde çoğunlukla ürünü satın alan ya da hizmeti alan kişi hangi ürünü alacağına ya da hizmeti nasıl ve ne kadar alacağına kendisi karar verir. Oysa sağlık hizmetleri alanında hizmetin ne zaman, nasıl ve ne kadar verileceğine hizmeti alan değil, hizmeti sunan karar verir. Bilgi asimetrisi denilen bu durum sağlık hizmetleri için zorunlu bir uygulama olmakla birlikte; kâr yönelimli sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için kötüye kullanıma çok açık bir uygulamadır. Aslında gereksinimi olmadığı halde hastaya tetkik yaptırılması ve ilaç yazılması, gereksiz yapılan operasyonlar ve özellikle hastanelerde gereksiz yere hastaların yatırılması sağlık hizmetlerinin kötüye kullanılmasına örnek olarak gösterilebilir. Araştırmalar geri kalmış ülkelerde reçetelere yazılan ilaçların %25'inden fazlasının gereksiz yazıldığını göstermektedir.

5. *Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.* Üretim ve hizmet süreçlerinde arzu edilen çıktı sermaye sahibini maksimum kâra götüren bir ürün ya da alınan bir hizmettir. Oysa sağlık hizmeti sürecinde çıktı, maksimum kâra çevrilemeyen nitelikte bir sonuçtur; kişi iyileşir, sakat kalır ya da hiç istenmeyen bir sonuç olarak yaşamını yitirebilir. Bu nedenle sağlık hizmeti çıktısı aslında paraya çevrilemez, pazarlığı da yapılamaz. Burada üzerinde önemle durulması gereken bir nokta, sağlık hizmeti sürecinin çıktısının kar getirici bir yönelimle ele alınması durumunda; yaşamın değerinin parasal karşılığının kişinin sosyo-ekonomik durumuna göre belirlenebileceği ve bu olasılığın yoksullar ve dezavantajlı grupların sağlığını olumsuz etkileyebileceğidir. Aslında paraya çevrilmesi olanaklı olmayan sağlık hizmeti çıktısı, bu durumda, parası olanlara parası kadar sağlık hizmeti sunulan bir aygıtın sıradan bir hizmet süreci çıktısına rahatlıkla dönüşebilir.

Yukarıda sıralanan sağlık hizmetinin kendine özgü niteliklerinin tümü, son yıllarda sağlık hizmeti alan kişilere "müşteri" denilmeye çalışarak, sağlık hizmetlerini tümüyle alınıp satılabilen ticari bir metaya dönüştürme girişimiyle birlikte ele alınmak zorundadır. Bu girişimin arka perdesinin başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları ve toplumla paylaşılması gerekmektedir.

Kapitalist sistemde müşteri "parası olan" ve parası kadar alış veriş yapabilme özelliğine sahip olan kişi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmeti alması gereken kişiye "Müşteri" dendiği zaman ortaya çıkan iki önemli sonuç şudur:

1. Bu durumda parası olmayan sağlık hizmeti alamaz,
2. Parası olan da ancak parasının satın alma gücüne uygun olan hizmeti satın alabilir.

Kolayca görüldüğü gibi, sağlık hizmeti alması gereken kişilere "müşteri" denilmesi, sağlığın temel bir insan hakkı olmasını engeller; "sağlık" ancak parası olanların sahip olabildiği bir mal/hizmet biçimine dönüşür. Bu konuda verilebilecek en iyi örnek ABD'de uygulanan sağlık hizmetleri sistemidir. Kişi başına ulusal gelirin otuz bin doların üzerinde olduğu ve dünyadaki kişi başına en yüksek sağlık harcamasının yapıldığı ABD'de (Yaklaşık 4500 dolar) hastalara "müşteri" gözüyle bakıldığı için yaklaşık 48 milyon kişi sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır.

Son yıllarda ülkemizde de hastalara ısrarla "müşteri" denilmeye çalışılmakta ve özel sektörün bazı temsilcileri tarafından müşteri sözcüğü "iyi hizmet almayı hak eden kişi" olarak tanımlanmaya çalışılarak bir polemik yaratılmaktadır. Üzücü olan bu söyleme Sağlık Bakanlığı'nın da katılmasıdır. "Müşteri"nin kapitalist sistemde tanımı bellidir ve hizmet alırken "karşılığında ücret ödeyen kimse" olduğu akıldan

çıkarılmamalıdır. Sağlık eğer "en temel insan hakkı" olarak kabul ediliyorsa, parası ya da sağlıkla ilgili güvencesi olsun olmasın herkesin sağlık hizmeti alabilmesinin sağlanması gerekmektedir.

Türkiye'de sağlık sektörünü açık Pazar ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk girişim 1987'de kabul edilen "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu"dur. Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlamakta, kamu hastanelerinin kendi işletme ve personel politikalarını ortaya koyabilmelerine olanak sağlayacak düzenlemeleri içermektedir. Kanunun kritik bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, halen yürürlükte olmakla birlikte bu yasa uygulamaya konulamamıştır (Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, 2002). 1990'lar Türkiye'de özel hizmet sunan sağlık kuruluşları sayısında hızlı artış ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir "Pazar" olarak gelişmesinin yaşandığı yıllar olmuştur (WHO,2004).

1980 sonrasında hükümetler tarafından önceleri "sağlıkta reform" adıyla dillendirilen neoliberal sağlık politikaları, gerçekleştirilmeye çalışılan işin aslında bir reform değil "deform" olduğunun başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere çeşitli demokratik kitle örgütleri tarafından kamuoyuna deşifre edilmesinin ardından, 58.Hükümetle birlikte ad değiştirilerek, ancak aynı içerikle "Sağlıkta dönüşüm" adıyla yine toplumun karşısına çıkarılmış bulunmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm" adını verdiği programın temel ilkelerini şöyle açıklamaktadır (Sağlık Bakanlığı,2003):

- İnsan merkezlilik,
- Sürdürülebilirlik,
- Sürekli kalite gelişimi,
- Katılımcılık,
- Uzlaşmacılık,
- Gönüllülük,
- Güçler ayrılığı,
- Desantralizasyon, ve
- Hizmette rekabet.

Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan bu ilkeler irdelendiğinde; "Sağlıkta Dönüşüm"ün temel yaklaşımının sağlık finansmanının bir sigorta sistemi ile sağlanması, Bakanlığın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ve sağlık hizmetlerinin özel sağlık sektörü tarafından sunulması olduğu anlaşılmaktadır.

Bakanlık "Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri" başlığı adı altında nasıl bir yol izleyeceğini de açıklamaktadır (Sağlık Bakanlığı,2003):

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi;
 - Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği,
 - Etkili, Kademeli Sevk Zinciri,
 - İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri,
- Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü,
- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları,
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon,
- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma;
 - Ulusal İlaç Kurumu,
 - Tıbbi Cihaz Kurumu,
- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Bakanlık, dönüşüm programı uygulama sürecini dört aşamaya ayırmaktadır. İlk aşamada kavramsallaştırmaktan söz edilmekte, bunu yasaların çıkarılması aşamasının izleyeceği açıklanmaktadır. Bakanlığa göre, daha sonra kontrollü yerel uygulamalar ile sistemlerin işleyen ve işlemeyen tarafları görülecek, ardından son aşamada programın Türkiye geneline yaygınlaştırılması gerçekleştirilecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi: Gerçekte Ne Yapılıyor?

Sağlıkta Dönüşüm Projesi incelendiği zaman, sağlık sistemini oluşturan üç temel alana müdahale etmenin hedeflendiği anlaşılmaktadır: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu.

1.Sağlık hizmetlerinin örgüt yapısı değiştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yapılan müdahale ile 1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa ile getirilen çağdaş örgütlenme ilkeleri terk edilmekte; yerine, serbest piyasa ekonomisinin "Sunu/İstem" dengesi getirilmektedir. Topluma "Hekim seçme özgürlüğü" olarak tanıtılan bu uygulamanın içinde pek çok sorunu barındırdığı bilinmektedir. Bu sorunlardan başlıcalarını şöyle sıralamak olanaklıdır:

a) *Sağlık hizmetine erişim kısıtlanmaktadır.* Son yıllara kadar, yurttaşına para, sağlıkla ilgili sosyal güvence ya da başka her hangi bir özellik sormaksızın sağlık ocaklarında ücretsiz olarak hizmet sunan devlet anlayışı terk edilmektedir. "Gökte Allah, Yerde Sosyalizo" yerini, "Cepte Para"ya bırakmaktadır. Sağlıkta Dönüşümün örgüt yapısı, birinci basamağın özelleştirilmesi biçiminde kurgulanan bir aile hekimliği modeline dayanmaktadır. Bu modelde bireyin aile hekiminin

muayenehanesinden içeri girebilmesi için en başta prim borcunun olmaması, ya da asgari ücretin üçte birinden daha az gelirin olduğu kanıtlanabilmesi gerekmektedir. Üstelik bireyin sağlık hizmetine erişebilmesi için priminin kendisi ya da devlet tarafından ödenmesi de yetmeyecektir. Ek olarak hizmetten yararlanma aşamasında kullanıcı ödentisini de ödemesi gerekmektedir.

- b) *Dar bölgede sağlık hizmeti sunma anlayışı terk edilmektedir.* Belli bir coğrafi alanda sağlık hizmeti sunmak yerini, bireyin seçimine bağlı coğrafi özellikleri olmayan hizmet sunmaya bırakmaktadır. Türkiye'nin her yanına dağıtılmış sağlık ocakları kapatılmakta, yerine ülkemiz için uygun olmayan bir "aile hekimliği" modeli getirilmektedir. Burada iki temel sorunun ortaya çıkabileceği öngörülmelidir. Birincisi epidemiyolojik olarak toplumun sağlık sorunlarını ölçmek ve değerlendirmek zorlaşmakta; özellikle bulaşıcı hastalık salgınları ve olağan dışı durumlara karşı etkin savaşımında başat rolü olan kamu sağlık kuruluşları yok edilmektedir. İkincisi, bireyin hizmete ulaşması ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması açısından eşitsizliklerin artması kaçınılmaz olacaktır. Coğrafi alanda sağlık kuruluşu zorunluluğu yerine, kar maksimizasyonu odaklı ve "Sunu/istem" dengesine göre açılıp/kapanabilen sağlık kuruluşlarının tercih edilmesi, özellikle yoksul ve dar gelirli yurttaşların sağlık hizmetlerine erişmesinin önünde engel oluşturacaktır.
- c) *Temel sağlık hizmeti odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışı terk edilmektedir.* Dönüşüm sürecinde sağlık hizmetlerinin örgüt yapısının değiştirilmesinin toplum açısından en sıkıntılı boyutunu, temel sağlık hizmeti yönelimli sağlık hizmeti sunma anlayışının yok edilmesi oluşturulacaktır. Bir yandan sağlık ocakları kapatılarak, son birkaç yıl öncesine kadar yaklaşık kırk yıl boyunca yurttaşın çat kapı rahatlıkla içerisine girebildiği kamusal alanlar yok edilmekte; diğer yandan da seçenek olarak toplumun önüne, yalnızca temel teminat paketi içerisinde yer alan ayakta tedavi edici hizmetlere odaklanmış bir aile hekimi modeli çıkarılmaktadır. Bu modele göre, ancak primini ödeyen yurttaş aile hekiminin karşısına çıkabilecektir. Bu örgüt yapısı içerisinde üreme sağlığı uygulamalarına bile ne kadar yer verileceği açıklık kazanmış değildir. Sosyalleştirme döneminde, özellikle risk gruplarının evde izlenmesi yaklaşımı ile, toplumun ayağına götürülen sağlık hizmeti anlayışından vazgeçilmekte; yerine başvuruya dayalı tedavi edici hizmet ön plana çıkarılmaktadır.
- d) *Birinci basamakta ekip anlayışı yok edilmektedir.* Çağdaş sağlık hizmetleri ile geleneksel sağlık hizmetlerini birbirinden ayıran önemli özelliklerden birisi, çağdaş sağlık hizmetlerinin ekip anlayışı içerisinde sunulmasıdır. Oysa geleneksel sağlık

hizmeti sunma yaklaşımında ekip anlayışı yoktur; hizmet sunumu hekime, hatta uzman hekime odaklanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm, çağdaş sağlık hizmeti sunumu yaklaşımını reddederek, "aile sağlığı elemanı" kavramıyla geleneksel sağlık hizmeti sunma yaklaşımını geri getirmektedir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 2.maddesinde aile sağlığı elemanı "*Aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanı*" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan temel sağlık hizmetleri ekip üyelerinin lisans eğitimi sonunda edindikleri mesleki ünvanlarının yok sayıldığı anlaşılmaktadır. Bu yaklaşım bir yandan hekim dışı sağlık çalışanlarını değersizleştirirken; bir yandan da sosyalleştirme sırasında her birinin görev tanımlarının ayrıntılı olarak yapıldığı ebe, sağlık memuru gibi tıp mesleklerini yok etmektedir. Birinci basamakta ekip anlayışının yok edilmesi, ekip üyelerinin her biri tarafından sunulan hizmetlerin toplumla buluşmasının önünde de engel oluşturabilir.

2005 yılında Düzce'de başlatılan aile hekimliği pilot uygulamasının bazı olumsuz sonuçları şimdiden ortaya çıkarılmış olmasına karşın (PHD,2005;TTB,2006;PHD,2006), Sağlık Bakanlığı bu sonuçları konunun uzmanları ile değerlendirmek yerine; pilot uygulamayı yurt çapında yaygınlaştırmayı sürdürmektedir. Bu yaklaşım, yeni uygulamayı toplumun gereksinimlerini karşılayacak en iyi biçime dönüştürmekten çok; yangından mal kaçıran gibi, olumsuz sonuçları ne olursa olsun aile hekimliği uygulamasına geçilmek istendiğinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

2.Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigorta sistemi benimsenmektedir. Finansmana müdahale projenin "Olmazsa olmazı" diye tanıtılan en sıkıntılı bölümüdür. Çünkü prim toplamaya dayalı bir genel sağlık sigortası (GSS) kurulmaya çalışılmaktadır. GSS temel olarak üç bileşenden oluşmaktadır: Temel teminat paketi, prim ve kullanıcı ödentisi.

a) **Temel teminat paketi (TTP):** TTP yurttaşın yararlanabileceği sağlık hizmetinin kapsamını belirleyen belge olarak adlandırılabilir. Başka bir deyişle, güvence altına alınan sağlık hizmetlerinin kapsamı belirlenmektedir. Elbette bu belirleme, bir "kısıtlama" ile birlikte. Dünya Bankası "Sağlık hizmetleri temel hizmetler paketi çerçevesinde sunulmalıdır" diyerek dönüşümün rotasını belirlemiş durumdadır (Dünya Bankası,2002). TTP'nin vurgulanması gereken en önemli özelliği, sağlık hizmeti kapsamının gereksinimi karşılamaktan uzak olması nedeniyle, kişilerin "Ek ve tamamlayıcı" sigorta adı altında özel sağlık sigorta şirketleri aracılığıyla ikinci bir sigorta primi ödemeye zorlanmalarıdır. TTP araçlardaki trafik sigortası olarak düşünülecek olursa, araç sahiplerinin her türlü kaza riskine karşı kasko sigortası

yapmak zorunda kalmaları gibi, yurttaşlar da yaşamlarını sürdürebilmek için özel sağlık sigortaları aracılığıyla ek teminat paketlerini satın almak zorunda kalacaklardır. GSS ile özel sağlık sigortacılığı genişleyecektir. Çünkü pek çok kişi temel teminat paketinin gereksinimlerini karşılayamadığını görecektir. Daha şimdiden, IMF direktifleri doğrultusunda sosyal güvenlik örgütleri tarafından güvence altına alınan kapsamın Maliye Bakanlığı tarafından çıkarılan 1 Temmuz 2006 Genelgesi ile nasıl daraltıldığı göz önüne alınacak olursa, gelecekte toplumu neyin beklediğini öngörmek kolaylaşacaktır. Dünyadaki uygulamalar, başlangıçta halkın tepkisini çekmemek için temel teminat paketlerinin geniş tutulduğunu, ancak zaman geçtikçe kapsamın daraltıldığını göstermektedir. İlk genel seçimden sonra temel teminat paketinin kapsamının daraltılması kimseyi şaşırtmamalıdır. GSS ile sağlık hizmetlerinin kamuya maliyeti de artacaktır. Bunun iki önemli nedeninden birincisi, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması nedeniyle maliyete "Kâr" kaleminin eklenmesi ve ikincisi GSS nedeniyle yönetsel maliyetlerin artması olacaktır. Bunlara kapsam altındaki sigortalıların hizmeti gereksiz yere kullanmak istemesini de eklemek gerekir.

- b) **Prim:** GSS'de sağlık hizmeti almaya hak kazanmak için prim ödemek zorunludur. Primini ödeme gücünden yoksun olanların, primlerinin devlet tarafından ödeneceği iddia edilmekteyse de, kimlerin prim ödeme gücünden yoksun olarak kabul edilecekleri merak konusudur. Çünkü güncel girişimler, asgari ücretin üçte biri tutarında geliri olanları prim ödeme gücü olanlar içinde kabul etme yönündedir. Bu yaklaşımın benimsenmesi, Türkiye nüfusunun üçte birinden daha fazlasının, prim ödeme gücünde kabul edilmesine karşın fiilen primini ödeyememesi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim olanağının engellenmesi anlamına gelecektir. Geriye kalanların büyük bir bölümü de primleri ücretlerinden kesilecek olmasına karşın, dar gelirli olmaları nedeniyle "ek ve tamamlayıcı" sigorta olanağından yoksun olacakları için, temel teminat paketi dışında kalacak sağlık hizmetleri için başka yollara başvurmak zorunda kalacaklardır. Bu noktada "Tıbbi Yoksulluk" kavramı gündeme gelebilir.
- c) **Kullanıcı ödentisi:** GSS'nin başka önemli özelliği, sağlık hizmetinden yararlanma aşamasında kullanıcı ödentisinin zorunlu tutulmasıdır. Kullanıcı ödentileri; gereksiz hizmet kullanımının engellenmesi, sağlık sisteminin farklı basamaklarına farklı düzeyde ödenti zorunluluğu getirilmesine bağlı olarak basamaklı sistemin kullanımının geliştirilmesi, hizmet kalitesinin ve hizmeti kullananların tatmininin artırılması ve hizmeti üretenlerde ve kullananlarda maliyet bilincinin geliştirilmesi gerekçeleriyle gündeme getirilmiş olmasına karşın; yoksulların sağlık hizmeti

kullanımını engelleyerek eşitsizlikleri artırması, tedavi edici hizmetlere yönelik tercihi artırması, dolayısıyla verimliliği azaltması ve yönetsel maliyetleri artırması nedenleriyle önemli sorunlara yol açmıştır. Ancak özellikle sıcak para toplamada önemli bir araç olması nedeniyle kullanıcı ödentileri hükümetler için bir çekim alanıdır. Dünya Bankası, kamu tarafından ücretsiz sağlanan sağlık hizmetlerinin, kullanıcı ödentisi ile sağlanmasının "verimliliği" artıracaklarını iddia etmesine karşın; beklenen olası yarar gerçekleşmemiş; kullanıcı ödentileri maliyetleri azaltmamış, hizmeti kullanma sırasında yoksulların zenginlerden daha fazla ödediği saptanmıştır (Creese,A., 1997; Kutzin, 1997). GSS yeni bir prim ödeme zorunluluğu nedeniyle bir yandan ek bir sağlık vergisi anlamına gelirken, bir yandan da özellikle "kullanıcı ödentisi" kavramıyla toplumun yoksul ve dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişmesinde önemli bir engel anlamına da gelmektedir.

Dönüşüm programının ikinci bileşeni olarak duyurulan "Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası" yaklaşımı Türkiye için gerçekçi değildir. Burada prim değerleri ile ilgili bir tartışma yürütülmeyecektir. Ancak kimlerin ne kadar prim ödemesi gerektiğinin nasıl belirleneceği de merak konusudur. Yaklaşık on bir milyon kişinin kayıt-dışı çalıştığı, ekonominin %60'ının kayıt-dışı olduğu ve bordro ile çalışanlar dışında neredeyse hiç kimsenin gelirin tam olarak bilinmediği bir ülkede, GSS için ödenmesi gereken primin nasıl hesaplanacağı gerçekten de yanıtlanması gereken önemli bir sorudur. Tüm dünyada, sosyal sağlık sigortası primlerinin toplanması ve hizmetten yararlanma sırasında kullanıcı ödentisi almakla ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası kapsamındaki gruplar ve sorunlar Tablo 2'de sunulmaktadır (Normand,1994).

Hizmetin sınırının temel teminat paketi ile belirlenmesi, özellikle yoksullar ve dar gelirliler için sağlık hizmetine erişimi kısıtlamaya açık bir yaklaşımdır. Başlangıçta, toplumun bu sistemi kabul etmesini kolaylaştırmak için temel teminat paketinin kapsamı geniş tutulsa da, yıllar geçtikçe kapsamın daralması söz konusu olabilir. Kapsamın daraltılmasına en iyi iki örnek Almanya ve Hollanda'dan verilebilir. Bilindiği gibi Almanya, bizde Genel Sağlık Sigortası adıyla anılan sosyal sağlık sigortasının 1883 yılında dünyada ilk kurulduğu ülkedir. İkinci Dünya Savaşı'nın sonundan bu yana Alman sağlık sisteminde yapılan en radikal reformla hükümet, sağlık harcamalarını 9.9 milyar euro azaltacağını ve 2007'ye kadar kesintilerin 23.1 milyar euro'yu bulacağını duyurdu. Yeni düzenlemeye göre hastalar tedavi için daha fazla ücret ödeyecekler. Hastalar genel pratisyene her gidişleri için 10 euro ödeyecekler, ayrıca ilaçlar için ödedikleri para da artacak. Hastanede kaldıkları her gün için de 10

euro ödeyecekler. Dahası, takma diş ve meslek hastalığı tazminatı gibi birçok sağlık ödemesi devlet sağlık sigortası kapsamının dışına çıkarılmaktadır (Burgermeister,2003). Benzer bir durum Hollanda'da karşımıza çıkmaktadır. Hollanda'daki merkez sağ koalisyon hükümeti sağlık harcamalarında büyük kesintiler yapacağını açıkladı. Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği bu düzenlemeyi "felaket" biçiminde yorumladı ve hastalar için de hekimler için de kötü olduğunu belirtti. Kesintiyi, "kişisel sorumluluk yoluyla elde edebilirlik" sloganıyla duyuran hükümet, hastaların harcamalara katkıda bulunacaklarını açıkladı. Birçok sağlık hizmeti paralı hale gelecek, tedaviler nüfusun daha az varlıklı üçte ikisini kapsayan kamu sağlık sigortası kapsamından çıkarılacak. 21 yaş üzerindeki kadınlar artık doğum kontrol hapları için para ödeyecekler. Doğum kontrol haplarının kamu sağlık sigortası kapsamından çıkarılmasının, 180.000 kadının hapları kullanmaktan vazgeçmesine neden olacağı tahmin edilmektedir. Sağlık hizmeti harcamalarından tasarrufun, maaş kesintileri, azaltılmış hastalık izinleri, eczane ödeneklerindeki indirimler ve hasta bakım evleri ve örgütlerine getirilen harcama sınırlamaları ile sağlanması beklenmektedir (Sheldon,2003).

Tablo 2. Sosyal sağlık sigortası kapsamındaki gruplar ve sorunlar

Grup		Teknik ve yönetsel sorunlar
İşçiler	Sanayi çalışanları	Sorun yok
	Beyaz yakalılar	Kabul etme sorunu
	Tarım işçileri	Kayıt, gelir değerlendirme, ödeme gücü
	Denizciler	Yüksek riskli iş
	Maden işçileri	Yüksek riskli iş
	Kayıt-dışı çalışanlar	Kayıt, gelir değerlendirme
Serbest çalışanlar	Zanaatkarlar	Kayıt, gelir değerlendirme
	Çiftçiler	Kayıt, gelir değerlendirme, ödeme gücü
	Küçük işyeri sahipleri	Kayıt, gelir değerlendirme
	Diğer bağımsız işçiler	Kayıt, gelir değerlendirme
Özel gruplar	Memurlar	Sorun yok
	Askeri personel	Sorun yok
Çalışmayan nüfus	Emekliler	Ödeme gücü
	İşsizler	Kayıt, ödeme gücü
	Sakatlar	Kayıt, ödeme gücü
	Yoksulluk yardımı alanlar	Ödeme gücü
	Öğrenciler	Ödeme gücü
	Eğitim gören erişkinler	Ödeme gücü

Kaynak: Normand, 1994.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sosyal sigortaya dayalı "iyi kurulmuş" finansman sistemlerinin başarılı olarak yürütülebilmesi için dört koşulun yerine getirilmesi gerekmektedir (DSÖ,1998):

- a. Sosyal sigortayı toplumun tümüne zorunlu kılarak sigorta riskinin yayılması,
- b. İşverenlerin tümünden sürekli ve düzenli olarak prim toplanması,
- c. Kamu ya da "Kâr amacı gütmeyen" kuruluşlar aracılığıyla sigorta sağlanması ve
- d. Düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlamak için bir mekanizmanın geliştirilmesi.

Sağlık Bakanlığı bu dört maddeden hangilerinin gerçekleştirileceğini umuyor? Öyle görünüyor ki, bu maddelerden yalnızca ikisinin (a ve c) yerine getirilmesi olanaklıdır. Türkiye'de SSK'nın işverenden prim tahsilât oranı %81,7'dir. Bağ-Kur'da ise durum çok daha kötüdür. Bağ-Kur'lu esnaftan yalnızca %14,5'inin prim borcu bulunmazken, hiç prim ödemeyenlerin oranı %20,7'dir. Tarım sigortalılarında prim borcu olmayanların oranı yalnızca %8,4 ve hiç prim ödemeyenlerin oranı %53,0'dır (Pala,2003). Bu koşullarda; işverenlerden, esnaftan ve tarım sigortalılarından sürekli ve düzenli olarak prim toplanabilecek midir? Türkiye'de gelir dağılımının çok bozuk olduğu ve bu konuda ciddi sorunlar yaşandığı da bilinmektedir.

Güney Avrupa bölgesinde yer alan ülkeler (İtalya, Portekiz, Yunanistan, İspanya) sağlık hizmetlerinde sosyal sigortaya dayalı finansmandan, vergiye dayalı finansman sistemine geçiş sürecindedirler. Bu gruptaki ülkeleri vergiye dayalı sistemi kurmaya yönelten, daha önce sigorta kapsamında olmayan nüfusun kapsam altına alınmasının ve tüm nüfus için kapsamlı hizmet sunumu gerekliliğinin fark edilmesi olmuştur (DSÖ,1998). Burada şu soru sorulmalıdır: İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya gibi ülkelerin sosyal sigorta ile toplumun tümünü kapsayan bir sistemi gerçekleştiremedikleri bilinirken, nüfusunun yaklaşık %40'ı görece yoksulluk sınırının altında olan Türkiye'de Hükümet bu işi nasıl gerçekleştirecektir? Bir ülkede yaşayan insanların tümünü kapsam altına almak açısından sigorta sistemleri pek çok ülkede sorun yaşamaktadır. Bugün Almanya'da bile toplumun tümünün sosyal sigorta kapsamı içinde yer almadığı bilinmektedir (Carrin,2005).

Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası ile finansmanının sağlanması ise tartışılmayacak kadar kötü bir öneridir. Bir tek örnek bu durumu açıklamaya yetecektir: Kişi başına yılda 4.400 doların üzerinde sağlık harcaması yapılan ABD'nin sağlıkla ilgili göstergeleri, komşusu ve kişi başına yılda 169 dolar sağlık harcaması

yapılan Küba ile yaklaşık olarak aynıdır (Pala,2003). Kâr amacı güden kuruluşların sağlık hizmetlerinde "zorunlu" tutulması, toplumun sağlığını her zaman olumsuz etkilemiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanının sigorta yoluyla sağlanması, sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri derinleştirebilir.

3. Devlet sağlık hizmeti sunumundan el çekilmektedir. Tüm dünyada sağlık hizmeti sunucularının üç temel hedefi vardır: Eşitlik, verimlilik ve kalite. Genel olarak "Eşitlik" sağlık hizmetine herkesin ve gereksinim duyduğu ölçüde erişmesini , "Verimlilik" kaynakların etkin kullanılmasını ve "Kalite" hizmetten yararlananların hoşnutluğunu tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Özel sektör kâr maksimizasyonu odaklı hizmet sunduğu için, eşitlik ilkesi ile ilgilenmez. Bu durum yoksul ve dar gelirli yurttaşı olumsuz etkileyecektir. Sağlıkta Dönüşüm'de yer alan sağlık hizmetlerinin sunumuna müdahale çok açık bir biçimde, devletin sağlık hizmeti sunmaktan el çektilmesini ve sağlık alanının özel sektörün insafına terk edilmesini hedeflemektedir. Sağlık hizmetleri aile hekimliği ile birinci basamakta, özerkleştirme adı altında devlet hastanelerinin devri ile ikinci basamakta özelleştirilmektedir.

Dünya Bankası sağlık hizmeti üreten iki bakanlıkla ilgili olarak "Her iki Bakanlık da, şu anda yüksek öncelik vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, mevcut yapılarının özünü oluşturan sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır" direktifiyle Sağlık ve Çalışma Bakanlıklarının görev tanımlarını yapmış bulunmaktadır (Dünya Bankası,2002). T.B.M.M'de kabul edilen Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun'da (15 Temmuz 2004'te kabul edildi, 3 Ağustos 2004'te Cumhurbaşkanı tarafından geri gönderildi) Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütünün kapatılmasının yasalaştırılmak istenmesi, direktife uymak için gösterilen çabayı gözler önüne sermektedir.

Dönüşüm programının "Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı" yaklaşımı ile devlet sağlık hizmeti sunumundan el çekilmektedir. Devletin sağlık hizmeti sunumundan el çektilmesi iki aşamada gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Önce Çalışma Bakanlığı SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek sağlık hizmeti sunumundan çekilmiştir. Bu yaklaşım "Kamu sağlık hizmetlerinin tek elden sunulması" adıyla duyurulduğu için toplumun birçok kesiminden destek almıştır. Aslında gerçekten de, kamu sağlık kuruluşlarının tek elde toplanması sağlık yönetimi açısından olumlu bir girişimdir. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nın bu girişimi ne yazık ki, devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesinin ilk aşaması olarak uygulamaya konulmuştur. Ardından da Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunmaktan çekilmesi yürürlüğe konmaya çalışılmaktadır. Bu haliyle yapılan iş, önce SSK hastanelerinin

Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi, ardından diğer devlet hastaneleriyle birlikte bütün kamu hastanelerinin birer "işletme" biçimine dönüştürülmesi girişimidir. Bu amaca yönelik ilk girişim Sağlık Bakanlığı tarafından 13.12.2006 tarihinde Başbakanlığa gönderilen "Kamu Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ile kendini göstermiş bulunmaktadır. Kanunun yasalaşması halinde, pilot olarak seçilen illerdeki çeşitli hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından işletme biçimine dönüştürülecektir. Sağlık, ticari bir mantıkla ele alındığı her zaman, temel bir insan hakkı olmaktan çıkar; parası olanın ancak parası kadar satın alabildiği bir meta biçimine dönüşür ki, bugün karşı durulması gereken asıl tehdit bu durumdur.

Tıbbi yoksulluk

Neoliberal politikaların sağlık alanındaki yansımaları, tıbbi literatüre yeni bir kavramın girmesine yol açmıştır: Tıbbi yoksulluk! Tıbbi yoksulluk, sağlık giderleri güvence altında olmayan kişilerin tedavi giderlerini karşılamak amacıyla taşınır/taşınmaz varlıklarını satmaları ve/veya borçlanmaları anlamına gelmektedir. Kamu ve özel sağlık hizmetlerinde cepten harcamaların yükselişi aileleri yoksulluğa sürüklemekte ve zaten yoksul olanların yoksulluğunu artırmaktadır. Tıbbi yoksulluk; tedavi edilmemiş hastalık, sağlık hizmeti kullanımında azalma, uzun dönem yoksullaşma ve bilinçsiz ilaç kullanımı ile birlikte. Dünya Sağlık Örgütü her yıl yaklaşık yüz milyon kişinin tıbbi harcamalar nedeniyle yoksulluk sınırının altına düştüğünü tahmin etmektedir (WHO,2005). Bir başka deyişle, tıbbi harcamalar küresel olarak milyonlarca kişiyi yoksulluğa doğru itmektedir.

Türkiye'de de Sağlıkta Dönüşüm adıyla uygulamaya konulan neoliberal sağlık politikalarının, "Başarılı" olması halinde binlerce Türkiyeli yurttaşı gelecekte tıbbi yoksullar arasına sürüklemesi kimseye şaşırtıcı gelmemelidir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi : Projenin Sahibi Kim ?

Sağlıkta Dönüşüm Projesi Dünya Bankası direktifleri doğrultusunda biçimlendirilmiştir. Bunu kanıtlamak için Dünya Bankası tarafından genel seçimlerden yaklaşık beş ay önce Haziran 2002'de yayınlanan "*Türkiye : Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar*" adlı rapora göz atmak yeterlidir (Pala,2003).

Dünya Bankası'nın "Türkiye İçin" Sağlık Politikası, adı geçen raporda şöyle sıralanmaktadır (Dünya Bankası,2002):

1. Sosyal Güvenlik Örgütlerinin Birleştirilmesi : Raporda bu konudan "*SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının sunduğu çeşitli sağlık sigortaları ile devlet memurlarına sunulan hizmetler ve Yeşil Kart gibi refah programları birleştirilerek tek bir zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi, ya da Sağlık Fonu*

haline getirilmelidir. Sağlık Fonu yüksek oranda özerk olmalı ve profesyonelce yönetilmelidir” biçiminde söz edilmektedir.

2. Umumi Sosyal Sağlık Sigortası : 1970’lerden bu yana “Genel Sağlık Sigortası” adıyla çağrılan anlayış, Dünya Bankası’nın Raporunda “Umumi Sosyal sağlık Sigortası” adıyla geçmekte ve “Umumi sosyal sağlık sigortasının kurulması” ile “Temel hizmetler paketinin oluşturulması” hedef olarak gösterilmektedir.
3. Temel Hizmetler Paketi : “*Sağlık hizmetleri temel hizmetler paketi çerçevesinde sunulmalıdır. Çok sayıda hizmetin aslında hemşireler ve diğer paramedikal personel tarafından da verilebileceği tespit edilirse (Araştırmalarla), muhtaç alanlarda hemşireleri lokal işe alma ve eğitime yoluna gidilmeli ve ana ve çocuk ölüm ve hastalanma oranını azaltacak temel hizmetler paketi bunlar aracılığıyla sunulmalıdır.*”
4. Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi : Raporda bu konudan; “*Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerine hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınmalıdır. İlk aşamada hastane kurumunun geneline özerklik tanınmalı, ikinci aşamada ise her tesise ayrı ayrı özerklik tanınmalıdır. Sağlık tesislerinde bulunan tüm personel ilgili kurumun sözleşmeli personeli olacaktır*” biçiminde söz edilmektedir.
5. Sağlık ve Çalışma Bakanlıkları : “*Her iki Bakanlık da, şu anda yüksek öncelik vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, mevcut yapılarının özünü oluşturan sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır.*”
6. Sağlık Bakanlığı : Sağlık Bakanlığı’nın başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olarak açıklanmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın odaklanması gereken diğer alanlar arasında kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi tanımlanmaktadır.
7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı : Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın sağlık sektöründeki temel görevi ise evrensel sağlık sigortası sisteminin yönetimine ve işlevlerine denetim ve rehberlik sağlamak olarak tanımlanmaktadır.
8. Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi : “*Temel sağlık hizmetlerinde yapılacak reformların çıkış noktası hem tıp hem de hasta toplumunda temel sağlık hizmetini sağlayan kişilerin göreceli konumunu iyileştirmek olmalıdır. Başka bir deyişle, Türkiye’deki temel sağlık uzmanlarına temel hizmet paketini Türkiye’de sunarken , hem evde hem de hastanede bakılan hastaların*

tedavisinde çeşitli sağlık hizmeti sektörlerinin bütünleştirilmesini sağlayacak imkanlar verilmelidir. Bunu başarmanın bir yolu "aile hekimliği" kavramının ve uygulamasının benimsenmesidir. "

9. **Aile hekimliği** : "Aile hekimleri tüm aileye sağlık hizmeti sunar, dahiliye, jinekoloji, pediatri, önleyici hekimlik ve sağlığın yayılması gibi tıp alanlarındaki genel hastalıkları tedavi eder. Hastalara teşhis hizmeti, laboratuvar hizmetleri ve konsültasyon sunulur. Böylece "tek pencere" sistemi altında hemen hemen tüm hizmetler verilir. Aile hekimliği sayesinde doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kurar ve doktor sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynar."

Raporda yer alanlar, Dünya Bankası'nın temel isteminin kamunun sağlık hizmetleri alanından çekilmesi olduğunu açıkça göstermektedir. Dünya Bankası görüşü ve önerisine göre, devletin küçültülmesi tezi, bütçede sağlık harcaması kaleminde tahsisat kısıntısına gidilmesi şeklinde değil, fakat hizmetin görülmesi aşamasını özel kesime terk edilmesi şeklinde yorumlanmalıdır. Buradaki hedef de çok açıktır; sağlık araç ve gereçleri sunan şirketlerin faaliyet alanlarının daraltılmamasıdır. Özellikle gelir düzeyinin düşük ve gelir dağılımının bozuk olduğu ekonomilerde sağlık harcamalarının büyük bölümünün kamu bütçesinden finanse edilmesi önemlidir. Sağlık hizmetlerinde dönüşüm programı, Yeni Dünya Düzeni çerçevesinde özelleştirme ve ticarileştirme politikalarına paralel uygulamadır. Söz konusu politikalarla bütün amaç, Yeni Dünya Düzeni'nde, kriz yaşayan sermayeye kamu kaynakları ile yeni faaliyet ve kar alanları açmaktır (Önder,2006).

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1999 yılında %6,4 iken, bu oran 2003 yılında %7,6'ya çıkmış bulunmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı (Merkezi devlet, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik fonları) %71,6 ve özel sektörün payı %28,4'tür. Toplam sağlık harcaması 1999'da kişi başına 179 ABD doları, 2003 yılında 257 ABD dolarıdır. Satın alma gücü paritesine göre bu sayılar sırasıyla 395 ve 526 uluslar arası dolardır (World Health Report, 2006).

Özel sağlık harcamalarının dağılımı coğrafi bölgelere göre eşitsizdir. Batıda toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamasının payı %27,56 iken, bu oran doğuda %40,58 ve güneyde %43,81'dir. Toplumun tümünü kapsayan bir sosyal güvenlik sistemi yoktur. Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen hane halkı araştırmasının sonuçlarına göre kentsel alanda nüfusun %34,1'inin, kırsal alanda ise %42,0'inin sağlıkla ilgili sosyal güvencesi yoktur (Sağlık Bakanlığı, 2006). 2003 yılında sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfusun toplam nüfusa oranı

yüzde 86,4 olarak gerçekleşmiştir. Sosyal sigorta kuruluşlarından sağlık karnesi sahibi olup sağlık hizmetlerinden fiilen yararlanan nüfusun toplam nüfusa oranı ise yüzde 62,9'dur (DPT,2004).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaların dağılımına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı gelirleri arasında döner sermaye uygulamalarının giderek daha yüksek bir oranda kendisine yer bulduğu gözlenmektedir (Pala,2005). 1993'te yataklı tedavi kurumlarından elde edilen döner sermaye geliri Sağlık Bakanlığı bütçesinin yalnızca %13,7'sini oluştururken; 2004'te Bakanlık bütçesini aşmış ve bütçeye oranı %100,8 düzeyine çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları). Aynı biçimde, 1993 yılında döner sermaye gelirlerinin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bütçesine oranı %29,1 iken; bu oran 2003 yılında Genel Müdürlük bütçesinin iki katını geçmiştir (% 214,3). Döner sermaye gelirleri ile ilgili en dramatik verilerden biri, döner sermaye gelirlerinin genel bütçeye oranı olarak karşımıza çıkmaktadır. 1993'te yataklı tedavi kurumlarından elde edilen döner sermaye gelirin Genel Bütçeye oranı %0,62 iken; bu oran 2004'te %3,22'ye kadar çıkmış bulunmaktadır ve bu oran Sağlık Bakanlığı'na Genel Bütçeden ayrılan paydan daha yüksektir. Döner sermaye gelirlerinin Genel Bütçe, Sağlık Bakanlığı bütçesi ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesine göre yıllara göre değişimi Tablo 3'de sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması 2004 yılının Ocak ayından bu yana, bu kez kılıf değiştirerek "Performansa dayalı ödeme" adıyla karşımıza çıkarılmıştır. Yalnızca Sağlık Bakanlığı'na ait kurumlarda uygulamaya konulması, sağlık çalışanları arasındaki iş barışını bozması, sağlık hizmetlerinin doğasına ters bir uygulama olan "Rekabet"i başat kılması gibi çeşitli kesimlerden gelen eleştiriler bir yana; performans uygulaması ile ilk aşamada belirginleşen en önemli konu, teknoloji odaklı tıbbi hizmet anlayışının güçlenerek tetkik sayısında artış gözlenmesi ve özellikle cerrahi endikasyonların değişen yapısıdır. Bazı hekimlerin "puanı yüksek" uygulamalara yönelerek, daha az puan alma olasılıkları olan uygulamaları geri plana itmeleri eleştiri konusu yapılmakla birlikte; burada vurgulanması gereken temel nokta, uygulamaya konulan sistemin sağlık çalışanlarını sürüklediği konum olmalıdır.

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında "performansa dayalı döner sermaye ödemesi" ile sağlık hizmetlerinin niteliği değiştirilmektedir. Bu değişimin başat noktaları şunlardır (Pala,2005):

1. *Daha fazla kişi muayene edilecektir.*
2. *Daha fazla ilaç yazılacak/tüketilecektir.*
3. *Daha fazla kişi ameliyat edilecektir.*

4. *Daha fazla tetkik yapılacaktır.*
5. *Puanı yüksek olan tıbbi girişimler öncelenecektir.*
6. *Hastanelerde yüksek tıbbi teknolojinin kullanımı artacaktır.*
7. *Sağlık ocaklarına hızla (Gereksinimin ne olduğuna dikkat edilmeksizin) teknoloji sokulacaktır.*
8. *Sağlık çalışanları arasında yaratılan rekabet zemini çalışma barışını bozacaktır.*

Görüldüğü gibi, performansın yaratabileceği değişim, daha çok tedavi edici hizmetlerin artmasına ilişkin olacaktır. Nitekim Sağlık Bakanı Prof.Dr.Recep Akdağ 2002'de 110 milyon olan devlet hastanelerindeki muayene sayısının 2006'da 195 milyona çıktığını açıklamaktadır (Medimagazin,2007). İlk bakışta muayene sayısındaki artış iyi bir iş olarak algılanmaya açık olmakla birlikte; devlet hastanelerindeki daha fazla muayenenin toplumun sağlığına nasıl bir katkıda bulunduğunu araştırmak gerekmektedir. Bu değişimle ilgili bir başka kanıt ilaç harcamalarındaki artış olmuştur (Bu konuya "Tıbbi Teknoloji ve İlaç Harcamalarındaki Artış" bölümünde değinilecektir) . Aynı durum yüksek tıbbi teknoloji kullanımı için de geçerlidir. Bütün bunlar en başta Türkiye'nin dışarıdan satın alacağı ilaç ve tıbbi teknoloji ürünlerine aktarılacak parayı büyük ölçüde artıracaktır. Teknoloji kullanımının en sorunlu yanı, sürekli güncellenmesini gerektiren bir "Çok uluslu şirketler" politikasına yenik düşmenin kaçınılmazlığıdır. Teknolojinin gereksiz kullanımı bir yandan gereksiz harcamalara neden olacakken, diğer yandan da gereksinimi olmadığı halde tetkik yapılan ya da opere edilen hastaların sağlıklarını olumsuz etkileyecektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından "Performans" sözcüğü ile adlandırılan yeni ücretlendirme sistemi, aslında gerçek anlamda bir performans değerlendirmesi değil, bir tür "hizmet başı ödeme" sistemidir. Eğer performans uygulaması ile sağlık hizmetlerinde çalışanların verimliliği ölçülmek isteniyorsa, gerçek amaç buysa; sağlık hizmetlerinin niteliğine uygun olarak performans ölçütleri muayene edilen hasta sayısı ya da istenen tetkik sayısı değil; örneğin sağlık ocaklarında çalışan hekimler için bölgede aşıyla önlenebilir hastalıkların görülme sıklığı (Görülme sıklığı yükseldikçe performans puanı düşmeli) ya da uzman hekimler için boşuna yaptırılan tetkik sayısı (Boş çıkan tetkik sayısı arttıkça performans puanı düşmeli) olmalıdır. Hep Batı'dan söz edenler, sağlık yönetiminde çalışanların verimliliğini değerlendirme yöntemlerinden birisi olarak performans değerlendirmesinin nasıl yapıldığını incelemek zorundadır. Yoksa "Ben yaptım, oldu" yaklaşımı; sağlık alanında yaşanan karmaşayı, tıpkı bugünlerde olduğu gibi, çözmek bir yana daha da artırabilir.

Tablo 3. Yıllara göre Genel Bütçe, yataklı tedavi kurumları döner sermaye gelirleri, Sağlık Bakanlığı Bütçesi ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin değişimi (1993-2005)

YILLAR	GENEL BÜTÇE (MİLYAR TL)	YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DÖNER SERMAYE GELİRLERİ (MİLYAR TL)	% ¹	SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ (MİLYAR TL)	% ²	TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ BÜTÇESİ (MİLYAR TL)	% ³
1993	398.710,0	2.484	0,62	18.074,0	13,7	8.548,2	29,1
1994	823.396,3	5.913	0,72	30.463,3	19,4	14.204,1	41,6
1995	1.335.978,0	20.437	1,53	48.741,5	41,9	21.139,7	96,7
1996	3.558.506,8	39.276	1,10	98.064,4	40,1	38.597,6	101,8
1997	6.344.685,5	71.993	1,13	204.499,2	35,2	80.157,3	89,8
1998	14.749.475,0	157.832	1,07	390961,0	40,0	160.056,8	98,6
1999	27.186.600,0	339.128	1,25	683123,5	49,6	274.057,2	123,7
2000	46.702.436,0	601.009	1,29	1.059.855,0	56,7	427.068,4	140,7
2001	48.219.490,0	1.008.127	2,09	1.280.660,0	78,7	499.212,5	201,9
2002	97.831.000,0	1.874.983	1,92	2.345.447,8	79,9	944.980,1	198,4
2003	146.805.170,0	2.905.016	1,98	3.570.054,0	81,4	1.355.420,0	214,3
2004	149.858.129,0	4.827.167	3,22	4.787.751,0	100,8	2.728.670,8	176,9
2005	153.928.793,0	--	--	5.462.975,0	--	3.245.298,1	--

¹ (Döner sermaye gelirleri / Genel Bütçe) x 100

² (Döner sermaye gelirleri / Sağlık Bakanlığı bütçesi) x 100

³ (Döner sermaye gelirleri / Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesi) x 100

Döner sermaye gelirlerinden sağlık çalışanlarına aktarılan pay, çalışanların biraz olsun gelirlerini artırmakla birlikte; özlük haklarının yükseltilmesi için kalıcı bir çözüm değildir.

Kalıcı bir çözüm değildir çünkü;

- Emeklilik dönemine yansımamaktadır,
- Süreklilik göstermemektedir (Sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paralar dağıtılmaktadır, bu kuruluşlardan sürekli para gelmesi söz konusu olmayabilir),
- Eşitsiz dağılmaktadır,
- Geleceği belirsizdir ve
- Kişinin sağlık sorunları yaşamasından büyük ölçüde etkilenmektedir.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının ardından, döner sermaye gelirleri katlanarak artmaya başlamıştır. Örneğin, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre İstanbul'daki hastanelerde performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçtikten sonra döner sermaye gelirlerinde büyük artış olmuştur. 2002

yılında 890 milyar lira olan döner sermaye bütçesi 2003'te 10 trilyon 800 milyar liraya, performansa dayalı döner sermaye uygulamasının başladığı 2004 yılının ilk 9 ayında ise 50 trilyon liraya ulaşmıştır (Medimagazin, 2006).

Kamu sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması aslında bir bütünün parçası olduğu için tek başına incelendiğinde anlaşılması kolay olmayan bir girişimdir. Bu girişimin "Doğru" olduğuna başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumun tümünü inandırmak için, sağlık çalışanlarına döner sermaye tazminatı vermek gibi çeşitli yollar denenmekteyse de; döner sermaye uygulaması aslında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir parçasıdır. Üstelik, böyle bir özelleştirme yoluyla finansman için yurttaşın cebinden başlangıçta çok az bir katkı beklenirken (Hastanelerin döner sermaye gelirlerinin %80'den fazlasının sosyal güvenlik kuruluşlarından geldiği bilinmektedir); asıl amaç büyük çoğunluğu sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paranın "özgürce" harcanması, kaynakların bir kez daha özel sektöre aktarılmasıdır. Bu uygulamanın en can alıcı noktasını, hastanelerde temizlik ve yemek hizmetlerinin taşeron şirketlere verilmesi oluşturmuştur. Ne yazık ki tarih, daha o günlerde taşeronlaşma uygulamasına karşı çıkan; temizlik ve yemeğin ardından sıra tıbbi hizmetlere de gelecek diye bütün toplumu uyaran kişi ve kurumları haklı çıkarmıştır. Geçtiğimiz yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen yeni düzenlemeler ile tıbbi hizmetlerin de döner sermayeler aracılığıyla satın alınmasının yolunun açılmaya çalışıldığı unutulmamalıdır. Bilindiği gibi, Denizli Devlet Hastanesi Başhekimliği tarafından psikiyatri uzmanı, onkoloji uzmanı, çocuk psikiyatrisi uzmanı, endokrinoloji uzmanı ve alerji hastalıkları uzmanı hizmetlerinin satın alınması amacıyla 2004 yılında ihaleye çıkmıştır. İhale Türk Tabipleri Birliği'nin başvurusu üzerine Danıştay tarafından iptal edilmiştir.

Bütünün diğer parçalarına bakıldığında, birinci basamağın tasfiye edilerek sağlık ocaklarının kapatılması ve yerine birinci basamağın özelleştirilmesi anlamına gelecek bir aile hekimliği modeline geçilmesi; devlet hastanelerinin performansa dayalı döner sermaye uygulamasının ardından işletmeleştirilmesi ve nihayet sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası ile sağlanması girişimleri karşımıza çıkmaktadır. Bu uygulamaları bir bütün olarak "Sağlığın ticarileştirilmesi" biçiminde adlandırmak yanlış olmayacaktır.

Hekimlerle birlikte sağlık çalışanlarının (Ve kuşkusuz toplumun) yapması gereken ilk iş, parçaları birer birer değerlendirmek değil; parçaları yerine koyarak bütünü kavramak olmalıdır. Gerçekten de sağlık aynen Sağlık Bakanlığı'nın dediği gibi dönüştürülmektedir. Ancak, bu dönüşümden başta yeni mezunlar olmak üzere sağlık

çalışanlarının çoğunluğuna işsizlik, gelir kaybı, daha uzun çalışma saatleri, daha zor koşullarda çalışma, iş güvencesi olmadan çalışma gibi sıkıntılar düşecektir.

Toplumun nasıl etkilenebileceğine gelince, en belirgin değişikliğin yoksullar ve dar gelirliler gibi dezavantajlı kesimlerin sağlık hizmetlerine erişimde daha da sıkıntılı bir döneme girmesi olacağını söylemek gerekir.

İlaç ve Tıbbi Teknoloji Harcamalarındaki Artış

Türkiye’de ilaç harcamaları Sağlıkta Dönüşüm programıyla birlikte hızla artmaktadır. 2001 yılında 4,1 milyar dolar olan perakende fiyatlarıyla ilaç tüketimi, yalnızca üç yıl sonra 2004 yılında 8,8 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. 2005’te bu paranın 9 milyar doları aştığı tahmin edilmektedir. Türkiye’de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı %33,5’tir (Sağlık Bakanlığı,2004). OECD ülkelerinin çoğunda bu oran %20’nin altındadır (OECD,2006).

Son yıllarda, sağlık hizmetlerinin giderek pahalılaştığı şeklinde bir yakınma söz konusudur. Gerçekten, özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerine harcanan para artmakta, hem de sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı büyümektedir. Bu artış ve büyümeyi yapan en önemli etken ise, ilaç ve teknoloji harcamaları olmaktadır. Türkiye 1989-1996 yılları arasında -ilaç dışında- 86 milyon dolarlık ihracat yaparken, 2 milyar dolarlık ithalat yapmıştır. Dünya Ticaret Örgütü verilerine göre 1992-1995 yılları arasında Türkiye 297,9 milyon dolarlık tıbbi ihracat ve 2,5 milyar dolarlık tıbbi ithalat yapmıştır. O yıllarda Türkiye her yıl ticarete 550 milyon dolarlık bir açık vermiştir ve tıbbi ticaret dengesi en kötü ilk 20 ülke (17’inci) arasında yer almıştır (Soyer,1999). Son yıllarda tıbbi teknoloji için çokuluslu şirketlere aktarılan paranın çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Bir milyon kişiye düşen bilgisayarlı tomografi cihazı sayısı (2003 yılı) Polonya’da 6,3; Macaristan’da 6,5; İngiltere’de 6,7 iken, Türkiye’de 7,3’tür (OECD,2006). Bir milyon kişiye düşen manyetik rezonans görüntüleme birimi sayısı (2004 yılı) Polonya’da 1,9; Macaristan’da 2,6; Fransa’da 3,2; Kanada’da 4,9 ve İngiltere’de 5 iken (OECD,2006), Türkiye’de Temmuz 2006’da 6,1’dir ve Türkiye’deki MR sayısı, son bir buçuk yılda 69 adet artarak 376’dan 445 adete yükselmiş durumdadır (Tamer,2006). Bu verilerin ışığında, Türkiye’nin nasıl bir teknoloji odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışına sürüklendiği açıkça görülmektedir. Hem bilgisayarlı tomografi, hem de manyetik rezonans görüntüleme birimi sayısı bakımından daha gerideki İngiltere ve Fransa gibi ülkelerin, Türkiye’ye göre çok daha yaşlı bir nüfusa sahip oldukları da düşünüldüğünde; Türkiye’de yüksek tıbbi teknolojinin yanlış kullanımının tartışılması bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık İnsan Gücü Süreci

Ülkemizde sağlık insan gücü süreci (Planlama, yetiştirilme ve istihdam) ile ilgili en önemli sorun, sürecin bir bütün olarak ele alınmaması ve Sağlık Bakanlığı tarafından insan gücü ile ilgili değerlendirmelerin ağırlıklı olarak hekim odaklı yapılmasıdır. Türkiye’de son yıllarda hekim sayısının az olduğu iddia edilmekte, bir an önce yeni tıp fakültelerinin açılması istenmektedir. Bu yazıda ayrıntılarına girilmeyecek olmakla birlikte; bilinmesi gereken temel nokta, sağlık insan gücü planlamasının sağlık insan gücü sürecinden ve sağlık sisteminden bağımsız olarak ele alınamayacağıdır. Aksi halde, istihdamı gözetmeyen bir insan gücü planlaması yaklaşımı egemen olur ki; bu da kapitalist sistemin işgücünü ucuza çalıştırmasına yaramak dışında başka bir işe yaramaz.

Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre Türkiye’de 2005 yılında 102.500 hekim bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005). Bu hekimlerden yaklaşık otuz bininin pratisyen hekim olarak fiilen çalıştığı, elli bininin uzman ve on sekiz bininin asistan olduğu bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı,2007). Sağlıkta Dönüşüm’ün aile hekimliği modelinde her 3.000 kişi için bir aile doktoru planlandığı bilindiğine göre; bu durumda Türkiye’nin gereksinim duyduğu birinci basamak hekimi sayısı 24.000 dolaylarında olacaktır. Mevcut hekim sayısı Bakanlık tarafından gereksinim duyulan “aile doktoru” sayısını karşılamaya yeterlidir. Üstelik her yıl yaklaşık dört bin beş yüz hekimin mezun olduğu da düşünülürse, kurgulanmaya çalışılan sistem açısından hekim sayısı yeterli, hatta fazladır. Sağlıkta Dönüşüm’e göre, hastalananların %80’i aile doktorları tarafından tedavi edileceği için; geriye kalan %20’yi tedavi etmek üzere bugün var olan yaklaşık elli bin uzman sayısı da yeterli görünmektedir. Üstelik asistanların uzmanlaşacağı süre de göz önüne alınırsa, önümüzdeki birkaç yıl içinde Türkiye’deki uzman hekim sayısı altmış bini geçecektir. Bu koşullarda hekim azlığından yakınmanın bilimsel bir temeli bulunmamaktadır. Hükümetin bir yandan yeni tıp fakülteleri açmak için büyük bir çaba göstermesinin, diğer yandan da kamuoyunda “Torba Yasa” diye adlandırılan yasa ile ülkemizde “İthal hekim” çalıştırılmasına olanak sağlayan yasal düzenlemeyi yapmasının başka gerekçelerinin olduğu anlaşılmaktadır. Üstelik, bugün ülkedeki tıp fakültelerinin bir bölümü, altyapı, kadro ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle nitelikli tıp eğitimi veremeyecek durumdadır (Sayek,2006). Eğer tıp eğitime katkıda bulunulmak isteniyorsa ivedi olarak yapılması gereken iş, yenilerini açmayı gündeme getirmeden önce, mevcut tıp fakültelerinin desteklenmesi olmalıdır. Sağlıkta Dönüşüm’ün bir bileşeni olarak “Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları” hedefini açıklayan hükümet

(Sağlık Bakanlığı,2003); bugün üniversite hastanelerinin büyük bir mali kriz içinde olmasına göz yummaktadır (Tıp Dünyası,2007).

Bugün Türkiye’de sağlık insan gücü ile ilgili asıl sorun, 1990’larda da saptandığı gibi, pratisyen hekim başına düşen ebe/hemşire sayısının çok az ve hekimler içinde uzman hekimlerin sayısının pratisyenlere göre çok fazla olmasıdır (DPT,1990).

Türkiye’de 2003 yılında bin kişiye düşen hekim sayısı 1,4 ve hemşire sayısı ise 1,7’dir (World Health Report,2006). Dünyadaki durum, genel olarak hemşire sayısının hekim sayısının iki katı dolaylarında olduğunu göstermektedir. Hemşire sayısındaki azlık, bir yandan topluma sunulması gereken hemşirelik hizmetlerini sınırlamakta, diğer yandan da özellikle yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin iş yüklerinin çok artmasına yol açmaktadır. Hal böyleyken, hemşirelerin Sağlık Bakanlığı tarafından istihdam edilmesiyle ilgili de sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar arasında hemşirelerin sözleşmeli ya da taşeron şirketler aracılığıyla istihdam edilmeleri ön sıradadır. Kuşkusuz, burada sıralanan sorunlar yalnızca hemşireler için değil, ebeler, sağlık teknisyenleri ve diğer sağlık personeli için de geçerlidir.

Türkiye’deki hekimlerin yarısından fazlası ya uzman, ya da asistan olarak görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre 2006 yılı sonunda Türkiye’deki pratisyen hekim sayısı 29.837, uzman hekim sayısı ise 50.058’dir (Sağlık Bakanlığı,2007). Bunlara ayrıca 17.913 uzmanlık öğrencisini de eklemek gerekir. Uzun yıllar önce saptanan “Pratisyen hekimlere göre uzman hekim sayısının fazlalığı”, azalacağı yerde giderek artmaktadır. 2006 yılında tıp fakültelerinden mezun olan hekim sayısı 4.382 iken, Tıpta Uzmanlık Sınavında açılan kadro sayısı 6.304’tür. Sağlık Bakanlığı’nın artık bu konuda bir politika üretmesi ve birinci basamak hekimliğini özendirecek önlemler alarak, uzmanlaşmaya sınırlama getirmesi uygun olacaktır.

Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?

DPT, IX.Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013), sağlık hizmetlerinde temel hedef olarak “Sağlık sektöründe kamunun düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesini” ve “Hizmet sunumunda özel kesimin payının arttırılmasını” belirlemiş bulunmaktadır. Burada ürkütücü olan, gelecek beş yılda da sağlık sektöründe kamu yerine özel sektörün desteklenmesinin sürdürüleceğinin açıklanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün ağırlığının artmasıyla birlikte, buna koşut olarak tedavi edici hizmetlere verilen ağırlık da artacaktır. Kurumun sağlıkla ilgili bazı saptamaları ise şöyledir (DPT,2006):

- ✓ 2005 yılında hekim başına düşen nüfus sayısı 715 kişidir (Bu sayı Sağlık Bakanlığı’nın istatistiklerinde 680 kişi olarak verilmektedir). Sosyo-ekonomik

gelişmişlik düzeyi en düşük 10 ilde yatak başına düşen nüfus sayısı en yüksek 10 ildekinin 2,5 katı iken, hekim başına düşen nüfusta söz konusu il grupları arasındaki fark 4 kata kadar çıkmaktadır.

- ✓ Yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin %95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.
- ✓ Toplam sağlık harcaması 2000 yılında GSYİH'nin %6,6'si iken; 2005'te 7,6'sına ulaşmıştır.
- ✓ AB ülkelerinde %16 olan ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, Türkiye'de 2005 yılında %34 olarak gerçekleşmiştir.

DPT tarafından sağlıkla ilgili hemen her belgede aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin temel nedeni "Sevk zincirinin etkinliğinin artırılması" olarak açıklanmasına karşın, Sağlık Bakanlığı tarafından ilk önce Düzce'deki pilot uygulamada, ardından diğer illerdeki pilot uygulamada sevk zorunluluğunun ortadan kaldırılması; aslında niyetin sevk zincirini sağlamak olmadığını da açıkça ortaya koymaktadır. Bilindiği gibi, Önceleri "Sağlıkta Reform" , sonraları ise "Sağlıkta Dönüşüm" adıyla yaşama geçirilmeye çalışılan uygulamaların temel amacı sağlığı özelleştirmektir ve artık gelinen noktada; mülkiyet devri dışındaki özelleştirmenin bütün aşamaları da (ne yazık ki) yerine getirilmiş durumdadır. Özelleştirmenin geldiği boyutu göstermesi bakımından devlet hastanelerinin harcamalarının temel olarak döner sermaye gelirlerinden sağlanması; temizlik, yemek ve çamaşır hizmetlerinin taşeronlaştırılmasının ardından, sağlık çalışanlarının da bu yolla istihdam edilmesi amacıyla yapılan girişimler ve hastanelerde özel sektörün görüntüleme/laboratuvar hizmetlerini sunmasının sağlanması çarpıcı örnekler olarak karşımızda durmaktadır.

Geçtiğimiz yıllar ülkede özel sağlık sektörünün hızla büyümesine tanıklık etmiştir. Toplumun beklentileri, özellikle yüksek gelir seviyesine sahip kesimden gelen talepler, özel sektörü artan oranda sağlık alanına yatırım yapmaya itmektedir. Bu gelişmeler bir yandan alt yapının gelişmesine ve hasta memnuniyetinin artmasına yol açsa da diğer taraftan sağlık alanındaki değişik gelir grupları arasındaki eşitsizlikleri artırmaktadır. Ayrıca kontrolden yoksun olarak sürdürülen bu büyüme sunulan hizmetlerin kalitesi ve sağlık çıktılarının durumu üzerindeki kuşkuları artırmaktadır. Türkiye'nin, sağlık alanında daha fazla özelleşmek yerine, kamu sağlık sistemlerinin eksikliklerinin giderilmesi ve gelişimini böylece sürdürmesi genel beklentidir (Avrupa Sağlık Gözlemcisi, 2002).

Türkiye sağlık sektörü, son 20 yılda yaklaşık 3 kat büyümüş, bu büyümede kamu sektörünün payı giderek belirleyici olmuş, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları kamunun sağlıktaki motoru haline gelmiş, ancak kamu sağlık finansmanı

giderek daha fazla Genel Bütçe dışı kaynaklardan (döner sermaye örneği) beslenir hale gelmiştir. Bu süreçte, sağlık sektörünün belirleyici özelliği, kamudan özele, özelden yurt dışına kaynak aktarımının yapısal hale getirilmesidir. Türkiye sağlık sektörü, düzenli yurt dışına kaynak aktaran bir büyüme ve "modernleşme" yolunu seçmiştir. Devlete düşen rol, kaynak aktarımının alt yapısını güvenceye almak, kamu sağlık personelinin maaşlarını ödemek, kamunun içinin boşaltılması sürecine eşlik etmektir. Devletin bu alandaki yetkili kurumu Sağlık Bakanlığı ise, bütünüyle işlevsiz bir kuruma dönüşmüştür. 1980 ile başlayan süreç sonunda, kamu sağlık harcamaları artmasına karşın, kamu sağlık hizmetleri ve kamu sağlık kurumları çökertilmiştir (TTB,2003).

Türkiye sağlık sistemi, devletin neredeyse tümüyle hizmet sunumundan çekildiği, tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanmış bir yaklaşımla yaratılan bir "piyasa"da özel sektörün egemen olduğu; bu nedenle de başta yoksullar olmak üzere, toplumun dar gelirlili ve dezavantajlı kesimlerinin sağlık hizmetine erişimlerinin bugünkünden bile daha yüksek oranda sınırlanacağı bir yapıya doğru, hızla sürüklenmektedir. Bu yapının sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri daha da artıracığı kesindir.

Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?

Bu yazıda buraya kadar, Türkiye'de sağlık alanında yaşanan kimi sıkıntılar ile bugüne kadarki sağlık reformlarının temel yanlışları irdelenmeye çalışılmıştır. Yazının bundan sonraki bölümünde Türkiye için uygun ve kalıcı bir sağlık reformunun özellikleri kısaca ve yalnızca ana hatlarıyla sıralanacaktır.

1. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden sağlanmalıdır.

Türkiye'de yaşayan her yurttaşın sağlık güvencesi kapsamı altına alınabilmesinin tek yolu budur. Elbette, bu durumda devletin vergi toplama sorumluluğu artacaktır. Türkiye'nin vergi toplamakla ilgili sorunları olduğu bilinmektedir. Özellikle, toplam vergi gelirleri içerisinde dolaylı vergilerin payının giderek yükselmesi önemli bir sorundur. Bilindiği gibi, Maliye Bakanlığı kayıtlarına göre, 1980'de %37 olan dolaylı vergilerin toplam vergi gelirleri içindeki payı, 2005'te %73'e kadar yükselmiş bulunmaktadır. Türkiye'de 1980 sonrası işbaşına gelen hükümetler gelirden değil, tüketimden vergi almayı tercih etmektedirler. Sosyal adaleti bozan bu durumun ivedi olarak değiştirilmesi gerekmektedir. Çünkü bir ülkede vergi toplama konusunda başarı elde edilmeden, yalnızca sağlık alanında değil, ülkenin diğer sosyal alanlarında da sorunları çözmek olanaklı değildir. Vergiden finansman sayesinde, sağlık hizmeti almak için yalnızca kimlik belgesini göstermek yeterli olacaktır. Sağlık hizmeti almak için başvuru sırasında,

yurttaşlardan her hangi bir ücret istenmemelidir. Eğer sağlık en temel insan hakkı olarak gerçekten kabul ediliyorsa, Türkiye'nin içinde bulunduğu koşullarda en uygun finansman yöntemi vergilerdir.

- 2. Türkiye'de 224 sayılı yasanın getirdiği örgüt yapısı geliştirilerek korunmalıdır.** Kırsal alanda sağlık örgütünün ilk basamağını sağlık evi, ikinci basamağını ise sağlık ocağı oluşturmalıdır. Sağlık evlerinde bir/iki ebe ya da hemşire görevlendirilmeli; sağlık ocaklarında ise hizmet edilecek nüfusun büyüklüğüne göre temel sağlık hizmeti sunan ekip üyeleri görevlendirilmelidir. Sağlık evlerinde temel olarak ev ziyaretleri ile risk altındaki nüfus (Gebeler, bebekler, çocuklar, 15-49 yaş evli kadınlar, sakatlar, yaşlılar vb.) izlenmeli ve gerektiğinde önlemler alınarak istenmeyen sağlık etkileri engellenmelidir. Sağlık ocaklarında temel sağlık hizmetlerine odaklanmış bir hizmet anlayışı benimsenmelidir. Sağlık ocaklarında tedavi edilmesi olanaklı olmayan hastalar için ilçe "Kamu sağlık merkezleri" kurulmalıdır. Bu merkezlerde ayakta tedavi edilmesi gereken hastalar için gereksinim duyulan tanı/tedavi donanımı sağlanmalı; uzman sağlık insan gücü de (çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, psikiyatri uzmanı vb.) görevlendirilmelidir. İlçe nüfuslarının fazla olması halinde, birden fazla merkez kurulabilir. Merkezlere ve gereksinim duyulduğunda hastanelere başvuru için sevk zorunluluğu getirilmelidir. Bugün Türkiye'de devlet hastanelerine başvuran hastaların %5'inden daha azı yataklı tedaviye gereksinim duyan hastalardan oluşmaktadır. İlçelerde (İllerdeki merkez ilçeler de dahil olmak üzere) kurulacak sağlık merkezleri ve sevk zorunluluğu ile hastanelerdeki hasta yığılmasını önlemek olanaklıdır. Yatarak tedavi edilmesi gereken hastalar, sağlık ocaklarından doğrudan ilçe hastanelerine sevk edilebilmelidir. Kentsel alanda ilk basamak sağlık ocakları olmalıdır. Kırsal alanda sağlık evleri ile yürütülen ev ziyaretleri, kentsel alanda da sürdürülmelidir. Bu amaçla, her 1.500/2.000 kişi için bir ebe ya da hemşire sağlık ocaklarında görevlendirilmelidir. Kentlerde kadınların da işgücüne yüksek oranda katılması nedeniyle ev ziyaretlerinin etkin biçimde gerçekleştirilemediği durumlarda, yurttaşları çalıştıkları işyerlerinde ve çocukları okullarda sağlık açısından izleyecek bir sistem kurulmalıdır. Bu amaçla sağlık ocaklarının işçi sağlığı alanında da hizmet sunmak üzere görevlendirilmesi uygun olabilir. Kamu hastaneleri nüfusa göre hizmet sunacak biçimde örgütlenmelidir. Örgütlenmede üzerinde durulması gereken en önemli konulardan birisi "İyi yönetim" in sağlanmasıdır. Bu amaçla, başta sağlık yöneticileri olmak üzere, sağlık personelinin tümünün görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmeli ve sağlık sistemi siyasilerin etkisinin en aza

indirgeneceği bir niteliğe kavuşturulmalıdır. Bu amaçla siyasilere müdahalesine kapalı bir "Atama ve Yer Değiştirme Kurulu" kurulması ve hastane başhekimleri gibi sağlık yöneticilerinin seçimle iş başına getirilmesi uygun olabilir. Devlete ait sağlık kuruluşlarının gereksinimleri de olanaklar ölçüsünde devletin kendi kurumları tarafından karşılanmalıdır. Bu amaçla, SSK'dan devir alınan ilaç fabrikasının geliştirilmesi ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü'nde aşı üretimine başlanması atılacak ilk adımlar olabilir. Özel sektörden satın alınacak ilaç ve tıbbi malzemeler ise, bugün olduğu gibi tek tek hastaneler tarafından değil, saydam bir biçimde Sağlık Bakanlığı tarafından satın alınarak yurt çapındaki sağlık kuruluşlarına dağıtılmalıdır. Örgütlenmede üzerinde önemle durulması gereken başka bir nokta, iyi yetişmiş ve yeter sayıda sağlık insan gücünün sağlanmasıdır. Bu amaçla atılacak ilk adım, konunun uzmanlarıyla birlikte Türkiye'nin sağlık insan gücü planlamasının yapılması olmalıdır. Planın yapılmasının ardından, bütün sağlık çalışanları için eğitim kurumlarının standardizasyonu sağlanmalıdır. Personelin yetiştirilmesi bugün olduğu gibi yalnızca mezuniyet öncesi eğitimle sınırlı olarak ele alınmamalı; mezuniyet sonrası sürekli eğitimin de kurumsallaştırılması sağlanmalıdır. Sağlık personelinin Türkiye'nin her yerinde istihdamının sağlanması açısından, özlük hakları ile ilgili özendirici önlemler alınmalı; sözleşmeli çalışma yerine iş güvencesi olan kadrolu çalışma biçimi benimsenmelidir. Çalışanların sendikal örgütlenmelerinin önündeki engeller kaldırılmalı; kamudaki sağlık çalışanlarının tümünün tam gün çalışması sağlanmalıdır.

3. **Türkiye'de sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulmalı; devlet özel sektörden hizmet satın almamalıdır.** KDV indirimi gibi özel sektörün sağlık hizmeti sunumunu rahatlaştıracak önlemler alınarak, dileyen yurttaşların özel sektörden sağlık hizmeti alması kolaylaştırılmalıdır. Ancak, devlet yurttaşlarına sağlık hizmetini ülkenin her yerinde kendi sağlık kuruluşlarıyla sunmalıdır. 2002 yılında toplam sağlık harcaması 3,6 katrilyon TL olan SSK'nın 2005 yılında 7,7 katrilyon TL'ye ulaşan harcaması bu konudaki en çarpıcı örneklerden biri olarak karşımızda durmaktadır. SSK'nın dışarıdan hizmet satın almaya başlamasından sonra, 2006 yılının yalnızca ilk dört ayındaki harcaması bile (3,7 katrilyon TL) 2002 yılındaki toplam harcama tutarından yüksektir (SSK,2006). Devletin sağlık evi, sağlık ocağı ve hastane sayıları gözden geçirilerek; yurt çapında hizmet sunmak için kısa sürede kurumsal alt yapısını hazırlaması olanaklıdır. Bu gözden geçirme sırasında, nüfusa göre açılma ilkesine uyulmayarak yalnızca siyasi gerekçelerle açılmış ve verimli çalışmayan kamu sağlık kuruluşlarının kapatılması gerekecektir. Hizmet sunumu sırasında

kamu/özel ayrımı gözetmeksizin sağlık kuruluşlarının karşılaması gereken standartlar belirlenmeli ve bu standartları karşılayamayan kurumlar da kapatılmalıdır. Hizmet sunumu sırasında hasta haklarına uyulması sağlanmalıdır. Hizmet sunumunun Sağlık Bakanlığı tarafından titizlikle denetlenmesinin sağlanması amacıyla, Bakanlık'a bağlı kuruluş olarak özerk bir denetleme örgütü kurulmalıdır.

Sonuç

Sonuç olarak, Türkiye'de toplumun sağlığını olumlu etkileyecek kalıcı bir sağlık reformu için 1961 yılında yasalaşan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın "Herkes, her yerde ve her zaman sağlık hizmeti" felsefesine sadık kalınarak; yasanın günümüzün sağlık gereksinimlerini karşılayacak biçimde değiştirilmesi yeterli olacaktır. Türkiye'nin eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir bir sağlık sistemi için, bu konudaki değişikliklerin ayrıntılarını hazırlayabilecek nitelikli bir sağlık insan gücü kadrosu da bulunmaktadır. Yapılması gereken iş, reformu dışarıdan gelen direktifler doğrultusunda hazırlamak yerine; ülkemiz insanların sağlıkla ilgili gereksinimlerinden yola çıkarak kendi çözümlerimizle gerçekleştirebilme istencini gösterebilmektir.

Kaynaklar

- Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi (2002) Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci Türkiye (yazarlar: B.Serdar Savaş, Ömer Karahan, R.Ömer Saka. Derleyen: Sarah Thomson, Elias Mossialos).
- Belek, İ., Hamzaoğlu, O. (2000) Son Yirmi Yılda Sağlıkta Değişim, Toplum ve Hekim, 15(4):265-277.
- Boratav, K. (2004) "Yoksulluk" Kavramı Üzerine Notlar, Toplum ve Hekim, 19(1):7-9.
- Boratav, K. (2005) Türkiye İktisat Tarihi, İmge Kitabevi, 9.Baskı, Ankara.
- Boratav, K. (2006) Türkiye'de Gelir Eşitsizlikleri ve Saha Çalışmaları. Toplum ve Hekim, 21(1):64-68.
- Burgermeister, J. (2003) Germany reaches controversial deal on healthcare reform, *BMJ* 2003;327:250.
- Carin, G., James, C (2005) Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage, *International Social Security Review*, 58(1):45-64.
- Creese, A. (1997), "User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity", *BMJ* 1997;315:202-203 (26 July).
- DPT (1990) Türkiye Cumhuriyeti Devlet Planlama Teşkilatı Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü, Price Waterhouse, Nihai Rapor.
- DPT (2001) Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Devlet Planlama Teşkilatı, 2599 - ÖİK: 610, Ankara.
- DPT (2004) 2004 Yılı Katılım Öncesi Ekonomik Programı, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
- DSÖ (1998) Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (Çeviri T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara).
- Dünya Bankası (2002) Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, Rapor No. 24358-TU, Dünya Bankası Dökümanı.
- Fişek, N. (1983) Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No:2, Çağ Matbaası, Ankara.
- Fişek,N. (1991) Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, Prof.Dr.Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları, Sağlık Yönetimi, Türk Tabipleri Birliği, Ankara.
- Hamzaoğlu, O. (2004) Yoksulluk ve Sağlık Dosyası'nın Hikayesi, Toplum ve Hekim, 19(1):2.
- Kocaman, T. (2002) Plan Nüfus Projeksiyon Yöntemleri, DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Kutzin,J. (1997), "Health insurance for the formal sector in Africa : "yes, but ...", World Health Organization, WHO/ARA/CC/97.4, ARA Paper Number 14.
- Medimagazin (2006) İstanbul'da döner sermayede büyük artış, http://www.medimagazin.com.tr/haber_31095.html.
- Medimagazin (2007) Akdağ, sağlık harcamalarını değerlendirdi,19 Şubat 2007, 37:9.
- Normand, C., Weber, A (1994) Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, World Health Organization, International Labour Office, Geneva.
- OECD (2006) OECD Health Data 2006 - Frequently Requested Data, http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.htm
- Önder, İ. (2006) Sağlıkta Dönüşümün Ekonomi Politik Değerlendirmesi, Toplum ve Hekim, 21(3):219-229.
- Pala, K. (2003) Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası, Toplum ve Hekim, 18(2):115-119.
- Pala, K. (2004) "Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri", İşyeri Hekimliği Ders Notları , 8.Basım, Türk Tabipleri Birliği Yayını.
- Pala, K. (2005) Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması, Toplum ve Hekim, 20(1):72-74 (2005).

- PHD (2005) Düzce Raporu, Düzce Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması Çalışma Grubu, Pratisyen Hekimlik Derneği, İstanbul.
- PHD (2006) "Düzce Modeli" Birinci Yıl Sonu Değerlendirme Raporu, Düzce Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması Çalışma Grubu, Pratisyen Hekimlik Derneği, İstanbul.
- Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Haziran 2003.
- Sağlık Bakanlığı (2004) OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2005) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr.
- Sağlık Bakanlığı (2006) Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2007) Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü verileri (31.12.2006 tarihi itibarıyla).
- Savran, S. (1998) Yeni Dünya Düzen(sizliği), Küreselleşme, Özelleştirme. Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler. Türk Tabipleri Birliği, Ankara.
- Sayek, İ., Kiper, N., Odabaşı, O. (2006) Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Sheldon, T (2003) Dutch government introduces swingeing cuts to health spending, *BMJ* 2003;327;641.
- Soyer, A. (1999) Dünyada ve Türkiye'de Tıbbi Amaçlı Ticaret. Toplum ve Hekim, 14(1):26-34.
- Sönmez, M. (2004) DİE'nin "Gelir Dağılımı İyileşti" Safsatası Üzerine, Toplum ve Hekim, 19(1):34-38.
- SSK (2006) SSK'nın Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları, www.ssk.gov.tr.
- Tamer, M. (2006) Radyoloji Derneği, MR tetkikleri için ne diyor? Milliyet, 8 Ağustos 2006, <http://www.milliyet.com.tr/2006/08/08/yazar/tamer.html>.
- Tıp Dünyası (2007) Üniversite hastaneleri mali sıkıntıda, 1 Şubat 2007, sayı:150.
- TTB (1992) Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi? Sağlık Bakanlığı "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı" Değerlendirme Raporu. Türk Tabipleri Birliği, Ankara.
- TTB (2002) Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu. Türk Tabipleri Birliği, Ankara.
- TTB (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka Hekimlere Sağlık Personeline Ne Getiriyor? Türk Tabipleri Birliği, Ankara.
- TTB (2006) Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu, Türk Tabipleri Birliği, Ankara.
- UNDP (2006) United Nations Development Programme, www.undp.org.
- WHO (2004) Health Care Systems in Transition HiT summary, Turkey. European Observatory on Health Systems and Policies.
- WHO (2005), "Medical Costs Push Millions of People Into Poverty Across The Globe", World Health Organization, News Release WHO/65, http://whqlibdoc.who.int/press_release/2005/PR_65.pdf.
- WHO (2006) Highlights on health in Turkey 2005. World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Bank (2005) World development indicators, Washington D.C., <http://devdata.worldbank.org/wdi2005/home.htm>.
- World Factbook (2007) <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/tu.html>.
- World Health Report (2006) The World Health Report 2006, World Health Organization.
- Yeldan, E. (2006) 2001 Krizi Sonrasında Türkiye: Dış Borçlanma ve Spekülasyona Dayalı Büyüme Çözülürken, Ulusal Bağımsızlık İçin Türkiye İktisat Politikaları Kurultayı Bildiriler Kitabı, İnönü Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Malatya.