

Yeni Bin Yılın Başında

Türkiye Sağlık Sektörünün

Durumu

2002



Mart 2002



Kapak için tıklayınız...

İÇİNDEKİLER

Sunuş	5
Türkiye Sağlık Sektöründe Finansman: Paran Kadar Sağlık	7
Türkiye Sağlık Sektöründe Kurumlar: Niceliksel ve Niteliksel Yetersizlik	13
Türkiye Sağlık Sektöründe İnsan Gücü: Eşitsiz Dağılım, Ucuz Emek Gücü	21
Tıp Eğitiminin Durumu: Tıp Fakültelerinde Eğitim Yeterli mi?	30
Toplumsal Sağlık Düzeyinin Durumu: Türkiye Bunu Hak Etmiyor	32
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Sorun mu? Çözüm mü?	37
SSK'nin Durumu: SSK Neyin Sigortası?	42
Ne Yapılmalı? İyisi, Kamucu ve Eşitlikçi Politikalarla Olanaklı	47
Kaynaklar	54

SUNUŞ

Sağlık bir çok bileşenin etkide bulunduğu ve hemen herkesçe en önemli olduğu kabul edilen başlıklardan biri. Sizlere sunduğumuz bu dökümandaki verilerden de görüleceği gibi ne yazık ki Türkiye'deki sağlık göstergeleri hiç de iç açıcı değil. Oysa Türkiye bu alanda çok önemli bir birikime ve sorunu çözecek dinamiklere sahip. Sorun, özde tercihlerin halkın sağlığından yana yapılmamasıyla yakından ilgili.

"Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu" broşüründe bu alanda kritik önem taşıyan ve müdahale edildiğinde sorunun çözümünde anahtar rol oynayacak alanlara ilişkin verilere yer verildi. Bir başka deyişle hiç bir alanı eksik bırakmayan bütünlüklü bir veriler dökümü yerine sorunların çözümünde önümüzü açacak kilit başlıklar öne çıkartıldı. Bu anlayışla broşürün sonunda "Ne Yapılmalı?" başlığı altında genel vurgularda bulunuldu.

Bu broşürün Türkiye'de son 1-1,5 yıl içerisinde gündeme oturan "son kriz" koşullarında sağlıklılık durumumuzdaki olası tehlikelere dikkat çekerek, "konunun ilgililerine" yardımcı olacağı umuduyla, hazırlığında katkısı olan Doç. Dr. İlker Belek ve Doç. Dr. Onur Hamzaoğlu'na teşekkür ederiz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FİNANSMAN: Paran Kadar Sağlık



Genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay hiçbir gerekçeyle açıklanamayacak kadar düşüktür ve Cumhuriyet tarihinin en düşük oranlarına son birkaç yıldır rastlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerini finansman açısından değerlendirirken kullanılabilen en önemli göstergelerden birisi genel bütçe içinde Sağlık Bakanlığı'na ayrılan kaynakların oranıdır. Bu oran son 10 yıldır %3 civarında seyrettiği biliniyor. Öte yandan bu oran Cumhuriyet tarihi boyunca %5'in üzerine çıkamamıştır. Cumhuriyet tarihinin en düşük oranı %2.3 ile 2000 yılı olmuştur. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'na ayrılacak bütçe diliminin geneldeki oranı %2.6 olarak öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı'nın bu parasal kaynakla, çok iyi niyetli ve becerili yöneticiler elinde bile kayda değer işler yapamayacağı ortadadır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye gibi ülkelere, genel bütçelerinin en az %10'unu Sağlık Bakanlığı'na ayırmalarını önermektedir.

Uluslararası karşılaştırmalar, bütçe payı göstergesi bakımından Türkiye'nin durumunun ne denli içler acısı olduğunu net biçimde ortaya koymaktadır. Türkiye, özellikle Batılı ülkeler karşısında son derece olumsuz bir konumdadır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçedeki oranı Yunanistan'da %7, Almanya'da %17, Avusturya'da %14, Çek Cumhuriyeti'nde %18, Fransa'da %16, Hollanda'da %15, İspanya'da %6, Portekiz'de %9, Romanya'da %7'dir. Halen, sosyal, siyasal ve ekonomik geçiş dönemini aşamamış eski sosyalist ülkelerin bile pek çoğunda durum Türkiye'den daha iyidir. Batı ülkeleri içinde Sağlık Bakanlığı bütçe payının en düşük olduğu ülke halen Türkiye'dir.

1998 yılı bütçesinin %40'ı aşan bir bölümünün faiz ödemelerine ayrılması, 1999 yılı için öngörülenin ise %45'in üzerinde faiz ödemelerine harcanacak olması, 1999'un ilk yarısı için asgari ücretin 56 milyon olarak belirlenmesi, hem 1998'de hem de 1999'da sağlığa ayrılan bütçenin %3'lerde seyretmesi, yatırımların azaltılması, işten çıkarmaların giderek artması, kısacası istihdamın daralması, bebek ölüm hızının binde 50'lerde seyretmesi, bir kamu hizmeti olması gereken sağlık hizmetlerinin hem Sağlık Bakanlığı hem de SSK'da temel hat olarak "Sosyal Bir Devlet Olma" iddiası yerine özelleşmeye araç olan yöntemlerin aranması ve tercih edilmesi, Türkiye'de demokratikleşme, düşünce ve örgütlenme özgürlüğü, insan hakları alanında üniversitelerden bütün yaşam alanlarına kadar iyileşme değil sınırlama ve baskıların egemen olduğu bir ortam, bedensel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik halinden bahsetmenin zorlaştığı bir tabloyu bize göstermektedir.

Yukarıda aktarılan saptamalar bütünü Türkiye'de yaşayanlar olarak temel başlığımızı sağlıklı yaşama hakkı olarak netleştiriyor. Bu hak barış içinde demokratik, örgütlenme-düşünce özgürlüğünün olduğu insan haklarına saygılı bir ortamda güvence altında olur. 1999 bu yönde çabaların artmasına aday bir yıl olarak gözüküyor.

Sağlıklı yaşama hakkı için "sağlık olsun" demeyen, sağlıklı olmak için isteyen ve uğraşan bir kararlılık gerekiyor. Bu başlık altında hastalıklardan korunma hakkı istemi ile sağlıklı çevre, sağlıklı bir konutta oturma, yeterli, dengeli beslenme, çalışacak iş ve insanca yaşayacak yeterli bir ücret mücadelesi ve yine bu çerçevede sağlık hizmetlerinden eşit, ücretsiz nitelikli yararlanma hakkı için bir sağlık alt yapısı ve bu alt yapının vazgeçilmez öğeleri olan hekim ve diğer sağlık çalışanlarının ısrarlı çabaları gerekiyor.

Türk Tabipleri Birliği olarak hükümetlere halkın sağlık hakkını gözeten ve önceleyen bir çizgi izlemeleri gerektiğini hatırlatıyoruz. Sağlık Bakanlığının yaptığı gibi özel hastane açılışlarını kamu sağlığına bir katkı olarak sunmak ya da SSK'nın yaptığı gibi özelden hizmet satın alarak SSK'yı ve kamu sağlığını koruyucu girişimlerde bulunduğu yanılması sürdürmek yerine sağlık bütçesini arttırmaya, bu bütçeği halkın sağlık ihtiyaçları yararına kullanılmaya ve özel sektöre kaynak ayırmak yerine kamu sağlık hizmetlerini koruma ve geliştirmeye davet ediyoruz.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 1998

Türkiye kendi gelir grubundaki ülkeler içinde Sağlık Bakanlığı'na en düşük kaynak ayıran ülkedir. Türkiye ile aynı gelir dilimine yerleştirilebilecek (2500-4000 Dolar aralığı) ve haklarında bilgi edinilebilen 15 ülkenin tümünde Sağlık Bakanlığı bütçe diliminin genel bütçedeki oranı %3 ve daha üzerindedir. (Örneğin Botsvana'da %5, Brezilya'da %6, Kosta Rika'da %22, Grenada'da %10, Estonya'da %16, Panama'da %19.)

Genel bütçelerinden sağlık için ayırdıkları pay %2-2.5 kadar olan ülkelerin tümünde kişi başı yıllık ulusal gelir Türkiye'den çok daha düşüktür. Bütçelerinden sağlık için ayırdıkları pay (Türkiye gibi) %2-2.5 olan ülkelerde yıllık kişi başı ulusal gelirler şu şekilde örneklenebilir: Uganda 320 Dolar, Pakistan 470 Dolar, Nijerya 310 Dolar, Moğolistan 350 Dolar, Mali 240 Dolar, Endonezya 580 Dolar, Gine Bissau 160 Dolar. Bütün bu veriler Türkiye'nin şu anki kaynaklarıyla Sağlık Bakanlığınca daha çok kaynak aktarabileceğini göstermektedir.

Bazı OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili göstergeler

Ülke	Sağlık Bakanlığı/ Bütçe (%) (1990-1999)	Toplam sağlık harcaması / GSMH (%) (1990-1997)	Kişi başı sağlık harcaması (dolar) (1990-1997)
Almanya	17	10.4	2677
Avusturya	14	7.9	2012
Avustralya	15	8.5	1798
ABD	21	14.1	4093
Fransa	16	9.8	2349
Hollanda	15	8.5	1978
İngiltere	15	6.7	1454
İtalya	11	7.6	1515
Kanada	5	9.2	1829
Norveç	5	7.5	2622
Portekiz	9	5.1	865
Yunanistan	7	7.1	803
Türkiye	2	3.8	113

Kaynak: UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 2001, 2001 Ankara
Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000, 2001 Ankara

Sağlık Bakanlığı kaynaklarının yetersizliğine bağlı olarak, yataklı tedavi kurumlarının giderek daha fazla bir oranı gelirlerini döner sermayeye dayandırmak zorunda kalmaktadır. Bilindiği gibi döner sermaye türü finansmandaki asıl sorun, hizmet kullanım anında vatandaşın cebinden daha fazla para çıkması ve doğrudan-cepten yapılan sağlık harcamalarının oranının yükselmesidir. Bu tercihin sağlıktaki eşitsizlikleri artırıcı etki yaratması beklenmelidir. Ayrıca döner sermaye tercihi, pek çok kamu sağlık kurumunun parasız hasta bakma, personel eğitimi gibi önceliklerini arka plana itmelerine neden olmaktadır. 1989 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin %58.5'i döner sermaye geliri elde ederken, bu oran 2000 yılında %75.7'ye yükselmiştir.

Ulusal gelirleri Türkiye'den çok daha düşük olduğu halde sağlık için daha fazla hükümet kaynağı ayırabilen ülkeler vardır. Örneğin Angola'da kişi başı yıllık gelir 220 Dolar, hükümet sağlık payı %6, Arnavutluk'ta gelir 870 Dolar, hükümet sağlık payı %4, Benin'de gelir 380 Dolar, hükümet sağlık payı %6, Butan'da gelir 510 Dolar, hükümet sağlık payı %11, Burkina Faso'da gelir 240 Dolar, hükümet sağlık payı %7'dir. Kısacası, ulusal gelirin düşüklüğü, hükümet sağlık harcamasının yetersizliğinin gerekçesi olamaz. Öte yandan, Türkiye'nin son 1-1.5 yıldır yaşamakta olduğu ekonomik kriz de sağlık kaynaklarının kısılmasını haklı göstermemelidir. Çünkü, Türkiye, krizi ya da

krizsiz, özellikle son 20-25 yıllık (neoliberal politikaların izlendiği, ülkemizin tam anlamıyla dışa bağımlılaştırıldığı) tarihi boyunca sağlığı hep arka plana atmıştır ve toplam sağlık harcamaları şimdikinden daha yüksek olmamıştır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı harcamalarının kaynaklarına ve yıllara göre dağılımı (1990-1998)

Kaynaklar	Dağılım				
	1990	1992	1994	1996	1998
Genel Bütçe Harcamaları	83.0	80.0	79.0	73.0	69.3
Döner Sermaye Harcamaları	10.0	13.0	18.0	25.0	28.3
Fon Harcamaları	7.0	8.0	3.0	2.0	2.4

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Sektörünün Finansmanı, 1993 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, 1998 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, 2001 Ankara.

Türkiye'de toplam sağlık harcaması miktarı da son derece düşüktür.

OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı ortalama %8.5'dir. Aynı oran Türkiye'de %3.9'dur ve yıllar içinde herhangi önemli bir değişim göstermemiştir. Söz konusu oran bakımından bu ülke grubu içinde en kötü durumdaki ülke yine Türkiye'dir. Türkiye'yi izleyen ülke Meksika iken, Türkiye ile Meksika arasındaki fark oldukça belirgindir: Meksika'da oran %5.6'dır. Diğer örnekler şu şekilde sıralanabilir: ABD'de %13.7, Almanya'da 10.5, Kanada'da %8.6, Avustralya'da %7.8, Portekiz'de %8.2, Yunanistan'da %8.0.

Türkiye'de kişi başı yıllık sağlık harcaması miktarı 150 Dolardır. Türkiye OECD ülkeleri içinde en az kişi başı sağlık harcaması yapan ülkedir. Yıllık kişi başı sağlık harcamasının ABD'de 4093, Almanya'da 2677, Avusturya'da 2012, Fransa'da 2349, İngiltere'de 1454, İtalya'da 1515, Yunanistan'da 803, Portekiz'de 865 Dolar olduğu görülmektedir.

Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarının payı ancak binde sekizdir.

Bir başka deyişle Türkiye'de sağlığın korunmasına verilen önem en fazla binde birdir. Kalan %99.9'luk kısım tedavi edici sağlık hizmetlerine yöneltilmektedir. Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların, aşıyla korunabilir hastalıkların sıklığı ve nüfus artış hızının yüksekliği dikkate alınırsa, bu oranın oldukça vahim bir tablo olduğu ortaya çıkar. Diğer bir olumsuzluk, koruyucu sağlık harcaması oranlarının yıllar içinde azalmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların, toplam

sağlık harcaması içindeki payı 1992'de %2.2 iken, 1998 sonunda %0.8'e gerilemiştir. Kişi başı yıllık koruyucu sağlık harcaması tutarı 1996'da 2.2, 1998'de ise 1.2 Dolardır.

Türkiye'de koruyucu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı (%)

	1992	1994	1996	1998
Koruyucu sağlık harcamaları	2.2	1.1	0.9	0.8
Ayakta tedavi harcamaları	63.2	65.6	64.1	64.1
Yataklı tedavi harcamaları	25.2	26.9	28.9	29.3
Diğer	9.4	6.4	6.1	5.8

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, 1998 Ankara.
Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, 2001 Ankara.

Türkiye'de kişi başına toplam ve koruyucu sağlık harcamaları (Dolar olarak)

	1992	1994	1996	1998
Kişi başına koruyucu sağlık harcaması	2.2	0.9	0.9	1.2
Kişi başına toplam sağlık harcaması	102.8	77.2	108.0	149.5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, 1998 Ankara.
Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, 2001 Ankara.

Koruyucu sağlık harcamaları ile ilgili diğer bir dramatik nokta koruyucu sağlık harcamalarını yapan tek kuruluşun Sağlık Bakanlığı olmasıdır. Özel sağlık sektörünün sağlığın korunmasına yönelik hemen hiçbir uygulamasının olmadığı söylenebilir. Sağlık Bakanlığı harcamaları içinde de koruyucu sağlık hizmetlerinin payı 1992'de %7.2 iken, 1998'de %3.0'a gerilemiş, buna karşılık hastane harcamalarının payı %51.1'den %63.9'a yükselmiştir. Hastane harcamalarındaki bu artış eğilimi, doğal olarak, koruyucu sağlık harcamalarının Türkiye'deki toplam sağlık harcaması içindeki oranına da (ters yönlü olarak) yansımıştır.

Türkiye'de özel sağlık harcamalarının toplamdaki oranı bütün batılı ülkelerin üzerindedir.

Bu açıdan bakıldığında, Türkiye sağlık sektörünün önemli derecede özelleştirilmiş olduğu söylenebilir. Türkiye'de sağlık harcamaları içinde özel harcamaların oranı %26'dır ve bunun hemen tamamı tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılmaktadır. Özel sağlık harcamalarının toplamdaki oranının İngiltere'de %3.1, İsveç'te %22, Danimarka'da %16, Belçika'da %17 olduğu

görülmektedir. Ülkemizdeki sağlık harcamalarının bu derece yüksekliği, sosyal güvenlik sistemlerinin garantilediği hizmet kapsamının daralmasından, kamu sağlık kurumlarında bile giderek daha çok sayıda hizmetten giderek daha çok miktarda ücret alınmasından kaynaklanmaktadır. Bugün Türkiye'de sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamı içinde bulunan vatandaşlar bile para ödemedi kamu sağlık kurumlarından hizmet alamaz olmuşlardır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı toplam harcamalarının yıllara göre dağılımı (%)

	1992	1994	1996	1998
Koruyucu sağlık harcamaları	7.2	4.1	3.2	3.0
Ayakta tedavi harcamaları	24.5	24.2	21.6	20.2
Hastane harcamaları	51.1	60.8	62.0	63.9
Diğer	17.2	10.9	13.2	12.9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, 1998 Ankara.
Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, 2001 Ankara.

Türkiye'nin %2.6'lık bütçe payı ve kişi başı yıllık 150 Dolarlık toplam sağlık harcaması ile sağlık sektöründeki sorunlarını çözebilmesi olanaksız görünmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı bütçesinin artırılmasının zorunluluğu bulunmaktadır. Çünkü, özel sağlık harcamaları ne miktar, ne de toplam içindeki oran olarak yıllardır önemli bir değişiklik gösterememiştir. Buradan da anlaşıldığı gibi, cepten yapılan özel harcamalar, kısıtlı kamu kaynaklarının açıkta bıraktığı sağlık gereksinimlerini karşılayabilecek kadar kaynak oluşturamamaktadır. Kısacası, özel sağlık harcamalarının, Türkiye sağlık sektöründeki finansman krizinin çözümü olamayacağı, finansman açığını kapatamayacağı ortadadır. Bunun nedeni, şüphesiz Türkiye ekonomisinin kronik krizli yapısı ve hanelerin tüketim alışkanlıkları içinde sağlığın çok arkalarda yer almasıdır. Özellikle önümüzdeki orta erimli dönemde, özel sağlık harcamalarına ilişkin bu yapının değişmeyeceğini bilmek gerekir. Türkiye'de vatandaşın özel sağlık sektöründen yararlanmak için kullanabileceği özel kaynak şimdikinden daha fazla olamayacaktır. Bu durumda sağlık sektörümüzün parasal kaynak sıkıntısını gidermenin tek yolu kamusal fonları genişletmek, Sağlık Bakanlığı bütçesini artırmaktır. Türkiye'de sağlıktaki kaynak sorunu, özelleştirme ile değil, ancak kamusal önlemlerle çözümlenebilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili bir diğer önemli gelişme Yeşil Kart ile ilgilidir. Türkiye'de 1992 yılından Kasım 2001'e kadar 11 044 233 kişi (nüfusumuzun %17'si) yeşil kart almıştır. 2001 yılında yeşil kartlıların tedavi gideri olarak yaklaşık 250 trilyon TL harcanmıştır. Yeşil kartlıların sayısındaki inanılmaz artış, bir yandan, Türkiye'de sağlık güvencesi bulunmayan, yoksulluk sınırında yaşayan nüfusun büyüklüğü hakkında fikir vermektedir. Öte yandan, Yeşil Kart'ın tam bir sağlık güvenlik mekanizması sunmadığı da bilinmektedir. Son zamanlarda, Yeşil Kart'ın da kaldırılacağı yönündeki duyurular, Türkiye'deki sağlık güvencesinin daha da daraltılacağını düşündürmektedir.

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KURUMLAR: Niceliksel ve Niteliksel Yetersizlik



Türkiye sağlık sektörü ne kadar tedavi yönelimli olsa da, hastaneleri yetersizdir.

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının hemen tamamı tedavi edici sağlık hizmetlerine ve neredeyse %65'i doğrudan hastanelere yapılırsa bile, bu, tedavi edici kurumların-hastanelerin yeterliliği anlamına gelmemektedir. Nitekim 10 bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı ABD'de 53, Almanya'da 87, Arjantin'de 48, Avusturya'da 107, Belçika'da 83, Brezilya'da 35, Danimarka'da 57, Fransa'da 93, İngiltere'de 63, Özbekistan'da 124, Yunanistan'da 51 ve Dünya ortalaması 36 iken Türkiye'de yalnızca 25.8'dir.

Türkiye'de hastane yatağı bakımından bölgeler arasında önemli eşitsizlikler vardır. 2000 yılı için 10 bin kişiye düşen yatak sayısı ortalaması 25.8'dir. Bu sayı Marmara Bölgesi'nde 21.9 iken, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yalnızca 8.7'dir. Daha da kötüsü, son beş yıldır, Güneydoğu Anadolu bölgesinde hastane yatak sayısı azalmaktadır. Güneydoğu Anadolu'da 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı 1995 yılında 10.5 iken, 2000 yılında 8.7'ye gerilemiştir. 2000 yılında 10 bin kişiye düşen yatak sayısı Adana'da 23.5, Ankara'da 39.6, Antalya'da 17.0, Bursa'da 19.4, Balıkesir'de 24.4, İstanbul'da 33.2, İzmir'de 28.4, Adıyaman'da 10.5, Ağrı'da 6.3, Gümüşhane'de 23.8, Hakkari'de 6.1, Siirt'te 10.9, Şırnak'ta 6.0 ve Mardin'de 6.9'dur.

Türkiye'de bölgelere ve yıllara göre 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayıları

Bölgeler	1992	1995	1997	2000
Marmara	19.0	17.8	18.8	21.9
Ege	18.1	18.4	20.0	21.8
Akdeniz	19.5	20.8	20.9	16.4
İç Anadolu	17.4	19.0	20.4	24.4
Karadeniz	19.5	21.8	23.5	22.6
Doğu Anadolu	13.8	14.5	16.5	18.0
Güneydoğu Anadolu	9.8	10.5	10.9	8.7
Türkiye ortalaması	24.3	24.6	25.7	25.8

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, 1998 Ankara.
Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000, 2001 Ankara.

Özelleştirmeyi olumlayan bütün söylemlere karşın, kamu hastanelerinin etkinliği, özel hastanelere göre daha yüksektir.

Türkiye'de özel hastane sayısında kısa süre içinde önemli artış olmuştur. 1993 yılında 129 olan özel hastane sayısı 2000 yılında 261'e ulaşmıştır. Toplam hastane sayısı içinde özel hastanelerin oranı 1993 yılında %13.4 iken, 2000 yılında %19'a yükselmiştir.

Özel hastane sayısındaki hızlı artışa karşın, özel hastanelerin sunduğu hizmetin yataklı tedavi hizmetleri içindeki oranı son derece düşüktür. Özel hastaneler toplam poliklinik hizmetlerinin %3.0'ını, toplam doğumların %8.9'unu, toplam ameliyatların %10.3'ünü gerçekleştirebilmektedir. Yatak Doluluk Oranının en düşük olduğu sektör özel hastaneler grubudur. Kısacası, özel hastanelerde sunulan hizmet ile yatak kapasitesi arasında önemli dengesizlik vardır. Buna karşılık, Yatak Doluluk Oranı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %58.5, SSK hastanelerinde %69.6, üniversite hastanelerinde %72.7'dir. Bu durumda özel hastanelerdeki yatakların dörtte üçünün boş durduğu yani, özel hastanecilik sektörünün, kullandığı kaynakların dörtte üçünün atıl olduğu anlaşılmaktadır. Kamu sağlık kurumlarını, hastanelerini verimsizlikle suçlayanların, özel hastanelerdeki bu büyük kaynak israfı karşısında sessiz kalmaları son derece anlamlıdır. Anlaşılacağı gibi özel hastaneler çok küçük bir azınlığa hizmet veren kurumlardır. Bunun da sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizlikleri artırıcı etkide bulunduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Türkiye'de çeşitli sektörlerdeki hastanelere ilişkin temel veriler (2000) (%)

Kurumlar	Kurum yatağı/Toplam yatak	Muayene/Toplam muayene	Doğum/Toplam doğum	Ameliyat/Toplam ameliyat	Yatak doluluk oranı
Sağlık Bakanlığı	51.2	56.1	62.7	43.5	58.5
SSK	20.2	31.1	23.8	24.6	69.6
Üniversite	17.7	7.7	3.8	18.3	72.7
Özel	7.5	3.0	8.9	10.3	26.2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000, 2001 Ankara.

Birinci basamak sağlık kurumlarının dağılımında Batının ve büyük kentlerin durumu daha kötüdür. Birinci basamak sağlık hizmetleri, Batıda ve büyük kentlerde muayenehanelere ve özel polikliniklere terk edilmiştir.

Sağlık ocağı başına düşen nüfus büyüklüğü açısından en iyi durumdaki bölge Karadeniz, en kötü durumdaki bölge ise Marmara'dır. 1997-2000 aralığında Marmara bölgesinin durumu daha da kötüleşmiş, Güneydoğu Anadolu'nun durumunda ise herhangi bir gelişme gerçekleşmemiştir. Birinci basamak sağlık kurumlarındaki niceliksel gelişme bakımından en öndeki bölgeler Karadeniz ve Akdeniz'dir. Gelişme hızı olumlu yönde en gerideki bölge ise Doğu Anadolu'dur. 2000 yılı için sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfus bakımından en iyi durumdaki üç il sırasıyla Aksaray(3391 kişi), Tunceli(3503 kişi) ve Ardahan(4649 kişi) iken, en kötü durumdaki üç il İstanbul(48076 kişi), Şanlıurfa (22309 kişi) ve Ankara (21738 kişi)'dir.

Sağlık ocaklarının sayıca artışı her zaman nüfus artış hızının üzerinde olmuşsa da, sağlık ocaklarındaki sayısal yetersizliğin sürdüğü görülmektedir. Öte yandan son iki yıldaki yeni sağlık ocağı açma hızı nüfus artış hızının da altına inmiştir. Bu gelişme sağlık ocağı sayısındaki yetersizliğin artarak süreceği anlamına gelmektedir. Türkiye'de nüfusun %60'ının kentlerde (38 milyon kişi), %40'ının (25 milyon kişi) kırsal kesimde yaşadığı, kentsel kesimde her 20 bin kişiye, kırsal kesimde de her 5 bin kişiye bir sağlık ocağı açılması gerektiği düşünülürse, Türkiye'de gerekli toplam sağlık ocağı sayısı 6900 ve nüfus artış hızı %1.6 kabul edildiğinde yılda açılması gereken yeni sağlık ocağı sayısı da kabaca 100 olmaktadır. Oysa, mevcut sağlık ocağı sayısı 5700 olup, son iki yıl içinde yılda açılan yeni sağlık ocağı sayısı da ortalama 80'de kalmıştır. Kısacası Türkiye şu anda birinci basamak sağlık kurumlarında gösterdiği "gayret" ile mevcut açığı kapatmaktan son derece uzak bir konumdadır.

Türkiye'de yıllara ve bölgelere göre sağlık ocağı başına düşen nüfus

Bölgeler					1997-2000
	1997	1998	1999	2000	Yıllık ortalama değişim hızı (%)
Marmara	18933	18472	19810	19434	-0.88
Ege	9213	8805	9273	8973	0.87
Akdeniz	11161	10741	11805	10678	1.44
İç Anadolu	10427	10117	10418	10165	0.84
Karadeniz	8324	8088	7971	7650	2.70
Doğu Anadolu	10394	10187	9658	10226	0.54
Güneydoğu Anadolu	15857	15420	16253	15893	-0.08
Toplam	11734	11306	11805	11461	0.78

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000, 2001 Ankara, verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

Doğu ve Güneydoğu'da sağlık evi sayısında azalma olduğu, yani mevcut sağlık evlerinin kapatıldığı görülmektedir.

Sağlık ocaklarındakine benzer bir niceliksel yetersizlik sorunu sağlık evleri için de vardır. Esasen bugünkü sağlık evi sayısının yetersiz olduğu bilinmektedir. Yine yukarıda kullanılan verileri dikkate alarak (kırsal kesim nüfusu 25 milyon) ve sağlık evlerinin yalnızca kırsal kesim için gerekli olduğunu kabul ederek, gerekli sağlık evi sayısının 12500 kadar olduğu ortaya çıkar. Sağlık evi sayısının yetersizliğinin yanı sıra, 1990 sonrasında sağlık evi açılma hızı nüfus artış hızının çok gerisinde kalmıştır. Daha da kötüsü 1995 yılından beri sağlık evi sayısında azalma olduğu görülmektedir. Bu gelişimde Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sağlık evlerinin kapatılmasının etkili olduğu söylenebilir.

Sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki yetersizlik yalnızca niceliksel olmayıp, aynı zamanda nitelikselidir.

Sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin bina durumunda ciddi bir olumsuzluk vardır. Nitekim 2000 yılı için sağlık evlerinin %47.5'i binasız durumdadır. Geçen 10 yıllık dönem içinde binasız sağlık evi oranında önemli azalma olsa da, 2000 yılı için saptanan oran halen çok yüksektir. Sağlık ocaklarının ise halen %32.6'sı binasızdır. Sağlık ocaklarının durumu, sağlık ocağı sayısındaki

artışın kiralık binalarla sağlanabildiğini göstermektedir. Geçici, kiralık binaların hemen tamamının sağlık ocağı işlevlerini yerine getirmekten uzak fiziksel yapıya sahip olduğu, yeterli muayene odası, laboratuvar odası oluşturmakta zorluk çekildiği bilinmektedir. Bu durumda, sağlık ocaklarındaki sayısal artışın, yeterli bir birinci basamak sağlık hizmeti sunmak açısından ne derece çözüm getirici olacağı konusu büyük kuşku uyandırmaktadır.

Türkiye'de yıllara göre sağlık ocağı ve sağlık evi sayıları ile yıllık değişimleri

Yıllar	Sağlık ocağı sayısı	Sağlık evi sayısı	Sağlık ocağında yıllık değişim %	Sağlık evinde yıllık değişim %
1980	1467	5776		
1981	1890	6262	28.8	8.4
1982	1967	6749	4.1	7.8
1983	2525	7055	8.4	4.5
1984	2793	8086	10.6	14.6
1985	2887	8464	3.4	4.7
1986	3019	9040	4.6	6.8
1987	3084	10045	2.2	11.1
1988	3170	10531	2.9	4.8
1989	3304	10731	4.5	1.9
1990	3454	11075	4.5	2.8
1991	3672	11262	6.3	1.7
1992	3901	11490	6.2	2.0
1993	4226	11630	8.3	1.2
1994	4575	11878	8.3	2.1
1995	4927	11888	7.7	-0.8
1996	5167	11877	4.9	-0.1
1997	5366	11905	3.9	0.2
1998	5538	11881	3.2	-0.2
1999	5614	11766	1.4	-1.0
2000	5700	11747	1.5	-0.2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1989, 1990 Ankara
Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2000, 2001 Ankara.

338 sağlık ocağı araştırıldı. Bu ocakların hedef nüfusu ortalama 31.916 idi (1027 kişi ile 550.000 kişi arasında değişiyordu). 20.000 üstünde hedef nüfusu olan ocak oranı %33, İstanbul ilinde 20.000'in üstünde hedef nüfustan sorumlu ocak oranı %72 idi.

338 sağlık ocağından %38'inin sağlık evi, %16.6'sının hemşiresi, %7.4'ünün ebesi yoktu. Doktoru olmayan sağlık ocağı oranı %4.4'dü. Ocakların %76.6'sında laboratuvar eğitimi almış personel yoktu.

338 sağlık ocağının %54.6'sı kendi binasındaydı. %56.2'si sobalıydı, bu ocakların %4.1'inde akar durumda su, %6.5'inde telefon yoktu. Bağışıklama ve diğer hizmetlerin yürütülmesi için önemli olan binek aracı ocakların yalnızca %17'sinde vardı. Aşısız ocak olamaz, aşı da buzdolapsız olamazken ocakların %5.6'sında buzdolabı yoktu. Bu ocakların %50'si köy gezisi yapamıyor, %67'si su örneği alamıyor, %42'si işyeri denetimi yapamıyordu. Bu çalışmada ocakların %63.3'ünde Sağlık Sosyal Yardım Vakfı'nın, %27.5'inde ise Derneğin olduğu görülmüyordu.

TTB Pratisyen Hekim/Halk Sağlığı Kolu Çalışması, 1997.

Türkiye'de sağlık evlerinin ve sağlık ocaklarının yıllara göre bina durumu

Yıllar	SAĞLIK EVİ		SAĞLIK OCAĞI	
	Binalı(%)	Binasız(%)	Kendi binasında (%)	Geçici binada (%)
1990	27.9	72.1	74.7	25.3
1992	33.4	66.6	66.5	33.5
1994	39.7	60.3	62.6	37.4
1996	44.3	55.7	62.3	37.7
1997	46.1	53.9	62.6	37.4
1998	48.9	51.1	64.9	35.1
1999	49.8	50.2	65.0	35.0
2000	52.5	47.5	67.4	32.6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1997, 1998 Ankara.
Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2000, 2001 Ankara.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık hizmeti örgütlülüğünden ve sunumundan kaçındığı bir alan da işyerleridir.

Türkiye'de 2000 yılında 753 275 işyeri ve buralarda çalışan 5 254 125 zorunlu sigortalı işçi bulunmaktadır. Zorunlu sigortalı işçilerin %57'si elliden az işçi bulunan işyerlerinde çalışmakta, işyerlerinin de ancak %2'sinde elli ve daha çok sayıda işçi çalışmaktadır. Oysa iş mevzuatımıza göre ellinin altında işçi çalıştıran işyerleri, işyeri hekimi istihdam etmekle yükümlü değildirler ve

"GÜNEYDOĞU'DA BİR OCAK"

10 Temmuz 1998 tarihinden bu yana Diyarbakır ilinin en fazla sağlık hizmeti üreten sağlık ocaklarından Dağkapı Sağlık Ocağı'nın önemli bir bölümü, kurulan yeni karakola mekan sağlamak üzere elden çıkarılmıştır. Sağlık Ocağı'nın ulaşım, aydınlanma, genişlik vb. olanakları daha iyi olan bölümleri karakol için boşaltılmış, geriye kalan mekana sığışılarak sağlık hizmeti yürütülmeye çalışılmaktadır.

Dağkapı Sağlık Ocağı Diyarbakır şehir merkezindeki en eski ve en merkezi sağlık ocaklarından olup 6 doktor, 50 hemşire ve yardımcı sağlık personeli ile;

- 40.000 nüfus

- ilk ve orta dereceli 12 okul ve

- 49 kuruma hizmet vermektedir. Bir yılda ortalama 37.000 poliklinik, 1868 adli rapor, 1993 gebe, 261 loğusa, 3279 bebek, 3340 çocuk, 1350 rahim içi araç, 21.346 aşı, 599 laboratuvar, 3093 sıtma tetkiki yapılmaktadır. İşte bu sağlık ocağından karakol kurulmasıyla rahim içi araç uygulama odası, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması odası kapatılmış, laboratuvar hizmetleri durdurulmuş, sıtma tetkikleri yapılamamaktadır. Sadece aşılama ve poliklinik hizmetleri verilmektedir.

Gerek doğu-güneydoğu anadolu bölgesi gerekse de Diyarbakır ilinin sağlık sorunları ve boyutu herkesçe bilinmektedir. Bilinen bir diğer gerçekte sağlık sorunlarının çözümünde en işlevsel kurumların birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapı taşı olan sağlık ocakları olduğudur.

Bu bilimsel gerçeklerin dışında son bir yıldır Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlık Ocağı Ana Kucağı" sloganını dile getirdiği ve 3 Haziran 1998'de de "I. Sağlık Ocağı ve Koruyucu Hekimlik Kurultayı"ni düzenlediğini biliyoruz. Aynı Sağlık Bakanlığı söz konusu olay karşısında bugüne dek sorunu çözmemiştir. Olaydan bir biçimde - muhtemelen basından- haberdar olduktan sonra karakoldan arta kalan mekanın yeterli olup olmadığını (!) öğrenmeye çalışmıştır.

Sağlık Ocakları'nın koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetlerindeki yeri açıktır. Sorumluluğun bunu daha da geliştirmek olduğu da ortadadır. Ne varki bu duruma karşın Sağlık Bakanlığı'nın konuya ilgisizliği ve çözemeyişi tarafımızdan kabul edilemez bir ciddiyetten uzaklık ve çelişkidir.

Karakolla iç içe bir sağlık kuruluşuna vatandaş gitmekten çekinmektedir. Sadece bu bile Sağlık Bakanlığı'nın sorunu çözmek için vakit yitirmemesini zorunlu kılmaktadır.

Diyarbakır ilinde sağlık konusunda en duyarlı ve sorumlu kişi olması beklenen sağlık müdürünün basına yansıyan ifadeleri de ayrı bir ciddiyetsizlik örneğidir. Bölgede hırsızlık olaylarının çokluğu dolayısıyla güvenlik gerekçesi sağlık ocağı mekanının karakola terkedilmesini gerektirmez. Temel sağlık hizmetlerini durma noktasına getirme pahasına bir güvenlik anlayışı sağlığın temel kavramlarını hafife almak demektir. Kabul edilemez bir yaklaşımdır.

Sonuç olarak karakolda sağlık alanına ait mekanda sağlıklı koşullarda güvenliğin, sağlık ocağına "kalan" bölümde ise sağlık koşullarda sağlığın üretilmeye çalışıldığı bir durum yaşanmaktadır. Bu durum, sağlığın son yıllarda içine sürüklendiği yapının çelişkilerinin netlikle -bir kez daha- gözler önüne serilmesinin son örneği; sağlığa yaklaşımın yeni bir belgesi olmuştur.

etmemektedirler. Yani 753 275 işyerinden yalnızca 14 479'unun işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu vardır. Oysa işyerlerinde sağlıkla ilgili sorunlar daha çok elliden az işçi çalıştıran işyerlerinde ortaya çıkmaktadır. Bütün bu veriler özellikle 50'den az işçi çalıştıran işyerlerine özel önem verilmesi gerekliliğini ortaya koymakta ve buralarda da işyeri hekimi bulundurulması zorunluluğunu getirilmelidir.

Türkiye'de iş kazalarının iş yerinde çalışan sigortalı sayılarına ve yıllara göre dağılımı

İş yerindeki sigortalı sayısı	1996		1997		1998		1999		2000	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-50	63194	72.8	72551	73.8	65318	71.1	56427	72.4	53542	71.5
51 +	23613	27.2	25767	26.2	26757	28.9	21528	27.6	21305	28.5
Toplam	86807	100.0	93318	100.0	91895	100.0	77955	100.0	74847	100.0

Kaynak: SSK, İstatistik Yıllığı 2000, 2001 Ankara, yararlanılarak hesaplanmıştır.

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSAN GÜCÜ: Eşitsiz Dağılım, Ucuz Emek Gücü



Sağlık alanında planlama ve gereksinimi karşılayacak istihdam politikaları bulunmamaktadır.

2000 yılı Türkiye'sinde sağlık ocaklarının %12'sinde hekim, köy sağlık evlerinin de %66'sında ebe yoktur. Personel eksikliği, birinci basamak sağlık kurumlarının fiziksel yetersizliklerinin yarattığı sorunu daha da artırmaktadır. Personel yokluğu yaşanan sağlık ocağı ve sağlık evleri açısından bölgeler arasında önemli farklar vardır. Güneydoğu Anadolu'da sağlık ocaklarının %20'si, köy sağlık evlerinin de %84'ü boştur.

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan personel dikkate alındığında Marmara bölgesinin oldukça olumsuz konumda olduğu görülmektedir. Marmara bölgesinde sağlık ocağında çalışan bir pratisyen hekim 7 614, bir ebe 5 198, bir sağlık memuru da 20 413 kişiye hizmet vermek zorundadır. Buna karşılık Ege bölgesinde pratisyen hekim 3 123, ebe 2 063 ve sağlık memuru da 8828 kişilik bir nüfustan sorumludur. Marmara bölgesinin birinci basamak personeli bakımından durumu Güneydoğu Anadolu'dan bile kötüdür. Hatırlanacağı gibi aynı Marmara bölgesi gerçeği birinci basamak sağlık kurumları sayısı için de geçerliydi. Marmara bölgesindeki olumsuzluk esasında İstanbul'un kamusal hizmet sunumunun dışına atılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Öyle ki İstanbul'da bir hekim 13661kişiye, bir ebe 17 211 kişiye, bir hemşire 17 544 kişiye ve bir sağlık memuru da 83 332 kişiye hizmet sunma sorumluluğundadır. 224 sayılı Sosyalleştirme

Yasası'nda sağlık ocaklarında bir pratisyen hekime 5 000-7 000, bir ebeye de 2 000-2 500 kişilik nüfus verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Buna göre Marmara ve Güneydoğu'da hekim için, Ege bölgesi dışındaki bölgeler için de ebe için gerekli nüfus büyüklüğünün sağlanamadığı anlaşılmaktadır.

"Güneydoğu'da Hekim Olmak"

Bölgede çalışan sağlık personeli, bölge dışı illerdeki meslektaşlarından farklı olarak "olağanüstü hal tazminatı" almaktadır. Kadro derecesi 1-4 arasında olan sağlık personeli, Batman, Diyarbakır, Hakkari, Mardin, Siirt, Şırnak, Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Muş, Tunceli, Van il merkezlerinde %13 oranında; kadro derecesi 5-15 arasında olan sağlık personeli ise %9 oranında tazminat almaktadır. Oysa aynı illerde çalışan emniyet, silahlı kuvvetler, vb. personeli %17-25, hakimler, savcılar ve öğretim üyeleri de %14-22 oranında (ve kadro farkı aranmaksızın) tazminat almaktadırlar.

Türkiye'de bölgelere göre hekimi olmayan sağlık ocağı ve ebesi olmayan köy sağlık evleri, 2000

Bölgeler	Hekimi olmayan sağlık ocağı		Ebesi olmayan köy sağlık evi	
	Sayı	%	Sayı	%
Marmara	99	11.0	768	53.0
Ege	65	7.0	693	47.0
Akdeniz	62	8.0	503	44.0
İç Anadolu	116	11.0	1179	73.0
Karadeniz	144	14.0	2068	68.0
Doğu Anadolu	98	18.0	1575	85.0
Güneydoğu Anadolu	81	20.0	927	84.0
Türkiye	665	12.0	7713	66.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılıığı 2000, 2001 Ankara.

Türkiye'de bölgelere göre sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan hekim, ebe, hemşire ve sağlık memuru başına düşen nüfus (2000)

Bölgeler	Hekim başına düşen ortalama nüfus	Ebe başına düşen ortalama nüfus	Hemşire başına düşen ortalama nüfus	Sağlık Memuru başına düşen ortalama nüfus
Marmara	7614	5198	8929	20413
Ege	3123	2063	4764	8828
Akdeniz	3455	2500	5217	9162
İç Anadolu	3556	3420	6230	8807
Karadeniz	4080	2557	5872	6693
Doğu Anadolu	4573	3034	5638	7434
Güneydoğu Anadolu	6430	4912	7261	12598
Türkiye	4435	3209	6302	10156

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000, 2001 Ankara.

Türkiye'de nüfus/ebe oranında ciddi bir kötüleşme, dolayısıyla ebelerin iş yükünde artış vardır.

Bir ebe'nin 2000-2500 kişilik nüfustan sorumlu olması gerektiği yasa gereğidir. Bu sınırların üzerine çıkan nüfus büyüklüklerinin hizmetin niteliğini düşüreceği bilinir. Türkiye'de, 1995 yılında bu gösterge bakımından sorunlu tek bölge Güneydoğu Anadolu idi. 2000 yılına gelindiğinde bütün bölgelerde ebe başına düşen nüfus büyüklüğünde önemli bir artış olmuş ve Marmara, İç Anadolu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'nun durumu yasada belirlenen sınırın üzerine çıkmıştır. Bu bakımdan en kötü durumdaki bölge yine Marmara'dır. Nüfus karşısında ebe sayısındaki bu yetersizliğin, birinci basamak sağlık hizmetlerini, koruyucu sağlık hizmetlerini, sağlık eğitimi çalışmalarını olumsuz yönde etkileyeceği kesindir.

Kamuda çalışan hekimler giderek daha çok oranda yarı süreli çalışmayı tercih etmektedir.

Yıllar içinde, giderek daha fazla oranda hekimin kamu kurumlarında yarı süreli (part-time) çalışmayı tercih ettiği görülmektedir. 1992-1998 yılları arasında yalnızca özel sektörde çalışan hekimlerin oranında önemli bir değişiklik olmazken (1992'de %14 ve 1998'de %13), yalnızca kamuda çalışanların oranı neredeyse yarı yarıya azalmış (%52'den, %29'a), yarı süreli çalışanların

oranı ise bir o kadar artmıştır (%34'ten, %58'e). Bugün hekimlerin yarıdan çoğu yarı süreli olarak çalışmaktadır. Bu eğilim, hekimlerin kamuda elde ettikleri ücretin geçimlerini sağlamaya yetmemesiyle açıklanabilir. Yarı süreli çalışma kamu sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesi üzerinde, olumsuz yönde, kaçınılmaz biçimde etki yaratmaktadır. Öte yandan, yapılan araştırmalar, hekimlerin, kamuda yeterli ücret verildiğinde muayenehanelerini kapatma isteğini taşıdıklarını göstermektedir.

Türkiye'de yıllara ve bölgelere göre ebe başına düşen nüfus

Bölgeler	1990	1995	2000	1990-2000 Yıllık
				ortalama değişim hızı (%)
Marmara	2212	1819	5198	-13.5
Ege	1704	1252	2063	-2.1
Akdeniz	1729	1364	2500	-4.5
İç Anadolu	1541	1589	3420	-12.2
Karadeniz	1585	1292	2557	-6.1
Doğu Anadolu	1603	1584	3034	-8.9
Güneydoğu Anadolu	2522	2825	4912	-9.5
Toplam	1841	1564	3209	-7.4

Kaynak: DİE 1995, Sağlık Bakanlığı 1996'daki verilerden yararlanılarak hesaplanmıştır (1990 ve 1995 yılları için)

Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000, 2001 Ankara.

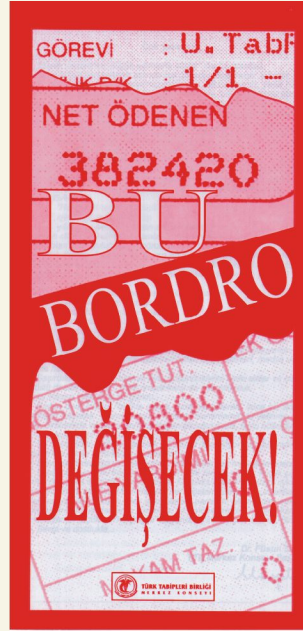
Türkiye'de hekimlerin özel ve kamu çalışma tarzına göre dağılımı (%)

Çalışma tarzı	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Yalnızca özel	14.0	13.0	14.0	15.0	14.0	13.5	13.0
Yalnızca kamu	52.0	50.0	49.0	42.0	28.0	23.5	29.0
Yarı süreli (kamu+özel)	34.0	37.0	37.0	43.0	58.0	63.0	58.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, 1998 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997, 2001 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, 2001 Ankara.



daha iyi hekimlik ortamı için, daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için, daha iyi bir ücret için

oyalanmayalım!
OYLAYALIM

Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı
hekimlerin mali haklarının
iyileştirilmesine yönelik
öncelikli yasa tasarısı
önerilerini

kabul ediyorum uygun görmüyorum

KATILIMIMIZ GÜCÜMÜZDÜR

TÜM TÜRKİYE'DE

1 KASIM 2000



Türkiye'de bir hekimin maaşı, İngiltere'deki meslektaşının maaşının 15'te biri kadardır

Uzman ve pratisyen hekimlerin maaşlarında yıllara göre önemli bir yıpranma söz konusudur ve ücret düzeyleri zaten son derece düşüktür. Personel maaşları Türkiye'nin siyasal tarihiyle de ilişkilidir. 1980 darbesi ücretlerde çok önemli bir yıpranma yaratmıştır. Bunun etkileri ancak 1989'da işçi sınıfının başlattığı Bahar Eylemleri ve hekimlerin Beyaz Eylemleri süreci ile birlikte ve içine girilen genel seçim atmosferinin katkısıyla aşılabilmektedir. O tarihten bu yana yine düzenli bir gerilemenin olduğu ve 2001 yılı ile bu eğilimin tepe noktasına ulaştığı görülmektedir. İngiltere'de birinci basamakta çalışan bir hekimin yıllık gelirin 110 bin Dolar seviyesinde olduğu göz önüne alındığında, Türkiye'de ücret düzeylerinin ifade ettiği anlam daha çarpıcı biçimde ortaya çıkmaktadır. Ücretlerin düşüklüğü sağlık çalışanlarının motivasyonluğunun önemli bir etkenidir ve tümünü ek gelir kaynakları aramaya, hekimleri muayenehane açmaya, yarı süreli çalışmaya yöneltmektedir. Yukarıda da değinildiği gibi, yarı süreli çalışma kamu kurumlarındaki hizmet niteliğini düşüren ve muayenehane ile kamu kurumu arasında istenmeyen ilişkilerin gelişmesine neden olan önemli etkenlerden birisidir. Bu nedenle tam süre uygulamasıyla birlikte, tam süre kamu sektöründe çalışmayı tercih eden sağlık çalışanlarına emeklerinin karşılığı olan ücretin emekliliklerine de yansıtılacak şekilde verilmesi kamu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yolunda en önemli adımlardan birisi olacaktır.

Bazı sağlık personelinin yıllara göre çıplak ve 2000 Mart ayı değerlerine göre düzeltilmiş maaşları(Milyon TL, Ankara için)

	Uzman (1/4)		Pratisyen (8/3)		Ebe-Hemşire (12/3)	
	TL	Dolar	TL	Dolar	TL	Dolar
1979	0.023	920	0.012	517	0.010	400
1980	0.038	543	0.019	271	0.011	157
1981	0.046	500	0.026	288	0.013	141
1982	0.052	371	0.033	236	0.018	129
1983	0.069	361	0.043	225	0.025	131
1984	0.100	324	0.065	210	0.036	117
1985	0.148	328	0.092	204	0.052	115
1986	0.228	392	0.128	220	0.071	122
1987	0.306	406	0.196	260	0.110	146
1988	0.478	428	0.315	282	0.177	158
1989	1.327	706	0.862	458	0.454	241
1990	1.949	830	1.342	572	0.709	302
1991	3.445	1132	2.414	794	1.303	428
1992	5.955	1085	4.183	762	2.522	460
1993	8.908	1011	7.121	808	4.162	472
1994	13.287	772	10.513	611	6.317	367
1995	29.589	732	25.679	636	16.473	408
1996	44.553	713	38.659	619	24.384	406
1997	102.558	884	80.124	691	48.960	422
1998	178.193	832	139.345	651	85.384	399
1999	259.437	785	220.317	666	136.152	411
2000	323.140	579	252.451	453	155.052	273
2001	560.000	836	400.000	597	212.000	316
2002	736.000	508	571.000	394	357.000	247

Kaynak: Capital, Infocard, Nisan 2000.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1987-1994; 1989; 1992; 1996; 1998, 1997;
1989; 1992; 1997; 1999 Ankara

Dolar kuru ilgili yılın Ocak ayı başındaki değeri olarak alınmıştır. Maaşlar 1999 yılında kadar Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarından 2000-2002 yılları içinse Sağlık Müdürlüğü'nden öğrenilmiştir.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ'NİN 657 SAYILI DEVLET MEMURLARI KANUNUNA EK VE DEĞİŞİKLİK ÖNERİLERİ

TEKLİF 1- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun “Göstergeler” başlıklı 43. maddesinin (B) bendine göre 18.05.1994 tarih ve 527 sayılı KHK'nin 3. maddesi ile düzenlenmiş olan “Hizmet Sınıfları İtibariyle Unvan ve Aylık Alınan Derecelere Göre Ek Göstergeler” cetvelinin “III-Sağlık Hizmetleri Sınıfı” aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

	DERECESİ	EK GÖSTERGE	
		MEVCUT	TEKLİF
a) (1)On yıl ve daha fazla hizmeti olan Klinik Şefi	1	3600	6400
(2) On yıldan az hizmeti olan Klinik Şefi	1	3600	6100
b) Klinik Şef Yardımcısı	1	3600	5300
	2	3000	4800
	3	2200	4100
c) Başasistan, Uzman T abip	1	3600	4800
	2	3000	4000
	3	2200	3000
	4	1600	2150
	5	1300	1750
	6	1150	1550
	7	950	1300
	8	850	1150
d) Tabip	1	3600	4600
	2	3000	3850
	3	2200	2800
	4	1600	2050
	5	1300	1700
	6	1150	1450
	7	950	1200
	8	850	1100

TEKLİF 2- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 213. maddesinden sonra gelen “Zam ve Tazminatlar” başlıklı Ek Madde'nin “II-Tazminatlar” bölümüne “H” bendi olarak aşağıdaki bent eklenmiş ve mevcut (H) bendi (I) bendi olarak değiştirilmiştir.

HEKİMLERİN MALİ HAKLARININ İYİLEŞTİRİLMESİNE YÖNELİK ÖNCELİKLİ YASA TASARISI ÖNERİLERİ



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

H-Sağlık Hizmetleri Tazminatı

a)Klinik Şefi	%250'sine
b)Klinik Şef Yrd.	%200'üne
c)Başasistan	%150'sine
d)Temel Sağlık Hizmetlerinde görevli tabiplerden;	
-1-4.dereceden aylık alanlar	%200'üne
-Diğer derecelerden aylık alanlar	%100'üne
e)Sağlık Hizmetleri Sınıfına Dahil diğer tabiplerden;	
-1-4. dereceden aylık alanlar	%150'sine
-Diğer derecelerden aylık alanlar	%75'ine

Bu madde hükmü, 2547 sayılı Yüksek Öğrenim Kanununun 3/l hükmüne tabi personelden tabip olanlar hakkında da aşağıdaki şekilde uygulanır.

Sağlık Hizmetleri Tazminatı Oranları %

Profesör	%250'sine
Doçent	%200'üne
Yrd. Doçent	%150'sine
Diğer tabip personelden	
-1-4. dereceden aylık alanlar	%150'sine
-Diğer derecelerden aylık alanlar	%75'ine

TEKLİF 3- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 213. maddesinden sonra gelen “Zam ve Tazminatlar” başlıklı Ek Madde'nin “II-Tazminatlar” bölümü “A-Özel Hizmet Tazminatı” başlıklı fıkranın “b” bendindeki özel hizmet tazminat oranları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

ÖZEL HİZMET TAZMİNAT ORANI(%)

	MEVCUT	TEKLİF
1-		
a)Klinik Şefi	215	430
b)Klinik Şef Yardımcısı	200	400
c)Başasistan	190	380
d)Uzman Tabiplerden		
-1-4. derecelerden aylık alanlar	180	360
-Diğer derecele rden aylık alanlar	160	335
e)Tabip, Asistan Tabiplerden		
-1-4. derecelerden aylık alanlar	145	310
-Diğer derecelerden aylık alanlar	140	285

Bu madde hükmü, 2547 sayılı Yüksek Öğrenim Kanununun 3/l hükmüne tabi personelden tabip olanlar hakkında da aşağıdaki şekilde uygulanır.

Özel Hizmet Tazminatı Oranları %

Profesör	%430'una
Doçent	%400'üne
Yrd. Doçent	%380'ine
Uzman	
-1-4. dereceden aylık alanlar	%360'ına
-Diğer derecelerden aylık alanlar	%335'ine
Diğer tabip personelden	
-1-4. dereceden aylık alanlar	%310'una
-Diğer derecelerden aylık alanlar	%285'ine

TEKLİF 4- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 23.02.1995 tarih ve 547 sayılı KHK'nin 10. maddesi ile eklenmiş olan Ek Madde 33 aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Sağlık kurumlarında normal mesai saatleri dışında, genel tatil günlerinde veya hafta sonu tatillerinde normal, acil, icap veya branş nöbeti tutarak bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanılmasına müsaade edilmeyen hekimlere; her bir izin suretiyle karşılanamayan nöbet saati için (icap nöbetlerinde çağrı üzerine fiilen çalışılan saatten başka, çağrının beklendiği nöbet süresinin üçte biri dikkate alınır) aşağıda gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayı ile çarpılması sonucu bulunacak tutarda nöbet ücreti ödenir. Bu ücret damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesintiye tabi tutulmaz.

Bu madde hükmü, üniversitelerin yataklı tedavi kurumlarında çalışan ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 50. maddesinin (e) bendi kapsamında bulunanlar hakkında da uygulanır.”

GÖSTERGE		
	Mevcut	Teklif
a)Klinik Şefi, Şef Yardımcısı, Başasistan, Uzman Tabip	60	178
b)Tabip	55	146

TEKLİF 5- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun mülga olan 195. maddesi “Sağlık Personeli Mahrumiyet ikramiyesi “adı altında yeniden düzenlenmelidir.

“Belirli bölgelerde çalışan tabiplere, bölgenin mahrumiyet derecesine göre, bir mali yıl içinde iki ile altı aylıkları tutarında mahrumiyet ikramiyesi

ödenir. Bölgeler ve ödenecek ikramiyeler Sağlık Bakanlığı’na hazırlanacak yönetmelikte düzenlenir.”

TEKLİF 6- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun “Çalışma Saatleri” başlıklı 99. maddesine aşağıdaki cümleler eklenmiştir.

“Hekimler için bu süre 40 saattir. 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanununun 2. maddesindeki haftalık 40 ve 45 saatlik çalışma süreleri 35 ve 40 saat olarak uygulanır.”

TEKLİF 7- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun “Yıllık İzin” başlıklı 102. maddesine aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Hekimler için bu süreler 25 ve 35 gün olarak uygulanır.”

TEKLİF 8- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun “Mazeret İzni” başlıklı 104. maddesine aşağıdaki bent eklenmiştir.

D) Hekimlere, Türk Tabipleri Birliği tarafından kredilendirilen yurtiçi ve yurtdışındaki bilimsel toplantılara katılabilmelerini teminen yılda toplam bir ayı geçmemek üzere mazeret izni verilir. Bu iznin verilebilmesi için katılımcılığın belgelenmesi şarttır.

TEKLİF 9- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun “Kurumların Memurlarını Hizmet İçinde Yetiştirme Esasları” başlıklı 214. maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının düzenlediği veya bu kurumlarca kredilendirilen bilimsel/mesleki etkinliklere ilgili personelin katılımı özendirilir. Maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar ilgili Bakanlıklar tarafından meslek kuruluşlarının görüşü alınarak hazırlanacak bir yönetmelikte belirlenir.”

ÖNERİ:

657 sayılı Devlet Memur Kanununun 213. maddesinden sonra gelen Zam ve Tazminatlar başlıklı Ek Maddenin 1. fıkrasının “(b)” bendinde düzenlenen “Hayat ve Sağlık İçin Tehlike Arzeden Hizmetlerde Çalışanlara Ödenecek İş Riski Zammı”nın tüm hekimler için Bakanlar Kurulu tarafından 40.000 puan olarak belirlenmesi önerilmektedir.

TIP EĞİTİMİNİN DURUMU: Tıp Fakültelerinde Eğitim Yeterli mi ?

Türkiye'deki tıp fakültelerinin önemli bir kısmı hekim yetiştiremeyecek durumdadır.

Türkiye'de gereksiz yere ve gerekli donanımdan yoksun tıp fakültesi açılmaya devam edilmektedir. Daha da kötüsü hekim sayısının artırılması sağlık sektöründeki sorunların çözüm yolu olarak gösterilmektedir. Tam tersine, Türkiye'de tıp fakültesi açma sürecinin kendisi önemli bir sorun durumuna gelmiş bulunmaktadır.

1964 yılında 4 olan ülkemizdeki tıp fakültesi sayısı, 1970'de 8, 1975'te 16, 1989'da 24 ve 1998'de 47, 2002'de 50'ye yükseldi. Tıp fakültelerinden yılda mezun olan öğrenci sayısı ise yine aynı yıllar sırasıyla 426, 778, 1149, 2200, 3264 ve 4500 oldu. Bu süreç, kamu sağlık sektöründeki personel kısıtlayıcı istihdam politikalarıyla da birleşince, işsizlik hekimler için önemli ve gerçek bir sorun haline geldi. Bugün Türkiye'de fiilen işsiz olan bir kaç bin hekimin bulunduğu biliniyor.

Tıp eğitiminin niteliği doğrudan etkileyen bir konu, öğrenci sayısı ya da kontenjanlardır. Bunun yanı sıra, tıp fakültelerinde verilen eğitimin niteliğini etkileyen pek çok başka belirleyici de söz konusudur. Bunlar arasında; Türkiye'nin gereksinimi olan hekim modelinin belirlenmemiş olması ve müfredatın buna göre ayarlanmamış olması, tıp eğitiminin topluma dayalı olmaması, beceriye dayalı metodoloji yerine teorik eğitim uygulanıyor olması sayılabilir.

Tıp eğitiminin yaşam boyu süren bir eğitim olduğu kavramı öğrenciye aktarılamamakta, psiko-

sosyal kavramlarla zenginleştirilmiş dengeli bir müfredat oluşturulamamaktadır. Tıp fakültelerimizde 1. basamağa önem veren bir eğitimin yapılamıyor olmasında topluma dayalı uygulamaların doğrudan öğretildiği eğitim ve araştırma bölgelerinin olmaması da rol oynamaktadır. Tıp öğrencilerinin öğretimlerinin erken döneminde uygulama ile karşılaşmaları ve uygun "rol model" lerden hekimlik becerilerini öğrenmeleri gerekir. Oysa ki Türkiye'de ki tıp fakültelerinde tüm bunları engelleyen bir durum sözkonusudur. Örneğin; tıp fakültesi öğretim üyelerinin tam zamanlı çalışıyor olmaları önemli bir engeldir.

Sağlık insan gücü alanında hekimlerle birlikte takım çalışmasının içerisinde olan diğer sağlık mesleklerinin de gerek eğitimlerinde, gerek özlük haklarında, gerekse de istihdamlarında önemli vb. sorunlar vardır.

KAMUOYUNA

14 Mart ülkede "bilimsel tıp eğitiminin" başlamasını simgeleyen bir tarihtir. Tıp eğitiminin irdelenmesi için bir fırsattır. Bu gerekçeyle 14 Mart haftasında biz aşağıda imzası bulunan Tıp Fakülteleri öğretim üyeleri tıp eğitimi ile ilgili görüşlerimizi kamuoyu ile paylaşmak istiyoruz.

Tıp eğitiminin temel amacı bireyin ve toplumun sağlığına katkıda bulunacak nitelikli hekim yetiştirmektir.

Özellikle son yıllarda tıp eğitiminin niteliğini etkileyen en önemli sorunlar yaşanmaktadır. Pek çok eğitim kurumu yeterli altyapı oluşturulmadan açılmıştır. Eğitimci olarak;

- Nitelikli tıp eğitimi için tüm olanakların seferber edilmesi,
- Tıp fakültelerinde öğrenci sayılarının azaltılması,
- Yeni tıp fakültelerinin açılması yerine mevcut fakültelerinin geliştirilmesi,
- Devlet üniversitelerine yeterli kaynak ayrılması,
- Fakültelerin önceliklerinin hizmetten çok eğitim ve araştırma olması,
- Gerekliliğine kamuoyunun dikkatini çekeriz.

Saygılarımızla,
(Bir Grup Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)
14 Mart 1998



MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİ RAPORU 2000



Yayın No: 007/2000

TOPLUMSAL SAĞLIK DÜZEYİNİN DURUMU: Türkiye Bunu Hak Etmiyor



Türkiye'nin insanları, mevcut sağlık düzeyini hak etmiyor.

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 çıkıyor. Türkiye ulusal geliri düşük bir ülke olabilir. Ancak bilinmelidir ki, Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri, elindeki gelire ulaşabileceği düzeyin de gerisindedir. Geliri Türkiye'den daha az olduğu halde sağlıkta çok daha iyi sonuçlar elde edebilen ülkeler vardır. Ancak bu ülkeler bu başarılarını, ellerindeki kıt kaynakları, sağlık, eğitim gibi sosyal sektörlere, sağlıktaki kaynaklarını da koruyucu sağlık hizmetlerine ve birinci basamağa yönlendirerek başarabilmişlerdir.

Avrupa ülkeleri içinde çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke Türkiye'dir. Toplumsal sağlık düzeyini ölçmekte ve uluslararası karşılaştırmalar yapmakta kullanılan temel gösterge olan Çocuk Ölüm Hızı (ÇÖH) bakımından Türkiye'nin durumunun hiç de iç açıcı olmadığı gözlenmektedir. Türkiye'de Çocuk Ölüm Hızı binde 48'dir. Yani Türkiye'de, her yıl, 5 yaşından küçük her 1000 çocuktan 48'i ölmektedir. Aynı hız Avrupa ülkelerinde yalnızca binde 5-6 kadardır.

Kişi başı ulusal geliri 1000 Doların altında olan Arnavutluk, Azerbaycan, Ermenistan, Makedonya,

Gürcistan, Honduras, Moldova, Nikaragua, Solomon Adaları gibi ölkelerde ÇÖH Türkiye'den daha düşüktür.

Türkiye, elindeki geliri insan yararına kullanmayı bilmeyen, istemeyen bir ölkedir. Kişi başı ulusal geliri 2500-4000 Dolar aralığında bulunan 19 ölkenin 14'ünde ÇÖH Türkiye'den daha iyi durumdadır. Bu gösterge açısından durumu Türkiye'den daha kötü olan ölkeler ise Gabon, Botswana ve Güney Afrika'dır.

Gelişmiş ölkeler ve Türkiye'de çocuk ve bebek ölüm hızları (ÇÖH ve BÖH, binde) (1999)					
Ölke	ÇÖH	BÖH	Ölke	ÇÖH	BÖH
Almanya	5	5	İsveç	4	3
ABD	8	7	İsviçre	4	3
Belçika	6	6	İtalya	6	6
Danimarka	5	4	Japonya	4	4
Finlandiya	5	4	Kanada	6	6
Fransa	5	5	Norveç	4	4
Hollanda	5	5	Portekiz	6	5
İspanya	6	6	Yunanistan	7	6
Türkiye	48	40			

Kaynak: UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 2001, 2000 Ankara.

Komşu ölkeler içinde (Irak dışında) çocuk ve bebekleri en çok ölen öлке de yine Türkiye'dir. ÇÖH Yunanistan'da binde 7, Suriye'de binde 30, Bulgaristan'da binde 17, Ermenistan'da binde 30, Gürcistan'da binde 23'tür. Komşularımız içinde yalnızca, yıllardır savaş ve ambargo koşullarında yaşayan Irak'ta ÇÖH Türkiye'den daha yüksektir (binde 128).

Türkiye, gelirini sağlık alanına yatırmadığı için çocukları ve bebekleri ölmektedir. Kişi başı ulusal geliri Türkiye'den düşük olan 38 ölkenin ÇÖH Türkiye'den daha düşüktür. Türkiye 189 öлке içinde gelir sıralamasında durumu en kötü 133. öлке iken (132 ölkenin geliri Türkiye'den daha düşük, 56 ölkенinki ise Türkiye'den daha yüksektir); ÇÖH sıralamasında durumu en kötü 82. ölkedir (81 ölkенin çocuk sağlığı durumu Türkiye'den daha kötü, 107 ölkенin durumu ise daha iyidir). Kısacası, Türkiye'nin, dünya ölkeleri içinde sağlık sıralamasındaki yeri, gelir sıralamasındaki yerinden 51 basamak daha aşağıdadır.

Türkiye'nin sahip olduğu ulusal gelir düzeyi dikkate alındığında, Çocuk Ölüm Hızı'nın binde 48 değil,

yaklaşık binde 30 olması beklenir. Aradaki fark UNICEF tarafından -18 puanlık kötü performans olarak değerlendirilmektedir. Yani Türkiye sağlık açısından kötü performans gösteren az sayıdaki ülkeden birisidir. Kötü performansın nedeni olarak ise, eldeki ulusal geliri bile gerektiği şekilde kullanamayan yönetim yapısı gösterilmektedir.

Kişi başı ulusal geliri 756-2995 Dolar aralığında olan bazı ülkelerde önemli sağlık göstergeleri (1999)

Ülke adı	GSMH(\$)	BÖH(%)	5YKÖH(%)	Doğumda yaşam beklentisi(yıl)
Sri Lanka	820	17	19	74
Arnavutluk	870	29	35	73
Suriye	970	25	30	69
Filipinler	1020	31	42	69
Küba	1170	6	8	76
Kazakistan	1230	35	42	68
Ekvator	1310	27	35	70
Ürdün	1500	29	35	71
Romanya	1520	21	24	70
Paraguay	1580	27	32	70
Makedonya	1690	22	26	73
El Salvador	1900	35	42	70
Tayland	1960	26	30	69
Tunus	2100	24	30	70
Fiji	2210	18	22	73
Kolombiya	2250	26	31	71
Jamaika	2330	10	11	75
Letonya	2470	17	21	69
Litvanya	2620	18	22	71
Kosta Rika	2740	13	14	76
Türkiye	2900	40	48	70

Kaynak: UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 2001, 2000 Ankara.

Türkiye'de toplumsal sağlık düzeyi açısından var olan eşitsizlikler artmaktadır. Örneğin, Bebek Ölüm Hızı için Kır/Kent oranı 1978 yılında 1.23 kat iken, bu oran 1998'de 1.56'ya yükselmiştir. Eşitsizlikteki artış, önlenabilir nedenlere bağlı olan, postneonatal (doğum sonrası 29-365 gün arasındaki) bebek ölümleri için daha da belirgindir: 1978'de 1.36 kat iken, 1998'de 2.17 kat.

Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada da bölgeler ve kıır/kent arasında önemli eşitsizlikler vardır.

Türkiye'de toplumsal sağlık düzeyinde yıllara göre değişim (%)		
	1978	1998
Bebek Ölüm Hızı		
Yerleşim Yeri		
Kır/Kent	1.23	1.56
Bölge		
Doğu/Batı	1.36	1.88
Postneonatal Bebek Ölüm Hızı		
Yerleşim Yeri		
Kır/Kent	1.38	2.17
Bölge		
Doğu/Batı	2.12	3.85

Kaynak: Belek İ, Hamzaoğlu O. Toplum Sağlık Eczacı 2001, 1(1): 47

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde yıllara göre değişim(%)		
	1988	1998
Doğum Öncesi Bakım Almayan Gebeler		
Yerleşim Yeri		
Kır/Kent	1.65	2.21
Bölge		
Doğu/Batı	2.03	4.36

Kaynak: Belek İ, Hamzaoğlu O. Toplum Sağlık Eczacı 2001, 1(1): 47

Çocuk ölüm hızı Türkiye'nin doğusunda binde 76 iken, batısında 38'dir. Her türlü eşitsizlik sağlığa da yansımıştır.

Gebeliği boyunca, doğum öncesi herhangi bir tıbbi bakım almamış annelerin oranı doğuda %61, batıda %14'tür.

Gebelikleri boyunca tetanoz aşısı yapılmamış annelerin oranı doğuda %73, batıda %60'tır.

Doğu'da doğumların %54'ü evde gerçekleşmektedir. Bu oran batıda %13'tür. Doğuda doğumların %45'i ara ebeleri veya konu-komşu tarafından yaptırılmaktadır. Aynı oran batıda %7'dir.

Doğu'da 12-23 aylık çocukların ancak %23'ü, batıda %50'si tam aşıdır. Hiç aşı yapılmayan çocuk oranı doğuda %10, batıda %2'dir.

Doğuda çocukların %17'sinde kilo bakımından beslenme bozukluğu bulunmaktadır. Batıda ise aynı oran %4'tür.

Türkiye'de İnsani Gelişme Endeksi bakımından bölgeler arasında önemli eşitsizlikler vardır.

İnsani Gelişme Endeksi (İGE), bir ülkenin gelişmişliğini ortaya çıkarmak amacıyla, toplumsal sağlık düzeyinin de belirleyicisi olan birden fazla göstergenin birleştirilmesiyle elde edilen iyi bir göstergedir. İGE açısından son 25 yıl içinde bütün bölgelerin durumunda bir gelişme varsa da, asıl önemlisi bölgeler arasındaki eşitsizliğin artmış olmasıdır. Öte yandan, Güneydoğu Anadolu bölgesinin Türkiye ortalamasına göre geri kalmışlığı, son 25 yıllık dönem içinde daha da belirginleşmiştir. Güneydoğu 1975'te Türkiye ortalamasının %8.3 gerisinde iken, 1997'de fark %10.8'e yükselmiştir. Benzer bir kötüleşme Akdeniz bölgesi için de geçerlidir.

Türkiye'de bölgelere ve yıllara göre insani gelişme indeksi

Bölgeler	1975	Türkiye ortalamasından farkı	1997	Türkiye ortalamasından farkı
Marmara	0.627	0.097	0.801	0.081
Ege	0.573	0.043	0.757	0.037
İç Anadolu	0.549	0.030	0.736	0.016
Akdeniz	0.528	-0.020	0.713	-0.070
Karadeniz	0.504	-0.026	0.694	-0.026
Güneydoğu Anadolu	0.447	-0.083	0.612	-0.108
Doğu Anadolu	0.446	-0.084	0.612	-0.108
Türkiye	0.530		0.720	

Kaynak: UNDP, İnsani Gelişme Raporu Türkiye 2001, 2001 Ankara

İGE; doğumda yaşam beklentisi ile ölçülen ömür, yetişkinlerde okuma yazma oranı ile (ağırlıklı üçte iki) ilköğrenim, lise ve yüksekokul okullaşma oranları ile ölçülen eğitim düzeyi ve kişi başına reel GSYİH ile ölçülen yaşam standardından oluşan üç gösterge üzerinden hesaplanmaktadır.

İGE; 0.000 ile 1.000 arasında değişmektedir ve 0.000 ile 0.500 arası düşük insani gelişme, 0.501-0.800 orta insani gelişme ve 0.801'in üzeri yüksek insani gelişme olarak tanımlanmaktadır.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ: Sorun mu? Çözüm mü?



Hükümetler birinci basamak sağlık hizmetleri konusundaki yasaları açıkça çiğnemektedir.

Türkiye sağlık sisteminde, birinci basamaktaki kurumlar (sağlık ocakları) ile hastaneler arasında sevk sistemi 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un gereğidir. Buna göre, doğal işleyişte, sağlık ocaklarında muayenesi yapılmamış hiçbir hastanın (aciller dışında) hastanelere başvuramaması gerekir. Bu uygulama bütün Batılı ülkelerde de geçerlidir ve hastanelerdeki gereksiz hasta yığılmasını engellemek, hastanelerdeki hizmet niteliğini düşürmemek açısından da gereklidir. Buna karşılık Türkiye'de sevk sistemi, yasaların çiğnenmesi pahasına, işletilmemektedir. 224 sayılı Yasa'yı çiğneyenler hükümetlerdir.

Sonuçta Sağlık Bakanlığı yapısı içindeki poliklinik hizmetlerinin önemli oranda hastanelerce verildiği görülmektedir. Sevk sisteminin işlemesi durumunda 1/9 olması gereken hastane/sağlık ocağı poliklinik oranı, 2000 yılı için 1.0'dır. 1990 yılından beri oranda belirgin düşme olmuşsa da, sonucun beklenenin çok uzağında olduğu açıktır. Öte yandan, son yıllarda, sağlık ocaklarının toplam poliklinik hizmetleri içindeki ağırlığının artmasının bir nedeni de, sayıları giderek artan Yeşil Kartlı hastaların hastaneye sevklerinin sağlık ocağından yapılması zorunluluğunun konulmasındandır. Kısacası hastaların yarısı hastanelerde, ancak kalan yarısı sağlık ocaklarında muayene edilmektedir. Bunun anlamı hastanelerin hasta yükünün, gerekenin beş katına çıkmış

olmasıdır. İş yükündeki bu artışın, zaten yetersiz olan kamu hastanelerinin durumunu daha da olumsuzlaştırdığı açıktır.

HÜKÜMETLER SUÇ İŞLİYOR

Halkın gereksinimlerine öncelik veren, ücretsiz ve nitelikli bir sağlık sistemini yaratmayı amaçlayan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun uygulanmıyor. Sağlık hizmetini, halkın ihtiyaçlarına göre düzenlemek yerine, özelleştirmeye hız veren hükümetler, 38 yıldır yürürlükte olan 224 sayılı kanunu görmezlikten geliyor ve doğrudan suç işliyor.

İnsanların temel haklarından olan sağlık hizmetlerinden eşit yararlanabilmeyi öngören, sağlığı ve sağlık hizmetlerini toplum yapılanmasının, toplumsal dinamiklerin bir parçası olarak değerlendiren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, bunu sağlamak üzere uzun süre geçerli olabilecek, etkili, çağdaş yönetim ilkeleri içeriyor.

Yasa, yalnız halkın sağlık hakkını değil, sağlık çalışanlarının özlük haklarını da koruyor. Kamu hizmetini yüksek ücret politikasıyla özendiriyor, uygun çalışma ortamı ve sürekli eğitim olanakları sağlanması konularında çeşitli hükümler getiriyor. Eşitsizlikleri giderme, toplum katılımını sağlama ve kaynakların akılcı bir şekilde kullanımı yasanın belirleyenleri arasında.

Tıp Dünyası, Sayı 34/Şubat 1999

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı kurumlarında poliklinik hizmetlerinin dağılımı

Yıllar	Hastanede	Sağlık ocaklarında	Hastane/Sağlık ocağı oranı
1990	30296309	17666984	1.7
1992	31848906	22118741	1.4
1994	38711615	27173586	1.4
1996	42849819	32622163	1.3
1998	53163176	37173354	1.4
2000	59389441	59738848	1.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2000, 2001 Ankara.
Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000, 2001 Ankara.

Sağlık ocakları koruyucu sağlık hizmetlerini bile yeterince sunamamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan bebek izlemlerinin gereken sayının yarısı kadar bile yapılamadığı görülmektedir. Gebe izlemlerinde durum daha kötüdür. Bebek ve gebelerin sağlık ocağı ebeleri tarafından izlenerek, büyüme, gelişme ve bağışıklama yönünden koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması gerekir. Bir bebek, yaşamının ilk senesi içinde -herhangi bir risk durumu söz konusu değilse- toplam sekiz kez izlenmelidir. Aynı sayı, bir gebenin gebelik süresi boyunca toplam altıdır. 2000 yılı için bebek başına izlem ortalaması 3.24, gebe başına izlem ortalaması ise ancak 1.68'dir. Daha da kötüsü, izlem ortalamalarının yıllar içinde azalmasıdır. Bebek izlem ortalaması 1991'de 4.1, 1996'da 3.8, gebe izlem ortalaması da aynı yıllarda 2.0 idi.

Bebek ve gebe izlem ortalamaları bakımından bölgeler arasında önemli farklılıkların bulunduğu anlaşılmaktadır. Bebek izlem ortalamasının en yüksek olduğu bölge Ege (6.08), en düşük olduğu bölge de Güneydoğu Anadolu'dur (1.05). Gebe izlem ortalaması için de durum aynıdır. Bu gerçek hizmete daha çok gereksinimi olan Güneydoğu'nun hizmetten en az yararlanabildiğini göstermektedir.

Türkiye'de bölgelere göre bebek ve gebe başına düşen ortalama izlem sayısı(2000)

Bölgeler	Bebek başına ortalama izlem sayısı	Gebe başına ortalama izlem sayısı
Marmara	2.42	1.12
Ege	6.08	3.39
Akdeniz	4.60	2.54
İç Anadolu	3.54	1.86
Karadeniz	4.23	2.15
Doğu Anadolu	2.51	1.30
Güneydoğu Anadolu	1.05	0.43
Türkiye	3.24	1.68

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılığ 2000, 2001 Ankara.

Doğu ve Güneydoğu Anadolu için bağışıklama oranları salgınların çıkmasına izin verecek kadar düşüktür.

1998 yılı için Verem, Difteri-Boğmaca-Tetanoz, Çocuk Felci (Polio) ve Kızamık aşılarının tümü için Ege, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde bağışıklama oranları %70'in altındadır ve bu oranlar toplumsal bağışıklama düzeyinin sağlanamadığının bir göstergesidir. Bu durum geçmiş yıllar için de hemen hemen aynen geçerlidir. Bölgeler içinde en dezavantajlı konumda olanlar yine Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleridir. Veriler, en temel koruyucu hizmet biçimi olan aşılama çalışmalarının bile, uluslararası sağlık örgütlerinin bütün teknik desteklerine karşın, gerektiği şekilde yerine getirilemediğini göstermektedir.

Halkımıza Çağrı

Bebeklerimizi yaşatmak, onları daha sağlıklı büyütmek hepimizin temel hedefidir. Ülkemizde çocuklarımızı önlenabilir çocukluk hastalıklarına karşı bağışıklama programı çeşitli nedenlerle tam yürütülmemekte, bunun sonucu olarak pek çok bebek ve çocuğumuzu kaybetmekteyiz. Son 7 yılda 200 kanıtlanmış çocuk felci vakası görülmesi de aşı programının tam uygulanamaması yanısıra sağlık altyapısının eksikliğinden kaynaklanmıştır.

Bu görüşle; Türk Tabipleri Birliği beslenme, konut, çevre, barış gibi sağlığın ön koşullarının oluşması, sağlık sisteminin daha iyi çalışır hale gelmesi, sürekliliği olan bir bağışıklama programını oluşturulmasını beklemektedir. Bu arada çocuk felci ek bağışıklama faaliyeti gibi çalışmalarını da destekleyecektir. Çocuk felci yapan vahşi virüsün neden olduğu hiçbir felç vakasının görülmediği güne kadar sürecek bu faaliyette 0-59 aylık tüm çocuklarımıza bir aylık aralarla iki kez ağızdan, bağışık olsun olmasın aşı verilecektir. Geçtiğimiz yıl yapılan kampanyadan sonra Ağustos 1997'den bu yana 6 vakada çocuk felci görülmesi bu yılki kampanyayı da zorunlu hale getirmiştir. Kampanya sırasında verilecek dozlar ek aşı olup, esas aşı programının yerine geçmeyecektir.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 1998

Türkiye'de bağışıklama oranlarının yıllara ve bölgelere göre dağılımı(%)

Yıllar	Bölgeler	1 Yaş Altı Nüfus	BCG	DBT3	POLİ03	Kızamık
1995	Marmara	279248	82.5	78.1	79.0	70.4
	Ege	151457	80.4	70.8	72.3	69.8
	Akdeniz	173176	81.0	71.7	72.5	71.6
	İç Anadolu	217950	77.3	73.6	73.8	74.4
	Karadeniz	159865	74.9	75.9	76.1	73.9
	D.Anadolu	166161	40.5	54.2	53.4	52.0
	G.Anadolu	210244	38.7	39.5	39.4	43.9
	Türkiye	1358101	68.4	66.6	67.0	65.2
1996	Marmara	287371	78.4	87.9	87.0	82.5
	Ege	152071	78.6	91.3	90.4	85.8
	Akdeniz	173434	80.5	94.6	94.3	88.8
	İç Anadolu	215790	77.5	92.7	92.4	85.6
	Karadeniz	156758	77.3	90.0	88.5	83.7
	D.Anadolu	164082	42.6	73.5	72.8	88.7
	G.Anadolu	215798	42.9	59.6	59.2	79.0
	Türkiye	1365304	68.5	83.9	83.2	84.5
1997	Marmara	293227	85.8	85.6	85.0	80.5
	Ege	152577	86.9	83.9	83.6	80.5
	Akdeniz	173567	87.7	86.3	86.3	81.2
	İç Anadolu	213477	82.9	86.7	77.2	81.7
	Karadeniz	148954	82.6	86.8	86.8	85.6
	D.Anadolu	161933	42.0	62.7	62.1	56.9
	G.Anadolu	216265	41.6	59.6	59.7	62.1
	Türkiye	1360000	73.1	78.9	77.2	75.6
1998	Marmara	295985	95.0	90.8	90.3	87.6
	Ege	246083	53.6	53.6	53.6	52.9
	Akdeniz	173699	87.2	88.2	88.5	83.4
	İç Anadolu	211166	86.9	86.5	89.6	86.3
	Karadeniz	142256	84.9	89.4	89.2	88.6
	D.Anadolu	159771	42.1	67.7	67.3	67.7
	G.Anadolu	220037	46.4	54.0	53.9	52.6
	Türkiye	1448997	71.6	75.7	75.6	73.6

Kaynak: TTB, Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000, 2000 Ankara.

SSK'NİN DURUMU: SSK Neyin Sigortası ?



SSK'nin elindeki insan gücü ile sigortalılara yeterli hizmet sunması olanaksızdır.

1999 yılı itibariyle Türkiye'de 6.4 milyon aktif, 31 milyon da toplam sigortalı bulunmaktadır. 1991-1999 aralığında aktif sigortalı sayısındaki artış %77, toplam sigortalı sayısındaki artış da %61'dir. Toplam sigortalı sayısının toplam nüfus içindeki oranı %50'yi bulmuştur. Türkiye'de nüfusun yarısı SSK'ye bağlıdır. Buna karşılık, bu nüfusa hizmet verecek sağlık insan gücünde büyük eksiklik vardır. Örneğin 1999 için toplam hekimlerin %10'dan daha azı SSK için hizmet vermektedir. Personel sayısındaki eksiklik eskiden beri geçerlidir ve bu sorun yıllar içinde daha da belirginleşmektedir. Toplam SSK'lı sayısındaki %61'lik artışa karşın, aynı dönemde hekim sayısındaki artış %22, ebe-hemşire sayısındaki artış ise %40 olarak gerçekleşebilmiştir. Sonuçta 1991-1999 döneminde hekim başına düşen nüfusta %32, ebe-hemşire başına düşen nüfusta da %15'lik artış olmuştur. SSK'de bir dış hekiminin sorumlu olduğu nüfus büyüklüğü 45 binden fazladır. Bu durumdaki bir kurumun hizmet üretirken ve hasta memnuniyeti açısından sorunlar yaşamaması olanaksızdır. Daha doğrusu bir kurumun bu iş yükü ile hizmet üretebilmesi son derece zordur. SSK'li sağlık personelinden bilimsel ve motive tarzda çalışmalarını beklemek akıl dışı olur.

SSK Türkiye'de iş yükü en fazla olan kurumdur.

SSK'nın üstlendiği iş yükü diğer bütün kurumlardan daha fazladır. Örneğin 2000 yılı için, bir hasta yatağında yatan hasta sayısı SSK hastanelerinde 44, özel hastanelerde 40, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 39 ve üniversite hastanelerinde 29'dur. SSK'nin her bir hastanesinde yılda 279 bin hasta muayene edilirken, bu sayı üniversite hastanelerinde 194 bin, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 80 bin, özel hastanelerde ise yalnızca 14 bindir. SSK hastanelerinde bir hasta yatağı yılın 254 günü dolu iken, aynı sayı üniversite hastanelerinde 265 gün, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 214 gün, özel hastanelerde ise 96 gündür. Kaynaklardaki belirgin kısıtlılık, iş yükünün diğer kurumlara göre aşırı derecede artışına neden olmakta, Bu da SSK'ye yönelik hoşnutsuzlukların ve yakınmaların kaynağını oluşturmaktadır.

Hekim başına muayene ve yatan hasta sayıları açısından da aynı durum geçerlidir. 1991-2000 yılları arasında bir hekimin yılda muayene ettiği ve yatırarak tedavi ettiği hasta sayısında yarı yarıya artış vardır.

SSK'de hekim, ebe-hemşire ve dişhekimlerinin sorumlu oldukları nüfusun değişimi

	1991	1993	1995	1997	1999	Değişim 1991-1999
Toplam SSK'li	3598315	3976202	4410744	5066745	6355639	76.6
Toplam nüfus	19247460	21554909	24289899	28040848	30974340	60.9
Hekim	6219	6809	7316	7524	7609	22.4
Ebe-hemşire	6427	6389	8641	9320	9007	40.1
Dişhekimisi	412	424	453	500	687	66.7
Nüfus/hekim	3095	3166	3320	3727	4071	31.5
Nüfus/ebe-hemşire	2995	3374	2811	3009	3439	14.8
Nüfus/dişhekimisi	46724	50837	53620	56082	45086	-3.5

Kaynak: SSK, Faaliyet Raporları 1992-2000, 1993-2001 Ankara yararlanılarak hesaplanmıştır.

SSK hastanelerinde hekimin muayene ve yatırarak tedavi etmek zorunda olduğu hasta sayıları

	1991	1993	1995	1997	2000
Muayene sayısı	30362188	31150819	35311392	40196383	48437654
Yatan hasta sayısı	725482	746692	831210	948137	1222366
Muayene/hekim	4882	4575	4827	5342	5937
Yatan hasta/hekim	117	110	114	126	150

Kaynak: SSK, Faaliyet Raporları 1992-2000, 1999-2001 Ankara, yararlanılarak hesaplanmıştır.

SSK, devlet bütçesinden, hak ettiği parasal kaynağı alamamaktadır.

Bütün Avrupa ülkelerinde, kamu sağlık sigortalarına devlet bütçesinden %20-70 arasındaki oranlarda parasal destek sağlanmaktadır. Bunun gerekçesi, sigorta kuruluşlarına prim ödeyen sigortalıların, doğrudan ve dolaylı mekanizmalarla genel bütçeye de vergi vermeleridir. Türkiye'de ise, SSK'ye hemen hiçbir genel bütçe katkısı yapılmamaktadır. SSK'nin yaşadığı parasal sorunların önemli nedenlerinden birisi de budur.

SSK sağlık hizmetleri açısından kendi dışındaki kurumlara bağımlı duruma gelmiştir.

SSK'nin toplam sağlık harcamaları içinde, kurum dışında gerçekleşen harcamaların oranı 1997 yılında %26.5 iken 2000 yılında bu oran %31.8'e yükselmiştir. Bu gelişme SSK sağlık yatırımlarının azaltılmasıyla doğrudan ilişkilidir. Örneğin 2000 yılı için SSK giderlerinin içinde sağlık tesisi yatırımlarının oranı yalnızca binde 4'tür. SSK'nin sağlık hizmeti kullanımında diğer kurumlara bağımlılık oranının artışı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak piyasaya açılması olgusuyla birleşince, ortaya bir de, fason ve/veya gereksiz hizmet karşılığı ödeme yapılması sorunu çıkmıştır.

SSK'nin yıllara göre kurum içi ve kurum dışı sağlık harcamaları orantısı(%)

Sağlık harcamaları	Yıllar			
	1997	1998	1999	2000
Kurum dışı	26.5	27.4	29.8	31.8
Kurum içi(sağlık tesis giderleri)	73.5	72.6	70.2	68.2
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak: SSK, Faaliyet Raporu, 2000, 2001 Ankara.

SSK kaynaklarına, değişik özel sermaye kesimleri tarafından, değişik yollarla el konulmaktadır.

SSK kaynaklarının sermaye kesimi tarafından, değişik kanallardan yağmalandığı da SSK tartışmalarında mutlaka dikkate alınması gereken bir noktadır. Bugün, SSK'nın, bir kaç mekanizmayla kendi kaynaklarını neredeyse yok pahasına özel sektöre aktardığı görülmektedir: a) toplan(a)mayan prim alacakları ve b) bankalara düşük faizle yatırılan mevduat. Bütün bunlar SSK'nin içinde bulunduğu ileri sürülen mali krizinde önemli etkileri olan sınıfsal dinamiklerdir.

Özel sektör işverenlerinin SSK'ye olan prim borcu toplamı 1997 için 104.2 trilyon TL'dir. Bu miktarın SSK'nın toplam geliri içindeki payı %11.5'dir ve oran 1996'daki düzeyinden %9.0 daha fazladır. Bu parayla SSK'nın 1.7 yıllık ilaç ve 12.9 yıllık tıbbi malzeme harcamasını karşılamak olanaklıdır. İşveren prim borçlarıyla ilgili bir diğer ilginç gelişme 2000 yılı için kamu prim borçlarının toplamdaki oranının yükselmesi olmuştur.

2000 yılı için, SSK'nin elindeki mevduatı %26'lık bir faizle bankalarda tuttuğu izlenmektedir. Geçmiş yıllarda da durum bundan pek farklı değildir. Faiz oranındaki düşüklüğün bir nedeni, vadesiz mevduatın çokluğudur. Yıllık enflasyonun %100'ler düzeyinde seyrettiği bir ülkede %26'lık faizin SSK kaynaklarının eritilmesi anlamına geldiği açıktır. 1997 yılı için banka mevduatının %100'lük faizle değerlendirilmesi durumunda, SSK'nin elde ettiği faiz gelirinde 60.5 trilyonluk bir artış olacağı anlaşılmaktadır. Bu parayla SSK'nın 1 yıllık ilaç ve 7.5 yıllık tıbbi malzeme giderini karşılamak olanaklıdır.

SSK'nin yıllara göre gelir ve giderleriyle ilişkili ekonomik veriler

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	2000
Bütçe katkısı/Toplam gelir(%)	0.0	0.0	11.5	21.2	14.2	0.0	7.0
Faiz/Toplam gelir(%)	1.8	1.5	11.9	0.9	1.9	1.9	1.3
Vadeli/vadesiz hesap(%)	2.3	4.7	107.9	25.9	5.1	4.4	62.8
Faiz/banka mevduatı(%)	12.2	15.6	152.0	13.7	19.5	22.1	25.9
İşveren prim borcu/Toplam gelir(%)	24.8	32.5	23.8	8.5	9.0	11.5	13.7
Kamu/Özel sektör prim borcu(%)	188.5	127.1	105.3	79.4	72.0	69.0	337.5
Sağlık tesis yatırımı/Toplam gider(%)	0.8	0.8	1.1	1.1	0.6	0.4	0.4

SSK polikliniklerindeki yığılmayı ve bunun getirdiği hasta memnuniyetsizliğini kademeli olarak gidermek için TTB'nin önerdiği kısa vadede alınabilir gerçekçi tedbirler öncelik sırasına göre şunlardır:

Büyük kentlerdeki dahil bölge hastaneleri ve buralara sevk zinciri ile bağlı birinci basamağı (pratisyen hekim başta olmak üzere) tahkim eden bir politika izlenmesi gerekmektedir.

Dispansere gelen tüm hastaların öncelikle pratisyen hekimler tarafından muayene ve tedavi edilmeleri sağlanmalıdır. Dispanserlerdeki uzmanlar ilk başvuran hastaları kabul etmemeleri, pratisyen hekimler tarafından kendilerine refere edilen hastaları kabul edecekleri bir çalışma düzenine geçilmelidir.

Dispanser bölgesindeki işyeri hekimleri ile dispanser başhekimleri özel olarak ilgilenmeli ve işyeri hekimlerinden SSK hizmetleri için daha fazla yararlanacak tedbirler almalıdırlar.

Dispanser hasta kayıtlarını basitleştiren, hızlandıran ve hasta takibini kolaylaştıran pratik otomasyon sistemleri kısa sürede kurulmalıdır.

Dispanser sevki ile bölge hastanesine giden hastalara gerek muayene gerek laboratuvar tetkiklerinde öncelik tanınması için düzenlemeler yapılmalıdır.

Dispanserlerin temel laboratuvar tetkikleri ve direkt radyografi ihtiyaçlarının yerinde karşılanması için personel ve teknik eksiklerin giderilmesi gerekmektedir. İleri kan tetkikleri için hastaları bölge hastanesine göndermek yerine, dispanserde alınan kan örneklerinin hastane laboratuvarına gönderilmesi ve sonuçlarının faks ile istenmesi yoluna gidilmelidir.

Dispanserlerin ihtiyacı olan, personel-tahakkuk-muhasebe-aynıyat ve makine ikmal gibi idari hizmetlerin tümünün, bölge hastanesindeki idari servisler tarafından karşılanmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Dispanserlerde bu amaçla istihdam edilen personelin görevleri ve görev yerleri yeniden ihtiyaca göre düzenlenmelidir.

Yukarıda bazı kısa örneklerini verdiğimiz tedbirlerin ayrıntılandırılması ve uygulanması için TTB her türlü katkıyı yapmaya hazırdır.

Durum böyle iyileştirilebilecekken SSK birinci basamak sağlık hizmetlerinin satın alınma yöntemi ile taşeronlaştırılarak özelleştirilmesi uygulaması (yaşanan olumsuz sonuçlar ışığında) gündeme getirilmemelidir.

NE YAPILMALI? İYİSİ, KAMUCU VE EŞİTLİKÇİ POLİTİKALARLA OLANAKLI

Türkiye sağlık sektörünün önemli sorunları var. Ancak, öncelikle bilinmesi gereken şey, Türkiye'de bu sorunları çözecek kaynağın bulunduğuudur. Kaynak derken kastedilen para, insan gücü, araç-gereç, belki de en önemlisi entelektüel birikimdir.

Türkiye, tarihinin en ciddi krizini yaşıyor. Böylesi bir dönemde krize ilişkin temel saptamamızın ve sorunların çözümüne yönelik TTB değerleri ile çözüm önerilerimizdeki ana başlıkların çok kısaca sunulmasında yarar bulunmaktadır.

Kriz ekonomik, siyasal, toplumsal alanda ortaya çıkmış bulunuyor. Türkiye'nin ekonomik politikaları büyük kapitalist ülkeler ve uluslararası finans çevrelerince belirleniyor; bir başka ifadeyle Türkiye'de hükümetler tercihlerini, bir siyasi irade olarak, bu yönde kullanıyorlar. Geline noktada artık sağlığa, eğitime ne kadar kaynak ayrılacağı hükümetin kararı olmaktan tamamen çıkmış durumdadır. Dolayısıyla, Türkiye sağlık sektörünün yönetim, finansman sorunlarını konuşurken, Türkiye siyasetinin emperyalist belirlenimli bu yapısını sözkonusu etmemek olanağı kalmamıştır. Türkiye, halk sağlığındaki sorunları çözmek istiyorsa, öncelikle, dışarıdan dayatılan yoksullaşma reçetelerini reddeden ve ülke içinde eşitlikçi, kamudan yana tercihler yapan bir siyasal tutumu geliştirmek zorundadır.

TTB SAĞLIK SİSTEMİNE NE ÖNERİYOR? TTB DEĞERLERİ...

Herkes için eşit, ulaşılabilir, nitelikli, ücretsiz sağlık hizmeti temel ilke alınarak sağlıktaki eşitsizliklerin kademeli olarak giderilmesi, tümü ile ortadan kaldırılması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmelidir.

Sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi ve toplumun sağlık düzeyinin düzeltilmesi sadece sağlık hizmetleri alanında yapılacak düzenlemelerle gerçekleştirilemez. Sağlığı doğrudan ve dolaylı etkileyen ekonomik, sosyal ve siyasal ilişkilerde dezavantajlı toplumsal sınıflar lehine köklü değişiklikler yapılmadan sağlıkta eşitlik ve toplumsal gelişme mümkün değildir.

Gerçekten ulusal bir sağlık politikası, ülkemizde yaratılan kaynakların geliştirilmesini, dışarıya kaynak aktaran baskılara karşı korunmayı temel ilke edinmelidir.


Sağlık düzeyini yükseltmek için yürütülecek her türlü çalışma sağlık hizmetini alanlarla bu hizmeti sunanların merkezi ve yerel düzeylerde katılımını sağlamayı ve özendirmeyi hedeflemelidir.

İnsan gücünden kurumsal altyapıya kadar bütün alanları içeren, kaynakları ve hedefleri gözeten gerçekçi ve samimi bir planlama kavramı yerleştirilmeli ve yapılmalıdır. Ulusal bir sağlık politikası, Türkiye'deki sınıfsal-bölgesel eşitsizliklerin ağırlığını göz önüne alarak, kaynakların oluşumunda merkezi bütçe kaynaklarını esas almalı, hizmet sunumu ve finansman tek elde toplanmalıdır.

Ülkemizde sağlık hizmeti sunumunda temel sağlık hizmeti üreten kurumların performansını artırmak ilk hedef olmalıdır.

Sağlık insan gücü ülke ihtiyaçlarına uygun yetiştirilmeli ve kullanılmalıdır. Hizmet içi ve sürekli eğitim öncelikle temel

REÇETE

Hastanın adı, soyadı	Tarih
Hastanın kurumu	Dr. Dip. No. adı, soyadı (varsa kaşesi)
"sağlık olsun" demeyelim; sağlıklı olmak için isteyelim.	 TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

R

I) Sağlıklı yaşama hakkı

D: Bir ömür boyu

S: Her gün-her an

II) Hastalıklardan korunma hakkı

D: Sağlıklı çevre-sağlıklı bir evde

oturma-yeterli dengeli beslenme, çalışacak iş ve insanca yaşayacak yeterli bir ücret

S: Sürekli

III) Sağlık hizmetlerinden eşit-ücretsiz-nitelikli yararlanma hakkı

D: Yeterli sağlık ocakları-sevk edildiğinde

nitelikli sağlık hizmeti sunacak hastane, hekim ve diğer sağlık çalışanları

S: İhtiyaç üzerine kullanılacak

Sağlıklı Yıllar Dileğiyle...

Not: Bu reçetede yazılanları eczaneden değil devletten alacaksınız.

sağlık hizmetlerinde çalışanların ihtiyaçlarını karşılamayı hedeflemelidir.

Örgütlenmede

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin alt yapısının eşitsiz dağılımı dikkate alınarak merkezi-bölgesel kaynakların paylaşımı buna göre değerlendirilmelidir. Sağlık hizmet sunumu sürekliliği, basamaklandırılmış hizmeti, ekip çalışmasını, ulaşılabilirliği, riskli gruplara önceliği, entegrasyonu sağlayan örgütlenme tedbirlerine dayanmalıdır. İkinci basamak sağlık kurumlarında kar ve maliyetten önce bu kurumlara bağlı olan, bu kurumların beslendiği temel sağlık hizmeti kurumlarının ihtiyaçlarını sağlayacak düzenlemeler esas olmalıdır.

Denetimde

Sağlığa ayrılan kaynakların kullanımı çalışanların denetiminde olmalı; hizmeti yöneten, hizmeti veren ve alanların birbirlerini denetlemeleri üzerine kurulmalıdır.

Kurumlar ve kişiler arasında rekabet yerine işbirliğini ve dayanışmayı ve karşılıklı yardımlaşmayı esas alan ilişkiler geliştirilmelidir. Kaynakların kullanımında akılcı olmalı; harcama-etkinlik ve yararlılık faktörleri göz önünde tutulmalıdır.

Kazanımların Korunması

2002 itibariyle, yıllardır yürütölen kamu sağlık hizmetlerini çökertme politikalarına rağmen yasal ve/veya yaşamsal düzeyde halen var olan, Türkiye'de uzun yıllar süren mücadelenin sonucunda kazanılmış ve toplumun geniş kesimleri lehine olan sağlık alanındaki kazanımların korunması hedeflenmelidir.

Temel sağlık hizmetlerinin ve kamu hastanelerinin genel bütçeden finansmanı, sosyalleştirmenin belirli ilkeleri ve özellikle sağlık ocaklarının kırsal bölge ve küçük kentlerdeki maddi başarı ve kazanımları, maaşlıların ek vergi vermeksizin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma hakkı, SSK'nın hem finanse eden hem de hizmet sunan bir kurum olarak varlığının devamı, sağlık çalışanlarının 657'de tanımlanmış iş güvencesi gibi kazanımların korunması öncelikli başlıklar olarak öne çıkartılmalıdır.

TTB ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Finansman

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na (Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği) en az yüzde 10'luk bütçe payı ayrılmalıdır.

Sağlıkta finansman modeli genel vergilerle oluşan genel bütçe sistemi olmalıdır. Özel sağlık işletmelerine ve özel sağlık sigortalarına tanınan her türlü kolaylaştırıcılık ortadan kaldırılmalı, kaynaklar ve kolaylaştırıcı yaklaşım kamu sağlık hizmetlerine kaydırılmalıdır. Mevcut kaynaklar kamu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve genişletilmesine ayrılmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretli hale getiren her türlü uygulama sonlandırılmalıdır. Kamuya ait sağlık kurumlarındaki vakıf/dernekler kapatılmalı, varlıkları kamuya devredilmeli, döner sermaye yerine genel bütçeden kaynak sağlanmalıdır.

Hizmet Sunumu

Hizmet sunumu ile finansman tek elde toplanmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri özendirilmeli, öncelenmelidir. Bölgesel dağılım ve ihtiyaçlar göz önüne alınarak sağlık ocağı sayısı ilk elde 7.000'lere, sağlık evi sayısı 13.000'lere çıkarılmalıdır.

Kamu hastanelerinin yapımı ve donanımı (sayı ve bölgesel eşitsizlikleri azaltacak, ihtiyacı karşılayacak ve sevk zinciri içerisinde çalışacak) bir düzenleme ile artırılmalıdır. Kamu hastanelerinin sayısı yukarıdaki anlayış çerçevesinde 1.100'e çıkartılmalıdır.

Halen yürürlükte olan 224 sayılı yasada öngörüldüğü şekilde sağlık ocakları çalıştırılmalı, sevk zinciri mutlak uygulanmalıdır. Öncelikle sağlık ocakları olmak üzere kamu sağlık hizmeti sunan kurumlar alt yapı/donanım açısından desteklenmeli ve düzeltilmelidir.

Hekimlere tam süre çalışma getirilmelidir. Çalışma koşullarının düzeltildiği, emeğin ücret olarak karşılığının alındığı, grevli toplu sözleşmeli koşullarda bir tam süre uygulaması gerek halka sunulan hizmetin niteliğinin yükseltilmesinde, gerekse de hekimlik pratiğindeki etik kirlenmenin önlenmesinde önemli bir çözüm olarak görülmelidir.

Adli tıp hizmetlerinin gerek sağlık hizmeti gerekse de adaletin doğru bir şekilde yürütülmesindeki önemi bilinenek çalışma ortamı ve koşullarına ilişkin her türlü düzeltici önlem ve korunma gerçekleştirilmelidir. Adli tıp hizmetleri bir angarya olmaktan çıkartılmalıdır.

Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların aşıyla korunabilir hastalıkların sıklığı ve nüfus artışı göz önüne alındığında bağışıklamaya özel bir önem verilmelidir.

Sağlık İnsan Gücü

Mevcut hekim sayısı yeterlidir. Sorun hekimlerin bölgesel dağılımındaki eşitsizlik olarak yaşanmaktadır. Hekimlerin ülke düzeyinde dağılımındaki dengesizlikleri azaltacak, çalışma ortamlarını da gözetken özendirici bir istihdam politikası izlenmelidir.

Ülke ihtiyacına uygun bir eğitimle hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayısı ve nitelikleri artırılmalı, dağılımdaki eşitsizlik düzeltilmelidir. Sağlık hizmetlerinin ihtiyacı olan kadrolar açılarak istihdam edilmelidir.

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının ücretleri düzeltilmeli, geçim kaygısı duyulmayacak düzeyde iyileştirilmeli, bölgesel dağılımı düzelterek şekilde özendirilmeli, birinci basamakta çalışanlar ile eğitim rolü üstlenen personel ayrıca desteklenmelidir.

Tıbbi Teknoloji-İlaç

Yurtdışından ithal edilen, ileri teknolojik aygıtlarla ilgili olarak ciddi bilimsel bir planlama yapılmalı, ülkemizin gereksiz bir teknoloji çöplüğüne dönüşmesi önlenmelidir. Kamu tarafından bir teknoloji ve ilaç

sanayi kurulması değerlendirilmelidir. Ulusal aşı üretim merkezi hedeflenmeli ve öncelik tanınmalıdır.

Tıp Eğitimi

Mezuniyet öncesi tıp eğitimi müfredatı ülkenin sağlık sorunlarını önceleyen ve bilen, ihtiyaca uygun bir içerikle gözden geçirilmeli ve topluma dayalı, problem çözmeye yönelik eğitim yöntemleriyle yürütülmelidir.

Gereksiz nitelik tartışmalarına ve kaynak israfına yol açan planlamadan yoksun tıp fakültesi açılması politikası sonlandırılmalıdır. Mevcut tıp fakülteleri ihtiyaca uygunlukları ve her türlü donanımları açısından gözden geçirilmeli, uygun olmayanların eğitim vermeleri değerlendirilmelidir.

Tıp fakültelerinin eğitim araştırma bölgeleri açılmalıdır.

Mezuniyet sonrası eğitimde, 1995'li yıllarda katılımcı bir şekilde hazırlanmış olan Tababet Uzmanlık Tüzüğü tasarısı (1997'de onaylanan içeriğiyle) bir an önce kabul edilmeli ve öngördüğü çerçevede mezuniyet sonrası eğitimin asgari çerçevesini standardize edecek ve niteliği artıracak düzenlemeler hayata geçirilmelidir.

Tıp eğitiminde sürekli eğitimin önemi herkesçe kabul edilerek bu alanda meslek örgütünün yapıcı ve düzenleyici olması anlamında ilgili kurumlar kolaylaştırıcı bir işlev üstlenmelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimliğin kritik rolü ışığında Genel Pratisyenlik Enstitüsü desteklenmelidir.

Demokratikleşme

Türkiye sağlık ortamı -kurumlar düzeyinde ve çalışanlar için- demokratikleştirilmelidir. Sağlık çalışanlarına grevli toplu sözleşmeli sendikal hak tanınmalıdır.

Çalışanların özlük hakları ve çalışanların sağlığı boyutunda düzenlemeler yapılmalıdır.

Kamu sağlık kurumlarında baskı, rotasyon, sürgün, angarya gibi uygulamalara son verilmelidir.

Toplum Katılımı

224 sayılı yasada öngörülen sağlık ocakları düzeyinde toplum katılımına olanak sağlayan sağlık kurulları çalıştırılmalı ve yine aynı yasada belirtilen genel kurul en kısa sürede -bir ilk adım olarak- toplanmalıdır.

14 mart tıp bayramında

GERÇEKLERİ KUTLAYALIM

14 Mart Tıp Bayramı... kutlama?... oysa yaşadıklarımız; hekimler ve halkımız, hastalarımız için bir bayramdan çok uzakta. İşsizlik... geçinmeye yetmeyen ücretler... iyi beslenememe... sağlıksız bir sağlık ortamı... hastane kuyrukları... altyapısı olmadan açılan tıp fakülteleri... Zor koşullardaki hastalar... zor koşullardaki sağlık çalışanları, hekimler... her hastayla çarpan yürek... uykusuz geceler... karşılığı verilmeyen nöbetler... emeğin karşılığı olamayan ücretler... Biz, bu olumsuz tabloyla başbaşa bırakılan hekimlerden, onlara ve hastalarına layık oldukları bir çalışma ortamı sağlanamadığı için bağışlanmayı diliyor, özverili hizmet sunan bütün hekimleri, sağlık çalışanlarını yürekten kutluyoruz. Halkımızı, hastalarımızı ortak mağduru olduğumuz bu sağlık sisteminin iyileştirilmesi, halkın sağlığının öncelik haline getirilmesi, hekim ve sağlık çalışanlarının da bu öncelik içerisinde hak ettikleri koşullara kavuşabilmesi için işbirliğine çağırıyor; yönetenleri, hepimizi oyalamak yerine sorunların çözümü için adım atmaya davet ediyoruz.

TÜRK
TABİPLERİ
BİRLİĞİ



Siz, bir uçağın düşeceğini önceden bilseniz ne yaparsınız?

Ya da toplum olarak hepimiz bir uçağın, diyelim ki falan ayın falan gününün de düşeceğini bilsek...
Diyelim ki devlet, devlet adamları, polis, yetkililer, herkes o uçağın o gün düşeceğini biliyorlar..

Bizler biliyoruz...

Tabi ki onca insanın ölmemesi, yaşaması için yer yerinden oynar...

Kıyametler kopar...

Ama her bayram öncesi bizler en az üç uçak dolusu insanın karayollarında öleceğini biliyoruz...

Ama kılıımız kıpırdamıyor..." diye yazdı kurban bayramında, 7 Mart 2001 tarihli köşe yazısında Bekir Coşkun.

Biz Türkiye'de falan ayın falan gününde değil, yılın her günü; evet, 365 gün boyunca her gün, içinde en az 160 yolcusu bulunan bir uçağın düştüğü Türkiye tıp ortamının mensuplarıyız. Hem de bu yolcuların tamamı henüz birinci yaş gününü bile kutlayamamış, görememiş bebeklerden oluşuyor. Bir başka ifade ile Türkiye'nin bebek ölüm hızı binde 40. Her gün içinde 160 bebek olan bir uçak Türkiye tıp ortamına düşüyor.

Bizler, yani hekimler, tıp fakültesi dekanları, sağlık müdürleri, binlerce profesör, şef, şef yardımcısı, doçent yani Türkiye'de hekim ve uzman hekim yetiştirenler, sağlık bakanı, hükümet bunu biliyor ve yaşıyoruz; hem de her gün!

Bu uçak nasıl bir Türkiye tıp ortamında düşüyor?

47 Tıp fakültesinin olduğu,

Fakültelerinde eğitim araştırmanın ikinci-üçüncü plana itildiği,

Binlerce doçent ve profesörün Türkiye ihtiyaçlarına uygun hekim yetiştirmekteki becerilerinden çok başarılarının Tıpta Uzmanlık Sınavına endekslendiği,

Üniversite hastanelerinin döner sermaye kazancı baskısıyla birinci basamak kurumlara dönüştüğü,

Birinci basamakta çalışanlara koruyucu hizmetlere yönelik çalışmalarından ödenmesi gereken geçmiş yıl borçlarının beş tiryionu bulduğu,

Uzman hekim olmanın bir kurtuluş olarak algılandığı, doçent ve profesörlüğün bir piyasa titrine dönüştüğü,

Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının ikinci üçüncü işlerde çalışarak belli bir yaşam standardını korumaya çalıştığı, tek bir işte tam gün çalışarak geçinebilmenin olanaksızlaştığı,



Hekim işsizliğinin yaşanan bir olgu olduğu,

Onlarca Manyetik Rezonans (Emar), yüzlerce tomografi, binin üzerinde ultrasonun ülkeye yığıldığı,

“Artık sağlık sorun değil” sloganı ile özel hastanelerin sağlık dağıttığı,

Vatandaşın “muayenehane-hastane” arasında daha iyi hizmet alma umudunu aradığı ve bunun bir kural olarak kanıksandığı,

Her gün bir hekimin fiziki saldırıya uğradığı,

Hastanın müşteri olarak düşünülüp sağlıklı yaşam hakkının da bir tüketici hakkına indirildiği,

Medyanın sıklıkla hekim hataları üzerinden ormanı değil, ağacı görüp, gösterdiği, hekimlerin çoğunun ülkenin batısında toplandığı,

Düşen 160 bebek taşıyan uçaktakilerin yarısından çoğunun ise ülkenin doğusunda yaşama başlayıp orada öldüğü,

Sağlığın önce sağlığı koruyup geliştirmekten başladığının unutulduğu, hasta olunca “daha çok kazan” mantığı ile çalıştırılan döner sermayeye endekli kamu hastaneleri ve birinci basamağa başvurmak zorunda kaldığı,

GSMH'nın üç bin doların altında, asgari ücretin yüz milyon civarında seyrettiği, dört kişilik bir ailenin geçinebilmesi için en az beş yüz milyonun gerektiği, insanların beslenemediği,

Hekim ücretlerinin 350-450 milyonda dolaştığı,



Hükümetlerin yıllardır izlediği sağlık politikasının daha fazla tıp fakültesi, daha fazla hekim ve paran kadar sağlık olduğu,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve en önemli unsuru olan pratisyen hekimliğin değersizleştirildiği ve düzeltilmesi için hiçbir işlevsel adımın atılmadığı,

Geçmiş hükümetlerin ve son olarak 57. hükümetin de büyük bir çoğunluğun sağlığına kast eden ekonomik politikalarla sıkılan kemeri belden artık halkın boynuna geçirip sıktığı, halkın daha da yoksullaştırıldığı, yoksulluğun, işsizliğin, yolsuzluğun, gelir adaletsizliğinin ve şiddetin bir halk sağlığı sorunu olduğu Türkiye tıp ortamında düşüyor bu uçak. Ve bunları artık herkes biliyor.

Bizler, hekimler olarak bu tabloyu kabul edilemez buluyoruz. Umursamaz olamayız, diyoruz. Bu nedenle son altı yedi aydır da bu sorunları kamu oyuna mal etmek ve hep birlikte “sağlıklı yaşam doğuştan kazanılmış bir haktır” diyebilmek için ısrarlı bir çaba harcıyoruz ve sevinerek görüyoruz ki çok geniş bir katılım sağlanıyor.

Kamu oyunda hekim özlük hakları olarak algılanan bu süreç ve son olarak “bu bordro değişecek” cümlesinde ifade olunan kararlılığımız özünde bir itirazdır. Bu ülkede hakkın gasp edilmesine karşın umursamaz olmama tutumudur. Bizler hekimliği çok para kazanmak için seçmiş insanlar değiliz. Bizlerin isteği günde 160 bebeğin ölmediği, bu utancın yaşanmadığı bir ülkede, insanların insanca sağlıklı yaşamlarını sürdürdüğü bir ülkede, hakkımızın verildiği bir ülkede hekim olarak çalışmaktır.

İçinde 160 bebeğin olduğu uçağın düşmemesi için iddiamızı gerçekleştirmemize engel olan her türlü faktörün aradan çıkartılmasını, ortadan kaldırılmasını istiyoruz. Hekimlerin, sağlık çalışanlarının “geçinebilmek için nasıl daha çok kazanabilirim” düşüncesi ve bu yöndeki motivasyonu yerine bütün sağlık insan gücünü insanı önceleyen bir iddiaya yöneltmek gerekiyor. Hükümetleri, sağlığı daha çok kar elde etme alanından çıkartıp sosyal bir sorumlulukla yaklaşmaya mahkum etmek

istiyoruz. Çünkü biliyoruz ki ancak bu yöndeki bir siyasi irade bu ülkede bebeklerin ölmesine engel olabilir. Türkiye’de insanı unutturan, “ulusal olmayan IMF , ulusal IMF programı gibi” gerçek ihtiyaçları karartan yapay tartışmaları bu ülkede yaşayanların başta ruh sağlığı olmak üzere sağlıkları için zararlı buluyoruz.

Halkımıza sesleniyoruz: Bilin ki sizden fedakarlık isteyen her program sizin sağlığınıza kast etmektedir.

Hekimlere sesleniyoruz: Kendi haklarımız için yürüttüğümüz ve yürüteceğimiz mücadele halkın sağlıklı yaşam talebinden ayrılmaz bir bütündür. Çabalarımızı bu kararlılıkla sürdürmeliyiz. Bizlerin iddiasının ne olması gerektiği açıktır.



Bunun için Türkiye de iktidarı insanı, sağlığı önceleyen bir çizgiye mahkum etmek için gereken her türlü mücadeleyi vermemiz gerekmektedir.

“Yeni” ekonomik programı hazırlayanlara sesleniyoruz: Çalışanları, halkı, sağlığı, hekim ve diğer sağlık çalışanlarını; kısacası bu ülkede zenginlikleri gerçekten üretenleri göz ardı eden her program ülkede yaşayanların canına kast anlamı taşıyacaktır. Bu ülkede yaşayanlar buna izin vermeyecektir.

Son olarak tekrarlıyoruz; Türk Tabipleri Birliği, tabip odaları, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının özlük haklarıyla halkın sağlık hakkının ayrılmaz bir bütün olduğunu bilerek sorumlu, duyarlı, kararlı ve etkin bir çaba harcamaya devam edecektir. Bu gün toplumun umudunun tüketilmeye ve kandırılmaya çalışıldığı bir ortamda herkesi yaşamdan, sağlıktan, çalışandan yana bir çizgiye davet ediyoruz.

"Sağlığı olanın umudu, umudu olanın ise herşeyi vardır." Bizim umudumuz daha iyi bir sağlık hizmeti, daha iyi bir tıp ortamı için yürüttüğümüz mücadelemizdedir.

14 MART 2001

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

MERKEZ KONSEYİ

KAYNAKLAR

Belek İ, Hamzaoğlu O. Toplum Sağlık Eczacı 2001, 1(1): 47

Capital, Infocard, Nisan 2000.

DİE 1995, Sağlık Bakanlığı 1996'daki verilerden yararlanılarak hesaplanmıştır(1990 ve 1995 yılları için)

Dolar kurları her yılın Ocak ayı başındaki değeri olarak alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼ Çalışma Yıllığı 2000, 2001 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1987-1994; 1989; 1992; 1996; 1998, 1997; 1989; 1992; 1997; 1999 Ankara

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1989, 1990 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1997, 1998 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2000, 2001 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼ Çalışma Yıllığı 2000, 2001 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, T¼rkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, 1998 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997, 2001 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, 2001 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, 1998 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Sektörünün Finansmanı, 1993 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, 1998 Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000, 2001 Ankara.

SSK, Faaliyet Raporu, 2000, 2001 Ankara.

TTB, Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000, 2000 Ankara.

UNDP, İnsani Gelişme Raporu Türkiye 2001, 2001 Ankara

UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 2001, 2001 Ankara