

CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE SAğLIK

Prof. Dr. Recep AKDUR

1.GİRİŞ

Bir ülkedeki "sağlık" tanımlanmak istendiğinde, bu tanımlamaya esas oluşturan; "sağlık politikası" , "sağlık hizmetlerinin düzeyi" ve "toplumun sağlık düzeyi" olarak adlandırılan üç bileşen üzerinde durulur.

Bu bileşenlerden birincisine kaynaklık eden, politika kavramı için çeşitli tanımlar verilebilmektedir. Bunlardan birisinde, politika; "toplum yaşamının her alanını benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak" olarak tanımlanır. Buradan yola çıkıldığında, sağlık politikası; bir ülkedeki, "sağlık sektörünü benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak" olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörünü yapılandırmada kullanılan üç temel araç ise; insan gücü, örgütlenme ve finansmandır.

Sağlık hizmetlerinin düzeyi ile; sağlığa ayrılan para, sağlık insan gücü ve sağlık hizmetlerinin fizik altyapısı gibi genellikle toplumun ya da yönetimin sağlık hizmetlerine ayırmış olduğu kaynakların niceliği ve niteliği anlatılmak istenir. Doęušta yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi ölçeklerle ölçülen sağlık düzeyinden ise; uygulanan politikalar ve ayrılan kaynaklar sonucunda toplumun ulaşmış olduğu yaşam kalitesi ve sağlıklılık düzeyi kastedilir.

Bir ülkenin "belli bir zaman dilimindeki" sağlığını tanımlanmak için, sağlığı tanımlamaya esas oluşturan üç bileşenin bu zaman dilimi içindeki izlediği çizgi ve geline noktasındaki durumu belirlenir. Başka bir söylemle gelinen tarihteki sağlık düzeyi, geçmiş ve diğer ülkeler ile kıyaslanarak bir durum saptaması yapılır.

Bu metinde bu tanımlamalara ve yaklaşıma uygun bir yol izlenerek, 1923'ten günümüze dek uygulanan sağlık politikaları ile o yıldan günümüze sağlık hizmetlerinin düzeyi ve toplumun sağlık düzeyinin değişimi verilerek, günümüzdeki durumu geçmiş ve diğer bazı ülkelerle kıyaslanarak bir sonuç çıkarılmaya çalışılmıştır.

2. CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE İZLENEN SAğLIK POLİTİKALARI

2.1.Sağlık Politikalarına M.K. Atatürk'ün Etkisi

İmparatorluk döneminde, devlet eliyle yürütölen sağlık hizmetleri daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran Reisul Etibba (Hekim Başı) kurumundan başka kamusal bir örgüt yoktur. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır (2,6).

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile dir. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı, Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun'u ile, Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak, sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütölen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir(4,6,8).

Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşullarının yaşanmasına ve o günlerde yalnızca gelişmiş birkaç ülkede ayrı bir sağlık bakanlığı örneği olmasına karşın, sağlık bakanlığının hemen kurulması, sağlık hizmetlerinin bu düzey ve bu öncelikte ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlölüğünü göstermektedir (4).

Yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak TBMM'since seçilen Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş köklü bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek yasal bir düzenleme vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının temellerinin bu yıllarda atıldığını söylemek yanlış olmaz (1).

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetlerine ve yapılandırılmasına olağan üstü bir önem ve öncelik verilmiştir. Öyle ki, TBMM'sinin ana meşguliyetlerinden birisi sağlık hizmetleri ve sektörün yapılandırılmasıdır. Nitekim 1923'ü izleyen on üç yıl içinde sağlık sektörünün kuruluşu ve örgütlenmesi amacıyla 50 yasa çıkarılmış ve yürürlüğe konulmuştur⁽⁵⁾. Bunların hepsinin ilk, kurucu ve kapsamlı yasalar olduğu göz önüne alındığında konunun önemi daha da belirgin hale gelir.

1928 yılında çıkarılan ve halen yürürlükte olan, sağlık mesleklerinin nasıl yürütüleceğine açıklık ve disiplin getiren "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun" Cumhuriyetin bu alandaki en büyük eserlerinden biri olarak kabul edilebilir. Aynı şekilde, 1930 yılında çıkarılan "1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu" o dönemin dünyadaki en ileri ve kapsamlı sağlık yasalarından biridir. Çünkü; o dönemde Sovyetler Birliği hariç, ne Türkiye'ye komşu ülkelerde ne de Yakın Asya, Orta Doğu ve bir çok Avrupa ülkesinde 1593'e benzer genel bir sağlık yasası yoktu. Bu yasa o denli toplumsal bir içerik taşıyordu ki, yasanın bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddesinden 15'i "koruyucu sağlık hizmetleri" ile ilgiliydi ⁽⁶⁾.

Kurtuluş savaşı ile, emperyalist işgalinden kurtularak, bağımsız Türk devletinin kurulması, yeni bir devlet kurmanın ötesinde, toplum ve devlet yaşamının her alanının "**ulusçuluk**" ve "**halkçılık**" ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılanmasını da içermektedir⁽⁸⁾ .

23 Nisan 1920'de çalışmaya başlayan TBMM, çıkardığı yasalarla, daha Cumhuriyet ilan edilmeden Cumhuriyetin kuruluş ilkelerini yaşama geçiriyor, başka bir söylemle adım adım Cumhuriyeti kuruyordu. TBMM'nce çıkarılan bir numaralı kanun vergi kanunudur; "**vergi olmadan ulus da olunmaz, devlet de olunmaz ilkesi**", iki numaralı kanun İhaneti Vataniye Kanunu; "**ulusal birlik olmadan ulus da olunmaz, devlet de olunmaz ilkesi**", üç numaralı kanun, kabine ile birlikte Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti'nin kuruluş kanunu; "**sağlık olmadan ulus da olunmaz, devlet de olunmaz ilkesi**"nin yaşama geçirilmesinden başka bir şey değildir.

TC Devleti ve ulusunu yeniden yapılandırmanın yolunu başka bir söylemle felsefesini bizzat Atatürk belirlemiştir. Ekim 1927 toplanan CHP 2. Kurultay'ında, 15 Ekim'de okumaya başladığı ve 20 Ekim'de tamamladığı "Büyük Nutuk"u ile kayıt altına alınan, Atatürk'ün "**Cumhuriyetçilik**", "**Halkçılık**", "**Milliyetçilik**", "**Laiklik**" ilkeleri, Partinin de dört temel ilkesi olarak benimsenmiştir. Bu ilkelere, 10 Mayıs 1931 toplanan 3.Kurultay'daki Atatürk'ün konuşması ile "**Devletçilik**" ve "**Devrimcilik**" ilkeleri de eklenmiştir. Kısaca "Altı Ok" olarak adlandırılan bu altı ilke, CHP Parti Tüzüğü ve Programına da girdi. Şubat 1937'de ise yapılan bir Anayasa değişikliğiyle, bu ilkeler TC Anayasası'nda da yerini aldı ve devletin felsefesini oluşturan temel ilkeler haline geldi.

Bu ve benzeri ilkelerden oluşan felsefenin günlük yaşama geçirilmesi, ulus yaşamının tüm alanlarının bu felsefe yönünde yapılandırılması 1938'e dek bizzat Atatürk tarafından yürütülmüş ve gözetilmiştir. Atatürk'ün ölümünden sonra, bu felsefe çeşitli odaklarca şurasından burasından zedelense de, 1950 yılına dek yürürlükte kalmıştır.

Atatürk, başta TBMM'ndeki konuşmaları olmak üzere, her fırsatta sağlık sorunlarına değinerek, hükümete ve ilgililere yol gösterici direktifler vermiştir. Bunlardan bazıları tarih sırasına göre aşağıda sıralanmıştır⁽¹¹⁾. Bu sözler, Atatürk'ün sağlık hizmetlerine verdiği önemi ve konuya yaklaşımını, felsefesini gayet açık bir şekilde göstermektedir.

1922- "*Sağlık ve sosyal yardım hususlarında takip ettiğimiz gaye şudur: Milletimizin sıhhatinin korunması ve takviyesi, ölümün azaltılması, nüfusun artırılması, bulaşıcı ve salgın hastalıkların etkisiz hale getirilmesi, bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli bir halde sıhhatli vücutlar olarak yetiştirilmesi...*"

1924- "*Zamanımıza kadar genel sağlığın uğradığı ihmalin derecesi, mücadele yoluna girildikçe daha kuvvetli kendisini göstermektedir*".

1925- "*Sağlık teşkilatımızda, memleketin ihtiyaçlarına uygun isabet ve gayret açık olarak görülmektedir. Cumhuriyet Hükümeti'nin başlı başına bir esas olarak muvaffakiyetle izlediği sıhhat mücadelesine, gittikçe vasıtalarını artıran bir genişlikle devam olunmak lâzımdır ve mühimdir*".

1926- "*Bir toplum yalnız spor ile rengini ve gücünü değiştiremez. Orada hâkim olan sıhhi, sosyal, medenî birçok gerek ve şartların teminine yönelen teşebbüs ve tedbirlerin uygulanması lazımdır*".

1926-“Köylülerimiz, köy çocukları denilebilir ki bütün hayatlarını tarlada, meralarda hareket ve beden çalışması içinde geçirirler. Fakat gereken şekilde, ilim ve fen kurallarına göre olmadığı için gayenin istediği netice beklenemez. Türk ırkında mazinin uğursuz, olumsuz, mânasız izleri kalmıştır. Tarihlerde dünya hâkimi olmuş koskoca Türk milletine bugünkü neslimiz mirasçı olduğu zamanda, bu koca milleti biraz zayıf, biraz hasta, biraz cılız bulmuştur. Efendiler, gürbüz, yavuz evlâtlar isterim!”

1929-“Her nevi sağlık mücadelesini, mümkün olan derecede çabuk ve geniş bir surette takip etmek, başlıca hedeflerden olmaya layıktır”.

1935-“Türk’e ev ve bark olan her yer, sağlığın, temizliğin, güzelliğin, çağdaş kültürün örneği olacaktır”.

1937-“Kendine, inkılâbın ve inkılapçılığın çeşitli ve hayati vazifeler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman, üzerinde dikkatle durulacak milli meselemizdir”.

Bizzat Atatürk tarafından kaleme alınan ve Prof. Dr. Afet İnan tarafından 1930 yılında “Vatandaş İçin Medeni Bilgiler” adı altında yayımlanarak okullarda ders kitabı olarak okutulan yurttaşlık bilgisi kitabının “Vatandaşa Karşı Devletin Vazifeleri” bölümündeki sözleri; Atatürk’ün sağlık hizmetlerine yaklaşımını en açık bir biçimde; anlatan sözlerdir⁽⁷⁾.

“Devlet, asayışı temin etmek için, memleketi müdafaa etmek için, sıhhati yerinde, gürbüz ve anlayışları; milli hisleri, vatan muhabbetleri yüksek vatandaşlar ister.

Devlet dahilde ve hariçte millet işlerini gördürecek yüksek kabiliyetli vatandaşlara muhtaçtır.

Bu sebeplerledir ki, vatandaşların tahsili, terbiyesi, sıhhati ile alakadar olmak mecburiyetindedir.”

“Bu sahalardaki işleri, fertlere veya şirketlere tamamen bırakabilmek için; bu işlerin, devlet müdahalesi ve muaveneti olmadığı halde, devleti esasi vazifelerini ifada müşkülata uğratmayacağına emin olmak lazımdır.”

“Fertler, şirketler, devlet teşkilatına nazaran zayıftırlar. Serbest rekabetin, içtimai mahzurları da vardır; zayıflarla kuvvetlileri müsabakada karşı karşıya bırakmak gibi... Ve nihayet fertler bazı büyük, müşterek menfaatleri tatmine muktedir olamazlar. Bu gibi işlerde, fertlerin tesisine imkan bulamayacakları geniş ve kuvvetli bir teşkilat icap edebilir, yahut bu gibi işlerde fertler kafi menfaat elde edemeyecekleri için o işlerden vazgeçerler. Halbuki, o işler milletçe hayati bir ehemmiyeti haiz olur ve devlet onu yapmak mecburiyetinde bulunur.”

Tüm bu söz ve yazılarından da anlaşılacağı üzere, Atatürk, her şeyden önce sağlık hizmetlerini önemli bir ulusal sorun olarak görüyor ve algılıyor. Bu nedenle de hizmetlerin kamu eliyle yürütülmesinden yanadır. Ayrıca hizmetlere bütüncül ve koruyucu bir yaklaşımla yaklaşılmasını, çevre sağlığı hizmetlerinin sağlık hizmetlerin merkezinde olmasını ve sağlığın etkileyen tüm etmenlerin gözetilmesini istemektedir.

2.2. Dr. Refik Saydam Dönemi (1923..)

Adnan Adıvar’dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür⁽¹²⁾. Dr. Saydam, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstererek, hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurmuş, sağlık hizmetleri tarihimize onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, çağdaş anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen de etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur.

Refik Saydam döneminde, illerde Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere büyük önem ve öncelik verilmiş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamak tedavi edici hizmetler ve koruyucu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yönde kullanılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi düşüncesi benimsenerek, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu erikle, bir yandan yerel idarelerin hastane açması, desteklenip özendirilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, bir yandan sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için çaba harcanırken, öte yandan da, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için çaba harcanmıştır. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplin altına alınmıştır. Tıp öğrencileri için yurt açılması ve sağlık personeli için yatılı okullar açılması yolu ile personel sayısının artırılması yönüne gidilmiştir. Kamuda, özellikle kırsalda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek ücret rejimi uygulanarak, hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları özendirilmiştir.

Özetle, Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, sağlık ile ilgili hizmetlerin tümü asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak algılanmış, ancak bu görevler devletin çeşitli organları (merkezi hükümet, il özel idareleri ve belediyeler gibi) arasında paylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ve personelinin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir.

2.3. Dr. Behçet Uz Dönemi (1946...)

Dr. Saydam Dönemi'nden sonra sağlık politikası anlamındaki ilk önemli girişim; 1946 -1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, koruyucu iyileştirici vb sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.

Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü ⁽⁴⁾.

Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanması hedeflenmişti ⁽⁶⁾.

2.4. Demokrat Parti Dönemi (1950..)

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile, il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) yönetimi tek elde toplanmış ve hastanecilik hizmetleri tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar kaydedilirken, öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybederek, arka plana itilmiş ve ihmal edilir olmuştur.

Bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi, basat hale getirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Bu durum sağlık politikası alanında ikircikli bir yapı oluşmasına neden olmuş, bu alana kamu yatırımları azaltılmış ve yataklı tedavi kuruluşlarının kamu eliyle Anadolu'ya yayılmasının hızı kesilmiştir. Sonuçta, tedavi edici hizmetler alanında halkın artan talepleri karşılanamaz hale gelmiştir ⁽⁴⁾. Bunun bir sonucu olarak, kurum ve kuruluşlar kendine bağlı nüfusun tedavi taleplerini karşılamak üzere, sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler ve birimler kurmaya başlamışlardır. Bunun ilk ve en büyük örneği yasası

1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler olmuştur. Arkasından hemen hemen tüm bakanlıklar ve hatta büyük KİT'ler kendi hastanelerini kurmaya başlamıştır. Sonuçta, sağlık sektörü, tedavi hizmetleri ağırlıklı, çok merkezli ve eşgüdüksüz bir yapıya sahip olmuştur.

2.5. Sosyalleştirme Dönemi (1960..)

İhtilal Hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik vermiştir. Bu doğrultuda hazırlanan, 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri yeniden asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilerek, sağlık hizmetlerinde özel sektörün basat kılınması girişimlerinin önu kesilmiştir.

1961 Anayasa'sının 48. ve 49. maddeleri doğrultusunda hazırlanan. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, "sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği" belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi / örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr.Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) 5 ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır ⁽¹⁾.

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

224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu Yasa ile, sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır.

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye yansması uzun zaman almamış ve yönetime bu görüşlere sahip iktidarların gelmiştir. İktidara gelen hükümetlerin sahip olduğu neoliberal politikalarla, 224 sayılı yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme/çatışma alanı haline getirilerek, sosyalleştirmenin başarısını engelleyen bir ortam yaratılmıştır ⁽¹⁰⁾.

1970'li yıllardan sonra sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikircikli politika ya da iki politikanın çekişmesi belirlemiş olup, adeta bir karmaşa ortamı yaşanmıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının pratikteki uygulama araçları olan finansman, örgütlenme ve insan gücü konularında da bir karmaşa, belirsizlik ve ikirciklilik vardır. Örneğin; finansman konusunda dünyada bilinen tüm yöntemlerin bir karması uygulanmış, belirgin ve kesin bir sağlık finansman yolu seçilememiştir. Aynı şekilde, örgütlenmede de dünyada bilinen tüm örgütlenme biçimlerinin bir karması uygulanmıştır. İnsan gücünün gerek yetiştirilmesi ve gerekse istihdamı konusunda da net bir uygulamadan söz edilemez. Dünyada bilinen tüm istihdam biçimleri yan yana var olmuş, bunlar arasında yatay ve dikey geçişler de söz konusudur. Örneğin; aynı hekim hem devlet memuru, hem bir kurumda sözleşmeli ek görevli hem de özel muayenehanesinde çalışıyordu . Özetle, Türkiye'de ne sağlık politikası anlamında ne de bunların alt politika ya da uygulamaları anlamında, belirlenmiş ve kararlaştırılmış net bir ortam yok idi.

Sağlık hizmetlerine kamudan yeterli kaynak ayrılmamış, ayrılan kaynak ise verimli kullanılmamıştır. Yönetimde kariyer ve liyakat gözetilmez olmuş ve çağdaş bir sağlık idaresi kurulamamıştır. Hizmetler birbiri ile eşgüdümü olmayan onun da ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir. Sektöre hakim olan bu karmaşa nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir ortama dönüşmüştür.

2.6. Aktif Özelleştirme Dönemi (1980..)

24 Ocak 1980 Kararları ile neoliberal görüş, resmi ve yazılı devlet politikası haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasası'nda yer alan ve "sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren" maddeler 1982 Anayasası ile kaldırılarak onların yerine, "bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini" ifade eden maddeler yerleştirilmiştir.

Türkiye'de 1980'den sonraki yılların temel özelliği, sağlık sektörünü, benimsenen bu yeni politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu erkle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Geline noktada bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan "aile hekimliği"nin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla özelleştirilmesidir. Finansmanda ise; genel bir kamu sigortası "genel sağlık sigortası" üzerine oturtulmuş "özel sigortacılık ve cepten ödeme" dir⁽¹³⁾.

Bu program 59. ve 60. hükümetlerce hazırlanan **Sağlıkta Dönüşüm** paketi ile yürürlüğe sokulmuştur. Başka bir söylemle, Sağlıkta dönüşüm, 1980'den bu yana reform adı altında uygulanmak istenen programın uygulamaya sokulmasından başka bir şey değildir.

Bu program ile, örgüte müdahale edilerek, örgüt tamamen programın amacı ve hedefleri doğrultusunda yeniden yapılandırılmıştır. Bu dizeden olmak üzere; birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarının yerine "Aile Hekimliği" adı altında muayenehaneye dayalı sisteme geçiş yapılmaktadır. Hastaneler ise "işletme haline getirme" adı altında hızla özelleştirilmektedir. Hedef "Hastane Birlikleri", "Hastane Zincirleri" ve "Sağlık Kentleri"dir. Bu yapılar aracılığı ile sağlık hizmetleri hızla uluslararası sermayeye devredilmektedir. Tedavi edici hizmetlerdeki tüm iş ve işlemler bu tür kurum ve kuruluşlarda kotarılabacak, elde edilen rant ise tamamen uluslararası sermayeye aktarılacaktır. Tedavi hizmetleri alanında kurulan bu düzende, özel ya da kamu hiçbir yerli hastane varlığını sürdüremeyecek ya kapanacak ya da uluslararası sermayeye yem olarak onunla bütünleşecektir.

Aynı şekilde, 59.ve 60. hükümetlerce sağlık hizmetlerinin finansmanına müdahale edilmiş ve kamu oyunda kısaca GSS süreci olarak bilinen uygulamalar sonunda, finansman biçimi tamamen programın hedeflediği yönde yeniden yapılandırılmıştır. Bu konudaki temel hedef, finansmanın tamamen aktüeryel prim bazına oturtulmasıdır. Bu amaçla, kamu sigortası aracılığı ile özel sigortacılığa geçişin alt yapısı oluşturulmaktadır. Bu bağlamdaki en önemli uygulama; sosyal devletin en önemli organları olan önce SSK sonra da BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı'nın sağlık sigortalarının yok edilmesi suretiyle tasfiye edilmesi ve yerine Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında bir geri ödeme kurumunun kurulmasıdır. Teminat paketini küçültme çalışmaları hızla sürmektedir.

Personel alanına müdahale ile, sağlık çalışanlarının istihdamı tamamen özel ve sözleşmeli istihdam haline dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Kamuda performansa dayalı ücretlendirme ile 657 sayılı yasa delinmiş, yabancı hekim çalıştırılması ve tam güne geçiş için uygun zaman beklenmektedir. Tıp fakülteleri kontenjanlarının ve vakıf üniversitelerine bağlı tıp fakülteleri sayılarının artırılması, sağlık üniversitelerinin kurulması bu alanda uygulama alanına geçmeyi bekleyen yeni müdahale türleridir.

Tüm bu müdahale türlerinden de anlaşılacağı üzere; sağlıkta dönüşüm programı ile, kamu eliyle yürütülen "ulusçu" ve "halkçı" sağlık politikası tamamen terk edilerek, onun yerine ulus ötesi sermaye ile bütünleşmiş özel kişi ve kuruluşlarca yürütülen piyasacı bir sağlık politikasına geçilmektedir.

Bu programın temel amacı; sağlık hizmetlerini kamusal alanın dışına çıkarmaktır. Sonuçta yurttaşlar açısından sağlık hizmetleri tamamen metalaşacak ve sağlık hakkı zarar görecektir. Verimlilik açısından ise; koruyucu hizmetler geri plana itilerek sağlık hizmetleri tamamen iyileştirici hizmetlere ve tüketime dayalı bir nitelik kazanacaktır. Sağlık hizmetlerindeki egemenlik, küresel sermaye ile işbirliği yapacak olan, kuralsız ve dizginsiz güç odaklarının eline geçecektir.

Bu programın tümü gerçekleştiğinde; Atatürk'ün bazı işlevler ve önem attığı sağlık hizmetleri bağlamında devletten yurttaş'a giden hizmet olmayacak, yurttaşın devlete olan gereksinimi bağı ve sevgisi kalmayacak, ulusal devlet zayıflayacaktır.

Tüm bu özelliklerinden hareketle, sağlıkta dönüşüm projesi; arkasında ABD, AB, WB ve IMF olan, ulus devleti zayıflatan, Türkiye'yi ulus ötesi sermayenin egemenliğine sokan, özelde BOP'nin genelde ise küreselleşmenin alt bileşeni olan bir projedir.

3. CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÜZEYİ

3.1. İnsan gücü Uygulamaları

Uygulama farklılıkları ya da ayrıntılar bir yana bırakılır ve konuya temel politika düzeyinde bakılır ise; Cumhuriyetten günümüze dek, izlenen sağlık insan gücü politikasında iki ayrı dönem dikkati çekmektedir. Bunlardan birisi Cumhuriyet'in kurulması sırasında başlayarak 1980'lere dek süren dönem, diğeri de 1980'lerden günümüze dek süren ve günlük uygulamaları 2003'ten sonra hız kazanan dönemdir. Başka bir anlatımla Osmanlıdan günümüze dek sağlık insan gücü politikası açısından, biri Cumhuriyet'in kurulması sırasında, diğeri de 1980'li yıllarda olmak üzere iki dönemeç yaşanmıştır.

Osmanlı döneminde, Sağlık personeli nitelik ve nicelik olarak çok yetersizdir. Hekimbaşılık ve buna bağlı az sayıdaki hekim ve sağlık personeli dışında kamu personeli yoktur. Yaygın halk kitleleri bugünkü anlamdaki hekim ve sağlık hizmetinden yoksun olup, daha çok bilim dışı kurum, kişi (mütetabbipler vb) ve davranışlardan çare arar durumdadır.

1923 yılında tüm ülkede 554 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmete başlanmıştır. Hekim başına düşen nüfus 1923 yılında 30.000 dolayındadır. Bu sayılar Cumhuriyet yönetiminin çok yetersiz bir personel sayısı ile hizmete başladığını göstermesi açısından önemlidir⁽⁸⁾.

Cumhuriyetin kuruluş yıllarında, sağlık hizmetlerinin önemli ve öncelikli bir devlet görevi olarak algılanmasına koşut olarak; sağlık personeli yetiştirilmesi ve istihdamı da yine bir devlet görevi olarak algılanmıştır. Devlet tarafından yürütülen sağlık insan gücü uygulamalarının temelini; 1) sayıyı artırmak, 2) niteliği yükseltmek, 3) kamuda çalışmayı özendirmek, 4) personeli yurt sathına yaymak özellikle kırsala göndermek, 5) uzman personel ile uçta çalışacak personel (pratisyen hekim, ebe, halk sağlığı hemşiresi vb) dengesini sağlamak düşünceleri veya amaçları oluşturmuştur. Bunlara diğeri bazılar eklenebilir ise de, bu dönmedeki uygulamaların hemen tümünün altında sayılan bu beş amacın yattığı görülür.

Leyli tıp Talebe Yurtları uygulaması ile, burada kalan tıp öğrencilerinin tüm gereksinimleri devlet tarafından karşılanarak, bir yandan tıp fakültesine girecek öğrenciler özendirilmiş ve sayısı artırılmış öte yandan da bu yurtlarda kalarak hekim olanlara, belli bir süre mecburi hizmet yaptırılarak kırdı ve kamuda (hükümet tabiplikleri) çalışan hekim sayısı artırılmaya çalışılmıştır. Hükümet tabipliklerinde çalışanlara yüksek ücret uygulaması getirilerek hem hekimlerin kamuda çalışması özendirilmiş hem de pratisyen uzman dengesi kurulmaya çalışılmıştır.

Diğeri sağlık personelini yetiştiren kurs ve okullar hızla açılarak nitel ve nicel yönden yetersizlik giderilmeye çalışılmıştır.

Tüm kamuda çalışan hekim ve sağlık personelinin atamaları tek elde ve Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığında toplanarak disiplin altına alınmıştır. Atama ve yükseltmelerde tarafsızlık ve hakkaniyeti sağlamak ereğiyle tüm atama ve yükseltmeler "Bakanlık Encümeni" adı verilen kurulda incelenerek / kararlaştırılarak yapılmıştır. Bakanlığın tüm birim amirlerinden oluşan bu kurulun, bazı istisnalar dışında, kararlarında oybirliği esas alınmıştır. Personelin atanma ve yükseltilmesinde liyakat ve kariyere olabildiğince özen gösterilmiştir. Böylece personelin kendi sınıfı içinde üst derece ve makamlara

yükselebilmesi yolları açık tutularak yaygın bir hakkaniyet duygusu ve düşüncesi sağlanmıştır. Bu dizeden olmak üzere, sağlık müdürleri belli bir süre ve belli yerlerde çalışmış ve kendini kanıtlamış olanlar arasından seçilmiştir. Müsteşarlık ve genel müdürlük gibi makamlara en uçtan başlayarak kademe kademe yükselen hekimler getirilmiştir.

Bu dönemde "hekimin amir hekim olması" ilkesine özen gösterilmiş ve belli idari birimler dışında kalan birimlerin amirliklerinin hekim olması yasa gereği haline getirilmiştir.

Bu uygulamalar oldukça başarılı sonuçlar vermiş, Cumhuriyetin ilk yıllarında 554 hekim varken, bu sayı 1928'de 1078'e, 1940'ta 1500'e, 2002 yılında ise 95190'a ulaşmıştır⁽¹⁴⁾. Günümüzde bu sayının 100 bini aştığı bilinmektedir. Aynı şekilde 1928 yılında 130 olan hemşire sayısı 1940'ta 405'e 2002 yılında ise, 79059'a yükselmiştir. Başka bir anlatımla; 1930 yılında bir hekime 12217 kişi, bir hemşireye 71485 kişi ve bir eczacıya 113701 kişi düşerken, 2000 yılında bu sayılar sırası ile; 792, 942, 2898 olmuştur⁽¹⁴⁾.

Çizelge 1: Türkiye'de Bir Sağlık Personeline Düşen Kişi Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1930-2000)

YIL	HEKİM	HEMŞİRE	ECZACI
1930	12217	71485	113701
1940	11819	43773	137426
1950	6890	28859	160054
1960	2799	11366	19563
1970	2228	4016	11731
1980	1631	1653	3685
1990	1109	1248	3556
2000	792	942	2898

Kaynak (14) : İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535

Çizelge 2 : Son Yıllarda Türkiye'de Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı (1995-2003)

Personel Grupları	YILLAR						
	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2003
Toplam Hekim Sayısı	69349	70947	73659	77344	81988	90757	97763
Uzman Hekim	29846	31126	32511	34189	36854	41907	46563
Pratisyen Hekim	39503	39821	41148	43155	45134	48850	51200
Diş Hekimi	11717	12406	12737	13421	14226	15866	18073
Eczacı	19090	19681	20557	21441	22065	22922	23632
Sağlık Memuru	39342	39165	39658	41461	43032	45560	50432
Hemşire	64243	64526	67265	69146	70270	75879	82246
Ebe	39551	38945	40230	41059	41271	41158	41273

Kaynak (15); Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu

1960'lara gelindiğinde, hekim sayılarındaki ve niteliğinde sağlanan büyük iyileşmeye karşın, kırsal / kent, uzman / pratisyen ve kamu / özel dağılımındaki dengesizlik hala giderilememiştir. Özellikle kırsaldaki kamu kuruluşlarında, başta hekim olmak üzere, çalıştırılacak sağlık personeli bulunamamıştır. 224 Sayılı Yasanın uygulamaları sırasında getirilen 1) sözleşmeli statü ve mahrumiyet ödeneği aracılığı ile yüksek ücret,

2) Sağlık ocağında çalışanlara uzmanlık sınavlarında sosyalleştirme puanı,3) öğrenci iken burs vererek karşılığında mecburi hizmet gibi uygulamalarda soruna köklü bir çözüm getirememiştir.

Cumhuriyetten sonra 1980'li yıllara dek personel istihdamı alanında getirilen; yatılı öğrencilik, burs, yüksek ücret, sınav puanı gibi uygulamaların hemen tamamı gönüllülük esasına dayanan ve özendirilmeye yönelik uygulamalardır.

1970'lerin başına doğru, neoliberal akımın etkileri sağlık alanında da görülmeye başlamıştır. Bir yandan, sözleşmeli hekim çalıştırılması, mahrumiyet ödeneği, sağlık ocaklarında çalışanlara yüksek ücret verilmesi, uzmanlık giriş sınavlarında sosyalleştirme puanı verilmesi ve benzeri uygulamalar yürürlükten kaldırılarak sağlık personelinin kırsalda ve sosyalleştirilmiş hizmetlerde çalıştırmayı özendiren uygulamalardan vazgeçilirken öte yandan da sosyalleştirilmiş hizmetler alanına yapılan yatırımlar kısıtlanmıştır. Bu durum yalnızca sağlık ocaklarında çalışan hekimleri etkilememiş sosyalleştirilmiş illerde çalışan tüm personelin özlük haklarının büyük oranda gerilemesine neden olmuştur. Bu uygulamaların bir sonucu olarak; çalışan hekimlerin kır / kent, kamu / serbest dağılımındaki dengesizlikler tekrar derinleşmiş genelde kamuda özeldense kırsalda çalışacak personel bulunamaz olmuştur.

Böyle bir ortamda, zamanın sağlık bakanı Dr. Mete Tan tarafından hazırlanarak 29.6.1978 tarihinde TBMM'de kabul edilen, 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esaslarını Belirleyen Kanun, kamuda ve kırsalda çalışan sağlık personelinin ücretlerinde anlamlı bir yükselme getirmiştir. Bu uygulama hemen sonuç vermiş kamu kuruluşlarında ve kırsalda çalışan personelin sayısında önemli iyileşmeler görülmüştür. Bu uygulamaya da Eylül 1980 darbesi ile son verilmiştir.

1980 Darbesi ile topluma dayatılan yeniden yapılandırma hareketi ile birlikte sağlık politikası da kökten değişmiş, bunun alt bileşeni olan sağlık insan gücü politikası da bu değişimden büyük oranda etkilenmiştir. Bu değişimin başlıca uygulamaları şöyle özetlenebilir: 1) Kamuda çalışmayı özendirme uygulamalardan vazgeçilerek, gereksinim duyulan insan gücünü mecburi hizmet, rotasyon ve benzeri zorlama yöntemlerle sağlanmaya çalışılmıştır, 2) hekim ve diğer sağlık personeli sayısını hızla arttırılarak, bir yandan ücretler baskı altına alınırken öte yandan da kamu ve kırsalda çalışmalarını sağlanmak istenmiştir, 3) atama ve yükseltmelerde şeffaflığı ve hakkaniyeti sağlayan düzenekler ortadan kaldırılmıştır.

Bu amaçlarla, 21.08.1981 tarihinde 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun kabul edilmiş, plansız, programsız ve altyapısız onca tıp fakültesi ve sağlık meslek liseleri açılmıştır. Nitelik kaybetme pahasına her türden sağlık personelinin sayısında hızlı bir artış sağlanmıştır. Bu durum, bir yandan, sağlık personelinin niteliğini tartışılır hale getirmiş, öte yandan da açık ya da gizli işsizlik nedeni ile özlük haklarında baskı aracı işlevi görmüştür. Sonuçta kamuda çalışan sağlık personelinin benzer düzeydeki personele göre ücret ve diğer özlük haklarında büyük kayıplar ortaya çıkmıştır. Artan sayıya paralel olarak, serbest çalışma koşulları da ağırlaşmış ve bu şekilde çalışanların gelirlerinde de gerileme yaşanmıştır. Uygulamaların tüm bu olumsuzluklarına karşın, sağlık personelinin bölgeler ve kurumlar arasındaki dengesiz dağılımı giderilememiş özellikle kırsalda gerekli sayıda personel bulunamamıştır.

2003 yılından sonra, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık çalışanlarının tamamen serbest çalışması yönünde hızlı değişimler yaşanmaktadır. Özel sektörde çalışanların yanı sıra, Sağlık Bakanlığındaki Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamakta sözleşmeli statüye geçilmiştir, kamu hastanelerinde çalışanların ise sözleşmeli statüye geçişi için çalışmalar sürdürülmektedir.

Sağlık insan gücü alanındaki en önemli sorun; sağlık personelinin özellikle de hekimlerin kır ve kent arasında dengesiz dağılımıdır. Hekimlerin büyük yerleşim birimlerinde özellikle de üç büyük kentte yoğunlaşmasında, kuşkusuz onların, sosyal, kültürel ve coğrafi koşulların daha iyisini yeğlemesinin de rolü vardır. Ancak, bu dengesizlikte esas belirleyici olan; kır ve kent arasındaki sosyo-ekonomik gelişmişlik farkı ve dolayısı ile de hizmetlerin özellikle de özel sağlık kuruluşlarının ekonomik olarak gelişmiş olan kentlerde yoğunlaşmasıdır. Özel hizmetlerin kar olanaklarının iyi olduğu yerde yoğunlaşmasından daha doğal bir şey olamaz. Alınacak bazı özendirici önlemlerle bu etki kısmen azaltılabilir ancak yok edilemez.

Dağılımındaki dengesizlik kurumlar ve hizmet türleri arasında da kendini göstermektedir. Bu dengesizlikte; "eşit işe eşit ücret" ilkesine aykırı hareket edilmesi, sağlık personeli dağılımının tek

elden yönlendirilmemesi, ve özellikle hekim istihdamında Sağlık Bakanlığı'nın baraj rolü oynaması yanında kurumların ürettiği sağlık hizmetlerinde kapasite artımı istememeleri gibi etmenler de rol oynamaktadır.

Öncelikli olarak ele alınması gereken diğer temel bir sorun alanı; sağlık insan gücünün ülkenin şartlarına ve önerilen sağlık sistemine uygun olarak eğitilmemesidir.

Sorunlardan bir diğeri de sağlık çalışanlarının yarı zamanlı veya çok kurumlu çalışmasıdır. İnsan kaynaklarının yanlış kullanılması, görev tanımlarında eksiklikler ve denetimsizlik hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu engelleyen diğer insan gücü sorunlarıdır.

Sağlık çalışanlarının ücretlerinin; eğitim, mesleki risk ve can güvenliği açısından sundukları hizmetlerle doğru orantılı olmaması ve iyi bir iş güvencesine sahip olmamaları motivasyon düşüklüğün en önemli nedenidir. 59. Hükümetin "Sağlıkta Dönüşüm" uygulamaları ile getirdiği sözleşmeli sistem nedeniyle ücretlerin bir miktar artmış olmasına karşın, iş güvencesinin daha da zayıf bir hale getirilmiş olması önümüzdeki yıllarda huzursuzluğu ve motivasyon eksikliğini daha da artıracak niteliktedir.

Sağlık personeli sayısındaki hızlı artışa karşın, Türkiye'nin sağlık personeline ilişkin ölçekleri, AB ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça geride olduğu görülmektedir. 2000 sonrası yıllar için, AB-25'te 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 163 ile 567 arasında değişmekte olup, bu sayı Türkiye'de 127'dir. 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı AB-25'te 34 ile 152 arasında değişirken Türkiye'de bu sayı 21'dir. AB-25'te 100.000 kişiye düşen eczacı sayısı, 18 ile 182, 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 286 ile 1320 arasında değişmektedir. Bu sayılar Türkiye'de sırası ile 34 ve 240'tır (Bakınız Çizelge 3).

Çizelge 3'de verilen sayılardan da görüleceği üzere; sağlık personeli sayıları açısından AB ülkeleri arasında da büyük farklılıklar vardır. Çünkü; bir ülkedeki sağlık personeli sayılarını; 1) sağlık hizmetlerini sunum biçimi / örgütlenme yapısı, 2) toplumun sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları, 3)sağlık bilinci (bunların bileşkesi ile oluşan toplumun sağlık hizmet talebi) ve 4) sağlık personeli istihdam biçimi gibi etmenler belirler. Toplumdaki sağlık hizmet talebi artışını, sağlık personeli sayısı artışı ile karşılamak gerekir. Aynı şekilde yarı zamanlı ve benzeri istihdam biçimleri de sağlık personeli gereksinimini artırır. AB ülkeleri arasında, gerek sağlık hizmetleri sunum biçimi ve gerekse sağlık personeli istihdam biçimleri açısından derin farklılıklar vardır. Bu nedenle de AB ülkelerindeki sağlık personeli sayılarındaki farklılıklar bir bakıma doğaldır. Türkiye'deki sağlık personeli sayılarının, bu etmenler göz önünde bulundurularak bir değerlendirilmesi yapıldığında, AB'ne göre olan geriliği abartmaya gerek olmadığı anlaşılmaktadır.

Çizelge 3 : AB Ülkeleri ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiye Düşen Hekim, Diş Hekimi, Eczacı, Hemşire Sayıları

	1	2	3	4	5
Almanya	358,40	279	76,77	58,27	930,43
Avusturya	308,27	324	47,77	55,88	583,12
Belçika	423,70	236	68,27	144,78	1075,11
Çek Cumhur.	336,86	297	64,81	49,25	919,81
Danimarka	283,52	353	85,63	50,14	937,37
Estonya	322,36	310	74,13	59,37	632,52
Finlandiya	307,28	325	92,62	147,99	2178,73
Fransa	328,37	304	68,62	102,18	672,45
Hollanda	322,18	310	47,60	18,75	1320,98
İngiltere	163,93	613	39,83	58,21	497,20
İrlanda	249,25	401	53,16	77,07	1701,63

İspanya	328,80	304	40,98	78,73	372,20
İsveç	310,87	322	152,12	67,41	831,10
İtalya	567,20	176	57,36	104,88	296,15
Letonya	320,35	312	53,86	-	518,11
Litvanya	379,75	263	66,19	59,40	758,12
Lüksemburg	248,80	403	64,31	68,48	756,44
Macaristan	361,42	277	57,83	48,93	286,20
Malta	262,66	377	40,27	182,97	1099,81
Polonya	226,43	442	34,30	52,33	526,73
Portekiz	317,94	315	37,73	78,06	378,67
Slovakya	323,16	309	47,81	41,57	747,68
Slovenya	215,25	465	60,42	34,96	693,12
Yunanistan	434,07	230	114,36	69,15	256,51
TÜRKİYE	127,44	787	21,88	34,30	240,26

Kaynak(16):The European Health Report 2002,

1. 100.000 kişiye düşen hekim sayısı (2000 sonrası yıllar)
2. Hekim başına düşen kişi sayısı (1'den hesaplama yolu ile elde edilmiştir)
3. 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı (2000 sonrası yıllar)
4. 100.000 kişiye düşen eczacı sayısı (2000 sonrası yıllar)
5. 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı (2000 sonrası yıllar)

Cumhuriyetin başlangıç yıllarındaki hükümetlerin sağlık insan gücü alanındaki kamuyu özendirici uygulamaları nedeniyle, kamuda çalışan hekimlerin statü ve özlük hakları bugünkünden çok daha iyi olmuştur. Sayının az olmasının getirdiği avantaj nedeniyle, serbest çalışma alanı da gerek gelir ve gerekse diğer konular açısından oldukça avantajlı olmuştur. Bu nedenle de, o yıllarda, hekim hakları yaygın bir tartışma alanı ya da konusu olmamıştır. 1980'den sonra yürürlüğe sokulan uygulamalar, başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personeli sürekli bir statü ve özlük hakkı kaybı yaşatmaktadır. Bu durum kısır bir döngüye dönüşmüş statü kaybı (kamu serbest ayırdı olmaksızın) özlük hakkı kaybını özlük hakkı kaybı ise statü kaybını getirir hale gelmiştir. Günümüzde kamuda çalışan hekimler, özlük hakları açısından, yine kamuda çalışan ve eş düzeyde kalifikasyonu olan kesimlere göre çok gerilere düşmüştür. Öte yandan da artan sayıya paralel olarak serbest çalışma alanı da her anlamda sorunlu bir hale gelmiştir.

Gelinen ortamın doğal bir sonucu olarak, gerek sağlık personeli arasında ve gerekse ilgili çevrelerde hekim ve sağlık personeli hakları en çok tartışılan konulardan biri haline gelmiştir. Bu tartışmalarda, sorunların tespiti konusunda genel bir anlaşma vardır. Buna karşılık, konu hakkındaki genel terminoloji, kapsam, sektörün yapılanmasının sağlık çalışanlarının özlük haklarına yansıma biçim ve düzeyleri iyi bilinmemektedir. Buna bir de genel siyasal tercihler eklendiğinde sağlık çalışanlarının çözüm yolları konusunda düşünce birliği yapmaları zorlaştırmaktadır. Bu durum özelde hekimlerin genelde ise sağlık personelinin özlük hakkı mücadelesi yol ve yöntemleri konusunda anlaşamamaları ve birleşmemeleri sonucunu doğurmaktadır. Bunun yaşama yansıması ise, meslek odaları ya da sendikalar gibi öz örgütlerde bütünleşememe şeklinde olmaktadır. Birleşip belli bir güç haline gelememe şeklinde olmaktadır. Oysa ağır olarak yaşanan statü ve özlük hakkı kaybını durdurmanın tek yolu birleşme ve bütünleşmeden geçmektedir.

3.2.Örgütlenme ve Fizik Yapılar

Cumhuriyet ilan edildiğinde, Sağlık Bakanlığı ve tüm ülkeyi kapsayan bir sağlık örgütü olmadığı gibi, sağlık hizmeti sunan kurum ve birimlerin sayısı da son derece yetersizdi. Var olanlar ise birkaç büyük kente toplanmıştı.

2 Mayıs 1920 gün ve 3 sayılı Kanunla "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti" kurulduktan sonra, Türkiye Büyük Millet Meclisi ilk sağlık bakanı olarak, Dr. Adnan Adıvar'ı seçti. Bakanlık iki katlı eski bir Ankara evinde çalışmalarına başladı. Bir bakan ve iki bakan yardımcısı olmak üzere toplam üç personeli vardı. Başlangıçta ağırlıklı olarak Milli Mücadele'nin askeri sıhhi hizmetlerini koordine ettiler. Bir yandan da önderlikle birlikte geleceğin programını oluşturdular (8).

Halka hizmet veren birimler kurmak amacıyla 1924 yılında 150 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evi kurulması kararı alındı. Muayene ve Tedavi Evleri, 5 - 10 yataklıdır. Beş yataklı olanlarda hükümet tabipleri, 10 yataklı olanlarda ise ayrı bir hekim görevlendirilmiştir. Muayene ve tedavi evlerinde hasta muayenesi ücretsiz olup, yoksul hastaların ilaçları da parasız verilirdi. Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan muayene ve tedavi evlerinin sayısı, 1936'da 180'i, 1942'de 200'ü bulmuştur. Bu tür sağlık evlerinin gelişmiş bir örneği, ilk defa Etimesgut'ta 1932'de açılan "İçtimai Hıfzısıhha Numune Dispanseri" idi (3).

Öte yandan var olan hastanelere de yenileri eklenmeye başlandı.1922 yılında 100 olan yataklı kurum sayısı, 1932'de 177'ye, 7127 olan yatak sayısı 10646'ya, 22 olan dispanser sayısı 339'a çıkarıldı. Dispanserlerde 1922'de 189 yatak varken bu sayı 1932'de 1318 oldu. 1924 yılında Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas'ta, 1936'da ise İstanbul Haydarpaşa'da hekimliğin bütün uzmanlık dallarını içinde toplayan Numune Hastaneleri kuruldu. Numune Hastaneleri, yatılı-ayakta-poliklinik mesaisi olarak tedavi eden tam teşekküllü, uzman kadrolu, modern donanımlı hastanelerdi. Adından da anlaşılabilir gibi, bu hastaneler kanalıyla ülke çapında sağlam bir model yaratılmaya çalışıldı (9).

Tedavi edici hizmet üreten birimlerin yeterli olmaması, buralardaki işletme kalitesinin düşüklüğü, kamu kuruluşlarını kendi hastanelerini yapmaya yöneltmiştir. Özellikle 1940'lardan sonra bakanlıkların ve hatta büyük KİT'lerin bazıları kendi hastanelerini kurmuştur. Bu durum hastane ve yatak sayılarının hızla artması sonucunu doğurmuş ancak çok merkezlilik ve eşgüdüm eksikliği sorununu da beraberinde getirmiştir.

Cumhuriyet'in ilk yılında; 86 hastanede 6437 hasta yatağı var iken, 2005 yılında bu sayılar, sırası ile; 1198 hastane ve 192685 hasta yatağına yükselmiştir. Başka bir anlatımla 1923 yılında 10000 kişiye 5.1 yatak düşerken, bu sayı 2005 yılında 10000 kişiye 26.7 yatağa yükselmiştir (17).

Çizelge 4: Türkiye'de Yataklı Kurum ve 10000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1923-2005)

YILLAR	KURUM SAYISI	10000 KİŞİYE DÜŞEN HASTA YATAĞI SAYISI
1923	86	5,1
1930	182	7,8
1940	198	8,0
1950	301	9,0
1960	566	16,6
1970	746	20,3
1980	827	22,2
1990	899	24,0
2000	1226	25,8
2005	1198	26,7

Kaynak (17): Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005.<http://www.saglik.gov.tr/>

Belli merkezler dışındaki kamu hastanelerinde yatak kullanım oranları düşük ve yaklaşık %65 dolayındadır. Çünkü, hastane ve yatak sayıları gereksinimlere göre değil yalnızca siyasi tercihlere göre saptanmakta ve dağıtılmaktadır. Özel hastanelerin birçoğunda bu oran daha da düşüktür. Hastane yataklarının atıl kalması, bu yataklara göre tahsis edilmiş olan personel ve diğer yatırım giderlerinin de verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır.

Hastanelerin önemli bir kısmının, verimlilik sınırının altında ya da üstünde sayıda hasta yatağına sahip olması hastanelerde maliyeti yükselten diğer bir etmendir.

Çizelge 5: Bazı AB Ülkeleri ve Türkiye’de 100000 Kişiyeye Düşen Hasta Yatağı (2003)

ÜLKE	100 000 KİŞİYE DÜŞEN HASTA YATAĞI
Almanya	874,4
Avusturya	835,7
Belçika	686,3
Çek Cumhuriyeti	1137,2
Danimarka	398,0
Estonya	591,2
Finlandiya	723,6
Fransa	795,5
İngiltere	369,9
İrlanda	1006,7
Letonya	779,3
Litvanya	866,1
Malta	750,3
Polonya	644,7
Slovakya	723,9
TÜRKİYE	260,0

Kaynak(18); <http://epp.eurostat.cec.eu.int>

Günümüzdeki hasta yatağı durumunun AB ülkeleri ile kıyaslaması yapıldığında Türkiye’deki sayılar AB ortalamasının çok gerisindedir. Ancak bu gerilik, salt kaynak kıtlığı anlamında olmayıp, biraz da gelişmiş ülkelerdeki hastane yatağı kullanma alanları (geriatri, kronik hastalıklar , psikiyatrik hastalıklar vb) ile ilgilidir. Bu durum göz önüne alındığında Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki 100000 kişiye düşen yatak sayısı arasındaki fark daha anlaşılabilir olmaktadır (bakınız çizelge 5).

1923’ten sonra, birinci basamak sağlık kuruluşu olarak benimsenen birim, özünde ilçe temelinde örgütlenmiş olan hükümet tabiplikleridir. İl merkezlerinde genel idari işler valiye karşı sorumlu olan sağlık müdürlükleri aracılığı ile yürütülmekteydi. Yine buralarda kurulan merkez hükümet tabipliklerinde ilin nüfusuna göre birden fazla hükümet tabibi bulunur ve bunlar aralarından görev / bölge dağılımı yaparlardı. İlçelerdeki hükümet tabiplikleri kaymakama karşı sorumlu olarak hem genel idari işleri hem de tıbbi işleri birlikte yürütürlerdi. Hükümet tabipleri birinci basamak sağlık hizmeti bağlamında; başvuran hastaların tanı ve tedavisi yanında adli tabiplik ve özellikle de bulaşıcı hastalıklarla savaş ile yükümlü idiler. Bunlar özel muayenehane açabilmekte, buldukları yerde eczane yoksa ilaç satabilmekte idiler.

Birinci basamağa yönelik olarak; Hükümet Tabipliklerine “Sağlık Merkezleri”, “Verem Savaş Dispanserleri”, “AÇS Merkez veya Dispanserleri” “ İşyeri Hekimlikleri ve SSK Dispanserleri” ve Sıtma, Trahom Muayene İstasyonları gibi çeşitli ad ve işlevde birimler eklenmiş ise de, “temel sağlık hizmetleri” 1923’ten 1980’e dek Hükümet Tabiplikleri aracılığı ile yürütülmüştür.

1961 Anayasası'nın 49. Maddesinin gereğini yerine getirmek ve Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hedeflerini gerçekleştirmek üzere;5 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilerek sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinde, idari bölümlere paralel özellikle ilçe temelinde örgütlenmiş olan hükümet tabiplikleri yerine nüfusu temel alan sağlık ocakları sistemine geçilmiştir. İlk uygulamasına 1963 yılında Muş'ta başlanan sosyalleştirme programı, 1980'li yılların ilk yarısında tüm yurt sathına yayılmasını tamamlayarak Türkiye'deki tüm nüfusu kapsar hale gelmiştir.

Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Sistemi 1970'li yıllardan sonra iktidara gelen hükümetlerce benimsenmemiş ve bu nedenle de sisteme gerekli ve yeterli desteği görmemiştir. Bunun bir sonucu olarak; Sağlık Ocakları, bir yandan insan gücü ve teknik donanım olarak yoksunlaşırken öte yandan da Türkiye'de yaşanan nüfusal değişimlere ayak uyduramamıştır. Bu durum kentlerde toplumun sağlık ocaklarını benimsemesinde, özellikle de tedavi edici hizmetler ve sevk sisteminde sorun yaratmıştır. Buna rağmen, 2005 yılı itibariyle sayısı 6203 adete ulaşan Sağlık Ocakları, hizmet verdiği bölgedeki Temel Sağlık Hizmetlerinin tüm sorumluluklarını üstlenecek nicelik ve nitelikte olmuştur.

Günümüz Türkiye'sinde, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi alanındaki temel sorun; henüz çerçevesi ve içeriği tam belirlenmemiş olan, "Aile Hekimliği" sistemine geçilmeye çalışılmasıdır. Daha da kötüsü, bu geçişle beraber, birinci basamak hizmetin ve sevk sisteminin tamamen yok edilmiş olmasıdır. Bu durum hem koruyucu sağlık hizmetlerinin hem de birinci basamak tedavi hizmetlerinin (Temel Sağlık Hizmetleri) büyük oranda aksamasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında yaşanan diğer sorunlara da kaynaklık / yaratıcılık yapmaktadır. Çünkü; birinci basamağın aradan çıkarılması, ikinci ve üçüncü basamak önündeki yığılmalar nedeniyle, hastane hizmetlerinde de hem nitelik hem de nicelik açısından önemli sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Özel hastanelerin devreye sokulması, sorunu şimdilik gizlemekte ama gidermemektedir. Hizmetlerin etkili ve verimli sunumu sağlanamamaktadır.

Tedavi edici hizmetleri önceleyen ve tüketimi körükleyen bu anlayış ve ortam, birinci basamak tedavi hizmetlerinin birinci basamak birimlerinde yürütülmesini engellemektedir. Hastanelerin döner sermayeye dayalı olarak çalışması ve giderek işletmeye döndürülmesi, işleyen bir sevk zinciri düzeneğinin kurulamamasının önündeki en önemli engeldir. Çünkü; hastalarında sevk arayan hastane, hastasını / "müşterisini" dolayısı ile de döner sermaye gelirini kaybetmektedir.

Tüm dünyada koruyucu hizmetler; ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı, yaşlı sağlığı ve ergen (adölesan) sağlığı gibi adlarla anılan programlar çerçevesinde yürütülmektedir. Türkiye'de, bu programlardan yalnızca ana-çocuk sağlığı yaygın olarak uygulamaya sokulmuştur. Bu programında tüm Türkiye'de ve gereğince yürütülebildiği söylenemez. Çünkü, anne adayları ve çocukların hizmet birimlerine ulaşmasında sorunlar olduğu gibi, ulaşabildikleri birimlerde de, teknik donanım ve insan gücünde eksiklikler vardır. Başka bir söylemle, bu türden koruyucu hizmetler ana ve çocuklara kısmen ulaşabilirken; işçilere, yaşlılara ve ergenlere hiç ulaşmamaktadır. Tüm dünyada 1800'lü yıllarda başlanan okul sağlığı çalışmaları Türkiye'de yok denecek kadar azdır.

Engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasında sorunlar vardır. Gereksinim duyduklarında kolayca erişebilecekleri ve bilgi alabilecekleri birim ve kuruluşlar yoktur.Yaygın olarak uygulamaya geçirilmiş ergen sağlığı programları yoktur.

Sağlık Bakanlığı'nca, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu konusunda bazı özel programların başlatılmış olmakla birlikte, bu programlar yaygınlaştırılmamış ve gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türkiye, birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda geri kalmıştır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki en önemli yapısal bozukluk, sağlık sektörünün iyi organize edilememiş olmasıdır. Sağlık hizmetleri gerek örgütlenme biçimi ve gerekse yönetim yapısı açısından, çok merkezli bir yapı göstermektedir. Hizmet planlaması, üretimi, finansmanı ve denetiminde çok çeşitli kurum ve kuruluş söz sahibidir. Buna karşılık koruyucu sağlık hizmetleri tamamen, tedavi edici hizmetler ise ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Ayrıca diğer kamu kurumları ve kuruluşları hastaneleri ile azınlıklara ait hastanelerde tedavi hizmeti üretilmektedir. Muayenehaneler ve özel hastaneler tedavi hizmeti üreten diğer bir grubu oluşturmaktadır. Hizmet üreten tüm bu kuruluşlar

arasında etkili bir eşgüdüm sağlanamaması, var olan sorunları daha da ağırlaştırmaktadır. Bu durum, kaynakların verimli ve akılcı kullanımını engellemekte, tüketimi körüklemekte ve sistemin yönetimini de zorlaştırmaktadır. Yarattılmış olan bu sistem sürekli olarak, tedavi edici hizmetleri ön plana çıkarmaktadır.

Sağlık sisteminin politize edilmiş yapısı hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Her iktidar değişikliğinde, Sağlık Bakanlığı'nın temel hedeflerinin gerçekleşmesinde önemli rolleri olan bürokratik kadro ile tüm kurum ve kuruluşların yöneticileri değişmektedir. Bu durum bazen yönetimin sürekliliğini etkileyecek sıklıkta ve boyutta olmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki yönetim ve örgüt yapısı, çalışanlar ve halkın yönetime katılmasına olanak sağlamamaktadır. Bu durum, iletişim, karar alma, uygulama ve diğer yönetsel işlev alanlarında sorunlara yol açmaktadır.

Türkiye'de sağlık sektörünün yönetim ve örgütlenmesinde ortaya çıkan sorunların altında yatan diğer önemli bir etmen de yeterli ve etkili bir enformasyon sisteminin olmamasıdır. Yalnızca, Sağlık Bakanlığı bünyesinde ve belirli ölçülerde veri toplayabilen bir veri toplama sistemi vardır. Diğer kamu kurumlarına bağlı sağlık kuruluş ve birimlerinden veri akışı eksik ve hatalıdır. Özel hastane ve muayenehanelerde yürütülen hizmetler ise gerek istatistiki veriler anlamında ve gerekse ekonomik veriler anlamında kayıt ve denetim dışıdır.

Sağlık Bakanlığı'nda veri toplama ve değerlendirme işlemlerini yürüten Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü 1982 yılında kapatılmıştır. Böylece, veri toplama ve değerlendirme sistemi belli bir sahiplilikten yoksun kalmıştır. Bakanlıkta her genel müdürlük kendine ilişkin konularda veri toplamaktadır. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, diğer bakanlıklar, işyerleri, özel hekimler vb. kendisine bağlı olmayan birimlerden yeterli veri alamamaktadır. Böylece var olan sistemde bazı veriler hiç toplanamamakta, bazıları yetersiz toplanmakta, toplanabilen veriler ise bilgiye dönüştürülmemektedir. Bu nedenle de var olan veriler çeşit ve sayısal olarak eksik ve doğruluğu kuşkuludur.

Verilerin kalitesinin düşük olduğu bilindiğinden, yöneticilerce kullanılmamaktadır. Bu kısır bir döngü yaratmakta, yöneticilerden kalitenin yükseltilmesi için herhangi bir istek ve öneri de gelmemektedir. Böylece sağlık sektörünün her düzeyinde kanıt/bilgiye dayalı yönetiminden uzaklaşmaktadır. Planlama, uygulama ve karar alma süreci tamamen politik tercihlere dayalıdır. Hizmetlere, standardizasyon getirecek, kalite kontrolü yapacak bir düzenek de yoktur.

Türkiye'de ilaç ve tıbbi malzemede tamamen dışa bağımlılık, hizmetleri olumsuz etkilemektedir. Reçetesiz ilaç satılması ya da böyle bir tanım yapılması özünde ilaç tüketimini hekim kontrolünden çıkarmayı ve böylece de ilaç tüketimini körüklemek isteyen bir yaklaşımdır.

Son nüfus sayımına göre Türkiye'de nüfusun yüzde 35'i kırsal alanda ve köyde yaşamaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinden, kentlerdekilere göre köylerdeki nüfus daha az yararlanmaktadır. Çünkü; sağlık kurum ve kuruluşlarının kent ve kır arasında sayısal dağılımında eşitsizlikler vardır. Bundan da öte kırdaki var olan kurumların olanakları özellikle de sağlık personeli yetersizdir. Buna sosyal güvence yoksunluğunun da eklenmesi ile sorun daha da ağırlaşmaktadır. Bu durum, kırdaki sağlık düzey ölçütlerinin daha bozuk olması yanında, kişilerin kırdan kente göçünü artırıcı bir etmen olarak da rol oynamaktadır. Çünkü; ailelerin kırdan kente göçünde iş bulma düşüncesi yanında, sağlık ve eğitim hizmetlerinden daha fazla yararlanma düşüncesinin de katkısı vardır.

3.4.Finansman Uygulamaları

Türkiye'de, Cumhuriyetin başından beri sağlık hizmetlerinin finansmanında ciddi sorunlar yaşanmıştır. Bunda kaynak yetersizliğinin yanında, sağlık hizmetlerinin finansmanı için belli, açık ve yalın bir politika çizilmemiş olmasının payı da vardır. 2000'li yıllara dek sağlık harcamalarının karşılanmasında karma bir sistem (kamu-özel / kamuda da kamu sigortası-genel bütçe, özel vergi vb) uygulanmıştır.

Sağlık harcamalarının düzeyini gösteren üç temel gösterge vardır. Bunlar; toplam sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı ve kişi başına düşen sağlık

harcamasıdır. 2005'li yıllara dek, Türkiye'deki sağlık harcamaları, bu üç gösterge açısından da gelişmiş ülkelere göre bir hayli düşük olmuştur. Toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki oranı yıllar itibari ile %3 ile %4 arasında değişmektedir. Bunda sağlık harcamalarının gerçekten düşük olması yanında yanlış hesaplamaların ya da kayda girmeyen harcamaların da payı olmuştur.

Son yıllarda, finansman politikasında köklü değişiklikler olmasına karşın, bu değişiklik henüz uygulama pratiğine yansımamış ve uygulamada köklü değişiklikler olmamıştır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerindeki harcamalarda büyük artışlar olmuştur. 2004 yılında yayınlanan Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasına göre, Türkiye'de toplam sağlık harcaması 1999 yılında 26.000 milyon ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi) ve 2000 yılında 30.057 milyon ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi) olarak gerçekleşmiştir. Bu rakam 1999 yılında GSYİH'nin %6,4'üne, 2000 yılında ise GSYİH'nin %6,6'sına denk gelmektedir. Günümüzde, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranı %6-7 bandına yükselmiştir⁽¹⁵⁾. Bu oran AB ülkelerinin gerisinde olmayan bir orandır.

Çizelge 6: Türkiye'de Sağlık Harcamaları (1999-2000)

	1999			2000		
	Milyon YTL	Milyon ABD \$	Milyon SGP ABD \$	Milyon YTL	Milyon ABD \$	Milyon SGP ABD \$
Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)	77.374	183.099	403.587	124.982	199.044	455.454
Cari Sağlık Harcaması (CSH)	4.785	11.323	24.958	7.888	12.563	28.746
CSH/GSYİH %	6,2			6,3		
Yatırım Harcaması (YH)	200	473	1.042	360	573	1.311
YH/GSYİH %	0,2			0,3		
Toplam Sağlık Harcaması (TSH)	4.985	11.796	26.000	8248	13.135	30.057
TSH/GSYİH %	6,4			6,6		
Genel Sağlık Harcaması (GSH)	5.244	12.409	27.353	8.619	13.726	31.407
GSH / GSYİH %	6,8			6,9		

Kaynak (15); Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu

Çizelge 7: AB Ülkeleri ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları

SAĞLIK HARCAMASI ÖLÇÜTLERİ	AB 25	TÜRKİYE
Sosyal güvenlik harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)*	13,4 <>30,2	26,3
GSYİH'da Sağlık Harcaması (%)**	5,8 <>10,6	5,0
Toplam Sağlık Harcamasında Hükümet Harcamasının Payı (%)**	55,5<>91,9	71,1
Toplam Hükümet Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının(%)**	9,2<>19,4	9,0
Kişi Başına Yıllık Sağlık Harcaması (Uluslararası \$)**	398<>2754	323

*Kaynak (18); <http://epp.eurostat.cec.eu.int>, **kaynak (20);The World Health Report 2002

AB-25 Ülkeleri'nde sosyal güvenlik harcamalarının GSYİH içindeki payı 2003 yılında; %13,4 ile %33,5 arasında değişmektedir. Türkiye'de bu oran %26,3'tür. 2000 yılında AB-25'te; GSYİH içinde

sağlık harcamasının payı %5,2 ile %10,8 arasında değişmektedir. Türkiye’de bu oran %5 olup, son beş yıldaki artışlar ile %7 dolayına yükselmiştir. Toplam sağlık harcamasında hükümet harcamasının payı 2000 yılında AB-25’te %55,5 ile %91,9 arasında değişmektedir. Türkiye’de bu oran %71,1’dir. Toplam hükümet harcamaları içinde sağlık Harcamalarının payı 2000 yılında AB-25’te %9,2 ile %19,4 arasında değişmektedir (Bakınız Çizelge 11). Tüm bu ölçekler açısından, bilindiğinin aksine, Türkiye’nin aleyhine bir durum yoktur. Yalnızca Türkiye’de 2000 yılındaki kişi başına sağlık harcaması AB-25 ile kıyaslandığında, Türkiye’deki harcama miktarının AB-25’e göre oldukça geride olduğu görülmektedir.

Çizelge 8: AB Ülkeleri ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları

ÜLKELER	Sosyal Güvenlik harcamalarının GSYİH içindeki payı*	GSYİH İçinde Sağlık Harcaması Payı (%)**		Toplam Sağlık Harcamasında Hükümet Harcamasının Payı (%)**		Toplam Hükümet Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının Payı (%)**		Kişi Başına Yıllık Sağlık Harcaması (Uluslararası dolar cinsinden)**	
		2003	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995
Almanya	30,2	10,6	10,6	76,7	75,1	14,5	17,3	2264	2754
Avusturya	29,5	8,6	8	71,8	69,7	10,7	10,6	1831	2171
Belçika	29,7	8,7	8,7	69,6	71,2	11,4	12,6	1900	2269
Çek Cum	20,1	7,3	7,2	92,7	91,4	11,2	13,9	902	1031
Danimarka	30,9	8,2	8,3	82,5	82,1	11,2	12,7	1882	2428
Estonya	13,4	8,6	6,1	91,4	76,7	18,8	12,4	531	556
Finlandiya	26,9	7,5	6,6	75,5	75,1	9,5	10,2	1415	1667
Fransa	30,9	9,6	9,5	76,1	76,0	13,2	13,5	1970	2335
Hollanda	28,1	8,4	8,1	71,0	67,5	10,6	12,1	1787	2255
İngiltere	26,7	7,0	7,3	83,9	81,0	13,1	14,9	1315	1774
İrlanda	16,5	7,3	6,7	72,5	75,8	12,8	16,0	1380	1944
İspanya	19,7	7,7	7,7	70,9	69,9	12,2	13,5	1168	1539
İsveç	33,5	8,1	8,4	85,2	77,3	10,2	11,3	1622	2097
İtalya	26,4	7,4	8,1	72,2	73,7	10,0	12,7	1486	2040
Letonya	13,4	6,5	5,9	65,4	60,0	11,0	9,7	310	398
Litvanya	13,6	5,2	6,0	86,3	72,4	12,1	13,9	277	420
Lüksemburg	23,8	6,4	5,8	92,4	91,9	13,0	13,3	2138	2740
Macaristan	21,4	8,4	8,1	71,0	67,5	10,6	12,1	1787	2255
Malta	18,5	8,3	8,8	71,4	68,5	13,0	13,2	720	803
Polonya	21,6	6,0	6,0	72,9	69,7	9,1	10,2	420	578
Portekiz	24,3	8,3	8,2	61,7	71,2	11,4	13,1	1146	1469
Slovakya	18,4	7,0	5,9	82,1	89,6	15,8	19,4	596	690
Slovenya	24,6	9,1	8,6	78,1	78,9	16,4	15,4	1135	1462
Yunanistan	26,3	8,9	8,3	54,5	55,5	9,5	9,2	1131	1390
TÜRKİYE	26,3	3,4	5,0	70,3	71,1	10,7	9,0	190	323

*Kaynak (18); <http://epp.eurostat.cec.eu.int>, **kaynak (20); The World Health Report 2002

Türkiye de bazı odaklar, sürekli olarak birbiri ile çelişen iki bilgiyi kamuoyuna mal etmeye çalışmaktadır. Bunlardan birisi; Türkiye'deki sağlık harcamalarının çok düşük olduğu bilgisidir ki; bu bilgi geçmiş yıllar için kısmen doğru olsa da artık günümüzde doğru değildir. Yukarıda sunulan bilgilerden de anlaşılacağı üzere; Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı AB-25'in bile çok gerisinde değildir. İkincisi de; sağlık harcamalarının devletin üzerinde aşırı bir yük olduğu bilgisidir. Aynı şekilde, Türkiye'de kamunun yüklendiği sağlık harcaması yükü de AB-25'ten daha yüksek değildir.

Çizelge 9'dan açıkça görüldüğü üzere, günümüz Türkiye'sinde sağlık hizmetlerinin finansmanında temel sorun ayrılan/harcanın paraların azlığı değil, ayrılan / harcanan paranın verimli kullanılmasıdır. Türkiye ile kıyaslandığında dünyada, sağlığa Türkiye'den çok daha az para ayıran buna karşılık toplumun sağlık düzeyi Türkiye'den çok daha iyi olan birçok ülke vardır.

Çizelge 9: Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Ve Sağlık Harcaması Düzeyi

	Bebek Ölüm Hızı	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı	Doğuşta Beklenen Ömür	Kişi Başına Yıllık Gelir ABD\$	SAĞLIK HARCAMASI 2004		
					Kamu % GSMH	Özel % GSMH	Kişi Başına Yıllık Harcama ABD\$
	2005	2005	2005	2005			
İsveç	3	4	80,5	32525	7,7	1,4	2828
Norveç	3	4	79,8	41420	8,1	1,6	4080
Fransa	4	4	80,2	30386	8,2	2,3	3040
İtalya	4	4	80,3	28529	6,5	2,2	2414
Almanya	4	5	79,1	29461	8,2	2,4	3171
Danimarka	4	5	77,9	33979	7,1	1,5	2780
Lüksemburg	4	5	78,4	60228	7,2	0,8	5178
İsviçre	4	5	81,3	35633	6,7	4,8	4011
Kore	5	5	77,9	22029	2,9	2,7	1135
İngiltere	5	6	79,0	33238	7,0	1,1	2560
Kanada	5	6	80,3	33375	6,8	3,0	3173
Kuba	6	7	77,7	6000	5,5	0,8	229
ABD	6	7	77,9	41890	6,9	8,5	6096
Şili	8	10	78,3	12027	2,9	3,2	720
Kuveyt	9	11	77,3	26321	2,2	0,6	538
Kosta Rika	11	12	78,5	10180	5,1	1,5	592
Siri Lanka	12	14	71,6	4595	2,0	2,3	163
Rusya F.	14	18	65,0	10845	3,7	2,3	583
Çin	23	27	72,5	6757	1,8	2,9	277
Türkiye	26	29	71,4	8407	5,2	2,1	557

Kaynak (27): Human Development Report 2007/2008

Türkiye'de, son yıllarda sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal güvenlik kuruluşları ana kaynak olarak görülmektedir. Buna karşılık bu alandaki en önemli bir sorun; çeşitli nedenlerle, toplumun önemli bir kesiminin sağlık bakım güvencesinden, başka bir söylemle sağlık sigortasından yoksun olmasıdır. TÜİK verilerine göre 2002 yılında sağlık güvencesine sahip olmayan nüfus oranı %16,2'dir⁽¹⁴⁾. Sağlık güvencesine sahip olmayanların, sağlık hizmetlerine gereksinim duyduklarında cepten ödeme yolu ile

yararlanma olanakları vardır. Bunlardan ödeme güçlüğü içinde olanlar için, son yıllarda Yeşil Kart uygulaması yapılmaktadır.

Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması'na göre, 2000 yılında toplam sağlık harcamasının; %34,9'u sosyal güvenlik kurumlarınca, %28'i sosyal güvenlik kurumları dışında kalan kamu kurumlarınca, %27,6'sı bireylerin cepten yapmış olduğu ödemelerden ve %4,4'ü ise özel sağlık sigortalarınca karşılanmıştır. Toplam sağlık harcamalarının %27,8'i tıbbi malzeme ve ilaç için, %28,4'ü ayaktan sağlık bakımı ve %19,0'ı ise yatarak tedavi hizmeti için yapılmış olup, sağlık harcamaları içinde kamu kaynaklarından karşılanma oranı %61,67'yi bulmaktadır.

Çizelge 10 :Türkiye'de Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus

Yıl	Toplam	Aktif sigortalılar	İsteğe bağlı aktif sigortalılar	Tarımdaki aktif sigortalılar	Aylık alanlar Emekli, malul, dul ve yetim)	Bağımlılar(*)	Sigortalı Nüfus Oranı (%)	Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus Oranı (%)
1950	821 418	199 825	-	-	9 302	612 291	3,9	3,9
1955	1 200 447	281 426	-	-	34 375	884 646	5,1	5,1
1960	1 560 345	359 303	-	-	61 862	1 139 180	5,8	5,8
1965	6 236 626	1 464 185	-	-	150 876	4 621 565	20,2	20,2
1970	9 446 852	2 172 329	-	-	326 341	6 948 182	26,9	26,9
1975	16 428 653	3 779 893	-	-	634 948	12 013 812	41,7	33,6
1980	20 836 892	4 708 044	-	-	1 281 744	14 847 104	48,9	38,4
1985	27 744 573	5 766 390	-	263 118	2 066 549	19 648 516	59,0	42,1
1990	37 715 983	6 898 380	406 019	826 482	3 068 375	26 516 727	72,7	54,4
1995	48 848 672	8 030 271	1 057	1 052 595	4 222 883	34 485 218	81,3	64,3
2000	59 478 403	9 920 367	1 086	1 073 320	5 984 972	41 413 324	87,2	83,2
2001	59 093 343	9 632 677	1 127 131	1 042 305	6 335 198	40 956 032	85,2	81,1
2002	62 026 565	10 088 342	1 170	1 049 854	6 627 922	43 090 337	88,1	83,8
2003	60 759 549	10 645 312	923 791	1 098 709	6 920 721	41 171 016		

Kaynak (14) İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535

(*)Tahmin,

4. CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİ

Uluslararası kaynaklardaki verilere göre; Türkiye'de 2003 yılı için 68.7 yıl olan Doğumda Yaşam Beklentisinin, 2025 yılında 75 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir. Doğumda Yaşam Beklentisi için verilen bu büyüklük, AB ülkeleri ile kıyaslandığında arada önemli bir fark vardır ve bu fark önümüzdeki 25 yıl içinde de kapanmayacaktır (Bakınız Çizelge 11).

Aynı kaynaklar, Türkiye'de Bebek Ölüm Hızını 2003 yılı için %033, 2025 yılı için ise %016 olarak vermektedir. Yine 2003 yılı için Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı ise %039 olarak verilmiştir. Yılların ilerlemesi ile önemli iyileşmeler sağlanmış ve sağlanacak olmakla birlikte, bu iki ölçek açısından da Türkiye AB ülkelerinin bir hayli gerisindedir. Yapılan tahminler bu farkın önümüzdeki 25 yılda da kapanmayacağını göstermektedir.

Bebek Ölüm Hızı ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı; toplumların sağlık düzeyini göstermekte en duyarlı olan iki ölçektir. Bu nedenle de ülkeleri kıyaslamak açısından da en doğru sonuçları verir. Bu iki ölçek açısından Türkiye'nin yeri değerlendirildiğinde, AB ülkelerinin bir hayli gerisinde olduğu ve dünyadaki gelişmekte olan ülkeler kategorisine uyduğu görülmektedir.

Toplumların sağlık düzeyini göstermede duyarlı olan diğer bir ölçek Anne Ölüm Hızıdır. Çizelge 16'da da görüldüğü gibi uluslararası kaynaklar Türkiye için bu ölçegi yüz bin canlı doğumda 130 olarak vermektedir. Ancak bu eski bir bilgidir. Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 2005 yılında yaptığı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına göre; bu ölçegin yüz bin canlı doğumda 28,5 olduğu bulunmuştur⁽¹⁴⁾.

Ancak, bu büyüklük bu haliyle bile Avrupa Birliği'nin gelişmiş üyelerinin gerisindedir. Bu durumda toplumun genel sosyo-ekonomik geriliğinin payı olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin özellikle de Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri'nin yetersizliğinin de önemli bir payı vardır. Erken yaş gebelikleri, sık aralıklarla gebelik ve doğum, çok çocukluluk ve istenmeyen gebelik gibi, etkin ve etkili bir Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri programı ile önlenebilecek sorunlar varlığını sürdürmektedir.

Çizelge 11: AB ve Türkiye'de Bazı Sağlık Düzey Ölçütleri

ÜLKELER	DYB		BÖH			BYAÖH		AÖH
	2003**	2025***	1960*	2003**	2025***	1960*	2003**	1985-2001*
Almanya	78,7	80	34	4	5	40	5	8
Avusturya	79,0	80	37	4	4	43	5	-
Belçika	78,9	80	31	4	5	35	5	-
Çek Cum	75,6	77	22	4	5	25	4	9
Danimarka	77,2	78	22	3	5	25	4	10
Estonya	71,3	75	40	8	5	52	9	52
Finlandiya	78,5	80	22	4	4	28	5	6
Fransa	79,5	81	29	4	5	34	5	10
Hollanda	78,4	81	18	5	5	22	5	7
İngiltere	78,4	80	23	5	5	27	6	7
İrlanda	77,7	80	31	6	5	36	6	6
İspanya	79,5	81	46	4	6	57	4	6
İsveç	80,2	82	16	3	3	20	3	5
İtalya	80,1	82	44	4	5	50	4	7
Kıbrıs	78,6	80	30	4	5	36	5	0
Letonya	71,6	74	35	10	9	44	12	45
Litvanya	72,3	75	52	8	6	70	11	18
Lüksemburg	78,5	80	33	5	5	41	5	0
Macaristan	72,7	74	51	7	8	57	8	15
Malta	78,4	80	37	5	5	42	6	-
Polonya	74,3	76	62	6	7	70	7	8
Portekiz	77,2	79	81	4	5	112	5	8
Slovakya	74,0	76	33	7	7	40	8	9
Slovenya	76,4	77	37	4	5	45	4	11
Yunanistan	78,3	81	53	4	6	64	5	1
TÜRKİYE	68,7	75	163	33	16	219	39	130

*Kaynak (22); Dünya Çocuklarının Durumu 2003, ** Kaynak (23); Human Development Report 2005, ***Kaynak (24); Dünya Sağlık Raporu 1998

DYB: Doğuşta Yaşam Beklentisi (Yıl)

BÖH: Bebek Ölüm Hızı (Bin canlı doğumda)

BYAÖH: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Bin canlı doğumda)

AÖH: Anne Ölüm Hızı (100000 canlı doğumda), 1985- 2001 yılları arası

Nüfus Etütleri Enstitüsü'nce 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA, 2003) göre; evlenmiş kadınlar arasında genç yaş (15-19 yaş) anneliği %8'dir. Son beş yılda gerçekleşen doğumların %20,1'i istenmeyen, %13,9'u ise zamanı açısından planlanmamış doğumlardır. Düşükler incelendiğinde evlenmiş kadınların %23,9'unun en az bir isteyerek düşüğü vardır. 100 gebeliğin, 11,3'i isteyerek düşük olmak üzere, toplam 21,3'ü düşükle sonuçlanmıştır. İsteyerek düşüklerin %41'i çocuk istememe, %17'si zaman açısından planlanmamış gebelik ve %12'si

ise sağlık nedeniyle yapılmış dūřuklerdir. Buna karşılık; evli kadınların %43'ü modern, %29'u da geleneksel olmak üzere toplam %71 oranında gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Yılların ilerlemesi ile doğurganlık hızları düşüyor olmasına karşın; kır (kaba doğum hızı %21,1), kent (kaba doğum hızı %19), ve bölgeler arasında farklılıklar görülmektedir. Doğum kontrolü kullanımında yöresel farklılıklar dikkat çekicidir. Batı'da kullanım oranı %74,2, Güney'de %70,8, Orta'da %74,2, Kuzey'de %71,9 iken Dođu'da bu oran %57,9'a düşmektedir (28).

Türkiye'de doğum öncesi herhangi bir bakım alan annelerin oranı %77'dir. Ülke genelinde herhangi bir sağlık personelinden yardım görmüş olan doğumların oranı %83'dür. Doğumların %78'i bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Başka bir anlatımla; gebelerin %23 doğum öncesinde herhangi bir tıbbi bakım almamış, doğumların %17'sinde herhangi bir sağlık personeli bulunmamıştır(28).

Türkiye'de 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Oranı, Doğumların Sağlık Personeli Tarafından Yaptırılma Oranı ve Yıllık Nüfus Artış Hızı gibi ölçekler AB ülkelerine göre düşük seviyede kalmaktadır (Bakınız Çizelge 12).

Çizelge 12 : AB ve Türkiye'de Nüfus ve Doğumlarla İlgili Ölçütler

	NÜFUS x1000 2005⁽¹⁶⁾	GÖYKO (%) 1995-2000⁽²¹⁾	SPTYDO(%) 1995-2000⁽²¹⁾	YNAH(%) 1990-2000⁽¹⁹⁾
Almanya	82500,8	75	100	0,3
Avusturya	8206,5	71	100	0,4
Belçika	10445,9	79	100	0,3
Çek Cumhur.	10220,6	69	99	0,0
Danimarka	5411,4	78	100	0,3
Estonya	1347,0	70	-	-1,2
Finlandiya	5236,6	80	100	0,4
Fransa	60561,2	75	99	0,4
Hollanda	16305,5	80	100	0,6
İngiltere	60034,5	82	98	0,3
İrlanda	293,6	-	100	0,8
İspanya	43038,0	59	96	0,2
İsveç	9011,4	78	100	0,3
İtalya	58462,4	78	100	0,1
Kıbrıs	-	-	100	1,4
Letonya	2306,4	-	100	1,3
Litvanya	3425,3	-	-	-0,1
Lüksemburg	455,0	-	100	1,4
Macaristan	16305,5	73	99	0,6
Malta	402,7	-	98	0,8
Polonya	38173,8	75	99	0,1
Portekiz	10529,3	66	98	0,1

Slovakya	5384,8	74	-	0,3
Slovenya	1997,6	-	100	0,4
Yunanistan	11075,7	-	99	0,4
TÜRKİYE	71607,5	64	81	1,7

Kaynak (16);<http://epp.eurostat.ec.eu.int> , Kaynak (21);Dünya Çocuklarının Durumu 2001

Kaynak (19); The World Health Report 2001

GÖYKO:15-49 Yaş grubu Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Oranı (%), 1995-2000 Yılları Arası

SPTYDO:Sağlık Personeli Tarafından Yaptırılan Doğumların Oranı (%) 1995-2000 Yılları Arası

YNAO:Yıllık Nüfus Artış Hızı (%), 1990- 2000 Yılları Arası

Türkiye’de, 2004 yılı için, Kaba Doğum Hızı (KDH) ‰ 20,8 ve Kaba Ölüm Hızı(KÖH) ‰ 7,1’dir. Kaba Doğum Hızının 2015-2020 yılları arasında ‰16,6 ve 2035-2040 yılları arasında ise ‰ 14,4 düşeceği tahmin edilmektedir. Yılların ilerlemesi ile Kaba Doğum Hızı (KDH) düşmekle birlikte, AB ülkelerinden bir hayli yüksektir. Çizelge 17’den de görüleceği gibi; Türkiye’nin 2001 yılında sahip olduğu ‰21’lik Kaba Doğum Hızı, AB ülkelerine göre yaklaşık iki katıdır. Buna karşılık Türkiye’deki Kaba Ölüm Hızı (KÖH) AB ülkelerinin birçoğundan daha düşüktür. Bu durumun önümüzdeki 25 yılda da varlığını sürdürmesi beklenmektedir. Bu nedenle de, Türkiye’de yıllık nüfus artış hızı önümüzdeki 25 yılda da gelişmiş ülkelere göre daha yüksek düzeyde seyredecektir.

Toplumun sağlık düzeyini gösteren, temel göstergeler toplu olarak incelendiğinde; zamanla önemli iyileşmeler sağlanmasına karşın Türkiye’de toplumun sağlık düzeyinin içinde bulunan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktada olmadığını görülmektedir. Doğuşta Yaşam Beklentisi, Bebek Ölüm Hızı, Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı, Anne Ölüm Hızı gibi ölçütler açısından üyesi olmaya aday olduğumuz Avrupa Birliği Ülkeleri’nin çok gerisindedir. Toplumsal eşitsizliklere ve sağlık hizmetlerine yaklaşımın aynen devam etmesi halinde, bu gerilik önümüzdeki 25 yıl içinde de kapanmayacaktır. Burada unutulmaması gereken önemli nokta, tek başına sağlık sektöründe yapılacak düzenlemelerin bu göstergeleri aşağıya çekmede yeterli olmayacağıdır. Sağlığı etkileyen tüm sektörlerin hizmetlerinin topluma eşit bir şekilde dağılımı sağlanmadığı, yeterli ve adil bir gelir düzeyine ve dağılımına ulaşılmadığı sürece sağlık sektöründeki iyileşmeler yeterli olmayacaktır.

Çizelge 13: AB ve Türkiye’de Doğum ve Ölüm Hızları

	KDH(Binde) 2001 ⁽²²⁾	KÖH(Binde) 2001 ⁽²²⁾	STANDARDİZE ÖLÜM H. (100000 kişide)	
			1997 ⁽²⁴⁾	2025 ⁽²⁴⁾
Almanya	9	11	481	378
Avusturya	9	10	466	363
Belçika	11	4	457	364
Çek Cumhur.	9	11	656	489
Danimarka	11	11	517	417
Estonya	9	13	782	543
Finlandiya	10	10	484	369
Fransa	12	9	414	342
Hollanda	11	9	437	351
İngiltere	11	11	464	367
İrlanda	15	8	482	368
İspanya	9	10	429	354
İsveç	9	11	414	321
İtalya	9	11	420	329
Kıbrıs	13	7	444	354
Letonya	8	14	825	600

Litvanya	9	11	722	550
Lüksemburg	12	9	489	378
Macaristan	9	14	796	579
Malta	12	8	464	365
Polonya	10	10	702	514
Portekiz	11	11	523	394
Slovakya	10	10	696	506
Slovenya	8	10	606	459
Yunanistan	9	10	428	353
TÜRKİYE	21	6	754	514

Kaynak (22); Dünya Çocuklarının Durumu 2003 , Kaynak (24);Dünya Sağlık Raporu 1998

KDH: Kaba Doğum Hızı (binde)

KÖH: Kaba Ölüm Hızı (binde)

STANDARDİZE ÖLÜM H. : Yaşa ve Cinsiyete Standardize Edilmiş Ölüm Hızı (100000 kişide)

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye, gerek nüfus ve kültürel yapısı ve gerekse ekonomik gelişmişliği ve ulusal gelirin toplum katmanları arasındaki paylaşımı açısından gelişmiş ülkeler bu arada da AB ülkeleri ile kıyaslandığında ciddi sorunları olan bir ülkedir (Bakınız çizelge 14, 15). Aynı durum birçok çevre sağlığı ölçüğü için de geçerlidir (Bakınız çizelge 16) Bu durum doğrudan topluma sunulan sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyine de yansımaktadır. Ancak, Türkiye'deki sağlık durumunun içinde bulunan sosyo-kültürel-ekonomik ve çevresel koşulların doğal bir sonucu olduğunu söylemek de doğru olmaz. Çünkü sayılan bu koşullar açısından Türkiye'den daha geri durumda olduğu halde, sağlık düzeyinin tüm ölçekleri açısından Türkiye'den daha iyi durumda olan ülke örnekleri hiç de az değildir. Kaldı ki sosyo-kültürel- ekonomik ölçekler açısından Türkiye çok da geri bir ülke olmayıp, ekonomik büyüklükleri açısından çeşitli değerlendirmelere göre dünyanın 15-20 sırasında yer alan bir ülkedir.

Çizelge 14 : Türkiye'de Seçilmiş Bazı Gelir Dağılımı ve Yoksulluk Göstergeleri (%)

	2002	2003	2004
Birinci %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	5,3	6,0	6,0
İkinci %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	9,8	10,3	10,7
Üçüncü %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	14,0	14,5	15,2
Dördüncü %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	20,8	20,9	21,9
Beşinci %20 dilimin ulusal gelirden aldığı pay	50,1	48,3	46,2
Gini Katsayısı	0,44	0,42	0,40
Gıda Yoksulluk Oranı (Açlık)	1,35	1,29	1,29
Gıda ve Gıda-Dışı Yoksulluk Oranı(Yoksulluk)	26.9 6	28.12	25.60

Kaynak (15): Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, Resmi Gazete Mükerrer sayı: 26215 01 temmuz 2006

Çizelge 15: AB Ve Türkiye'de Bazı Ölçütler

	AB	TÜR
Human development indeks (2003) *	0,836<>0,946	0,750
Kişi başına GSMH (Dolar -2003) **	4070<>33750	2290
En düşük gelir grubunun ulusal gelirden aldığı pay (eldeki en son veri) **	5,9<>10,3	6,1

En yüksek gelir grubunun ulusal gelirden aldığı pay (eldeki en son veri) **	34,8<>44.0	46,7
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus oranı (%) 2002***	99<>100	93
Yeterli sanitasyon olanaklara sahip olan nüfus oranı (%) 2002***	93<>100	83

*Kaynak (23); Human Development Report 2005, **Kaynak (25);World Development Report 2005,

**Kaynak (26);Dünya Çocuklarının Durumu 2005

Çizelge 16: Seçilmiş Bazı Ülkelerde Çevre Sağlığı Ölçütleri

	Nüfus (milyon) 2005	Hijyenik Bir Çevrede Yaşayan Nüfus (%) 2004	Aritılmış Su Kullanan Nüfus (%) 2004	Beslenme Sorunu Olan Nüfus (%) 2002-2004	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Oranı (%) 1995-2005	Kamu Eğitim Harcaması % GSMH 2002-2005
İsveç	9,0	100	100	<2,5	4	7,4
Almanya	82,7	100	100	<2,5	8	4,6
Kore	47,9	-	92	<2,5	4	4,6
İngiltere	60,2	-	100	2,5	8	6,1
Kanada	32,3	100	100	<2,5	6	5,2
Kuba	11,3	98	91	<2,5	5	9,8
ABD	299,8	100	100	<2,5	8	5,9
Şili	16,3	91	95	4	6	3,5
Siri Lanka	19,1	91	79	22	22	-
Rusya F.	144,0	87	97	3	6	3,6
Çin	1313,0	44	77	12	4	1,9
Türkiye	73,0	88	96	3	16	3,7

Kaynak (27): Human Development Report 2007/2008

Türkiye’de, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi bağlamında, gelişmiş ülkeler düzeyini yakalama olanağı ve olasılığı var iken, bu olanak geçmişte kullanılamamış ve günümüzde de kullanıldığına ve gelecekte kullanılacağına ilişkin belirtiler yoktur. Bu olanağı kullanamamanın temel nedeni; sağlık hizmetlerinin iyi yönetilememesi, başka bir söylemle sağlık sektörüne ayrılan kaynakların verimli kullanılmamasıdır. Bu sonuca yol açan temel etmen ise; sağlık politikasına egemen olan belirsizliktir.

Sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyini gelişmiş ülkeler düzeyine çıkarabilmek için; sektördeki tüm tarafların her türlü ideolojik önyargıdan ve misyondan arınarak, önce Türkiye’nin koşullarına uygunluğu kanıtı dayalı net bir sağlık politikası seçimi yapması / sağlık politikası belirlemesi, sonra da bunu ulusal bir uzlaşa haline getirerek ısrarla ve politik kararlılıkla uygulaması gerekir.

Yukarıda özetlenen uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet’in başından 1970’li yıllara dek izlenen resmi sağlık politikası, “ulusçuluk” ve “halkçılık” ilkeleri doğrultusunda, hizmetlerin ağırlıklı kamu eliyle götürülmesini benimsen bir politika olmuştur. Bunun yanında, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine de sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir. Bir bakıma, esas motor ya da gücün kamuda olduğu, karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, her geçen yılla birlikte hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır.

Hükümetler düzeyinde ve zaman zaman sektörün ağırlığı özel sektöre aktarma ve kamu hizmetlerini yavaşlatma girişimleri olmuş ise de, açıkça aktif bir özelleştirme programı da

uygulanamamıştır. Ancak, bu durum hükümetlerde ve kamu kuruluşlarında ikircikli bir tavıra neden olmuş, bir yandan sağlık hizmetlerine kamunun yatırımları devam ederken öte yandan da özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için çaba harcanmıştır. Sağlık politikası alanında var olan bu ikircikli yapı, 1950'lerden sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde, hizmetlerin özel birim ve kuruluşlara devredilmesi anlayışı hakim görüş haline gelmeye başlamıştır.

"Ulusçuluk" ve "halkçılık" politikasından vazgeçme ve piyasacı bir sağlık politikasına uygulama çabalarının, toplumu Cumhuriyet ve Atatürk ilkelerinden uzaklaştırmaya çalışan iktidarlar dönemlerine yoğunlaşmış olduğu ya da bu ki olgu ve olayın birbiri ile koşutluk sergilediği dikkat çeken bir konudur. Dikkati çeken diğer bir konu ise; Cumhuriyetin oluşturduğu sağlık politikalarından uzaklaşma çabaları ile toplumun sağlık düzeyindeki gerilemenin de koşutluk göstermesidir. Örneğin; Cumhuriyet'in başında toplumda çok yaygın olan sıtma. Cumhuriyet ilkelerinin hakim olduğu ve bu yönde istikrarlı bir sağlık politikasının izlendiği yılların sonunda kontrol altına alınmış ve 1950'li yıllara dek 2000'li sayılarla seyreden bir hastalık haline gelmiştir. Buna karşılık, bu ilkelerden uzaklaşmanın yoğunlaştığı yıllar olan, 1955, 1975 ve son olarak da 1990 yılından sonra büyük sıtma salgınları yaşanmıştır.

Bir ülkede izlenen, sağlık politikasının başarı ya da başarısızlığını değerlendirmek için, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi verilerine bakmak ve bunların zamana göre değişimini inceleyerek, diğer bazı ülkelerle kıyaslamasını yapmak gerekir. Cumhuriyetten günümüze, Türkiye değerlendirmesi yapmak için ise, 1923 Türkiye'si ile 2008 Türkiye'sini karşılaştırmak, 2008'deki Türkiye ile 2008'deki diğer ülkeleri karşılaştırmak, en uygun olan kıyaslamalar olacaktır.

Günümüzden 1923 Türkiye'sine bakıldığında, yaygın kitlelere sağlık hizmeti sunmak üzere, bir kamu örgütü olmayan toplumdaki dünyanın nicel ve nitel olarak, en büyük sağlık örgütlerinden birine sahip bir Türkiye yaratılmış olduğu görülür. Cumhuriyetin ilk yıllarında, ulusal gelirin çok küçük bir kısmını sağlık harcamalarına ayırabilen iken günümüzde ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay neredeyse AB ortalaması düzeyine ulaşmıştır. Özet bir söylemle sağlık hizmetlerinin veya toplumun sağlık düzeyinin göstergesi olan, hangi ölçüye bakılırsa bakılsın Türkiye'de Cumhuriyetten günümüze, büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Cumhuriyet'in ilk yıllarında binde 250 dolayında olduğu tahmin edilen Bebek Ölüm Hızı, 1990 yılında binde 55,4'e, 2003 yılında ise binde 25,6 düzeyine inmiştir. Cumhuriyet'in ilk yıllarına ilişkin verisi bulunmayan ancak çok yüksek olduğu tahmin edilen Anne Ölüm Hızı, 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 130 dolayında iken, 2003 yılında yüz bin canlı doğumda 63 düzeyine inmiştir. Benzer bir şekilde, Cumhuriyetin ilk yıllarında, binde 20 dolayında olan Kaba Ölüm Hızı, 2003 yılında binde 6.5 düzeyine düşmüştür.

Cumhuriyetten günümüze, sağlık hizmetlerinin ve toplumun sağlık düzeyindeki bu olumlu gelişmelere karşın, Türkiye'de günümüzdeki hem sağlık hizmetleri düzeyi hem de toplumun sağlık düzeyi gelişmiş ülkeler, özellikle de Avrupa Birliği'ne üye ülkeler ile kıyaslandığında, onların gerisinde olduğu gibi, Türkiye'nin sosyo-ekonomik ve kültürel gelişmesinin de gerisindedir.

Cumhuriyetten günümüze izlenen sağlık politikası anlamında esas tartışılması gereken nokta; doğru ve istikrarlı bir sağlık politikası izlense idi, Türkiye, sağlık açısından daha iyi bir düzeye ulaşılabilir miydi? Çağı ya da gelişmiş ülkeler düzeyini yakalayabilir miydi? Bundan sonra hangi politika izlenmelidir? Bu soruların yanıtlan şöyle sıralanabilir: Türkiye'de, Cumhuriyetin başında benimsenen sağlık politikası kararlı ve istikrarlı bir biçimde izlense, ikircikli bir ortam yaratılmasa ve sağlık yönetiminin bu yönde yapılmasına izin verilse idi, Türkiye sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi ölçülerinde gelişmiş ülkeler standardını yakalayabilirdi. En azından bugünkü durumundan çok daha iyi bir durumda olurdu.

-Türkiye'de toplumun sağlık düzeyinde özellikle Cumhuriyetle birlikte önemli iyileşmeler sağlanmasına karşın, temel göstergeler incelendiğinde, içinde bulunan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktaya ulaşamadığı görülmektedir. Bebek Ölüm Hızı, Anne Ölüm Hızı, Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı, Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi gibi göstergeler incelendiğinde üyesi olmaya aday olduğumuz Avrupa Birliği ülkelerinin çok gerisinde olduğumuz görülmektedir.

-Bu sonuçtan yalnızca ve tek başına sağlık sektörünün sorumlu olmadığı açıktır. Başka bir anlatımla; bu göstergeleri gelişmiş ülkeler düzeyine çekebilmek için; başta ulusal gelirin paylaşımındaki dengesizlik olmak üzere, toplumun sağlık düzeyini etkileyen tüm yoksunlukların ve yoksullukların giderilmesi gerekir.

-Toplumun sağlık düzeyini iyileştirmede, izlenen sağlık politikası ve sağlık hizmetleri yönetiminin de çok önemli bir payı vardır. Özellikle de toplumun içinde bulunduğu sosyo kültürel gelişmişlik düzeyine denk düşen bir sağlık düzeyine sahip olmaması, doğrudan sağlık hizmetlerinin düzeyi ve yönetimi ile ilgilidir. Bundan da öte, çok iyi yönetilen bir sağlık hizmetleri ile, toplumun sağlık düzeyi ülkenin sahip olduğu sosyo kültürel gelişmişlik düzeyinden daha iyi bir düzeye ulaştırılabilir.

-Türkiye'de toplumun sosyo ekonomik gelişmişliğinin gerisinde bir sağlık düzeyi vardır. Başka bir söylemle sağlık hizmetlerinin yapısı ve yönetimine müdahale ile toplumun sağlık düzeyinde bir hayli iyileşme sağlanabilir.

-Türkiye'de sağlık sektörünün içinde bulunduğu sorunlar toplumun doğrudan sosyo kültürel ve ekonomik yapısından ya da kaynak (insan gücü, mali, teknik) yetersizliklerinden kaynaklanmamakta olup, daha çok siyasal kaynaklı sorunlardır. Başka bir anlatımla, var olan sorunlar seçilen özelliklerde son otuz yıldır seçilen politika ve kararlarda veri, kanıt ve bilgi yerine siyasi inanç ve tercihlerin etkili olmasından kaynaklanan sorunlardır. Bu nedenle de çözümü kısmen kolay olan sorunlardır.

- Sağlık sektöründe çözüme ulaşmanın yolu; sağlık alanının politik bir çekişme alanı olmaktan ve ikircikli yapıdan kurtarılmasından geçmektedir.

-İktidarlar akılcı davranarak, sağlık politikaları üretimini bağımsız ve iyi yapılandırılmış düzeneklere bırakmalıdır. Bu düzenekler; toplumun ve ilgili tüm tarafların özellikle çalışanların politika belirleme ve yönetime katkı ve katılımını sağlayacak düzenekler olmalıdır.

- Sağlık politika ve yönetimi tamamen veriye / kanıta dayalı hale getirilmeli yani bilimselleştirilmelidir. Bu amaçla zaman yitirmeden bağımsız bir enformasyon sistemi kurulmalıdır.

-Başarısızlığı ve başarısız olacağı mevcut uygulamalar ile de anlaşılan, Sağlıkta Dönüşüm programından bir an önce vazgeçilerek, hem ülke koşullarına uygun hem de "halkçı ve ulusçu" bir politika olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi politikasına geri dönülmeli ve sosyalleştirilmiş sistemin eksiklikleri giderilerek günümüze uyarlaması yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Akdur R.** : Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları, Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye, Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim" Bilanço 1923-1998' Ulusal Toplantısı Ayrı Basım, Ankara 1999

2. **Akyay N.**: Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal kuruluşlar, H.Ü.Toplum Hekimliği Bölümü Yayını no: 20 Ankara, 1982

3. **Aydın E.** Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Ankara: Naturel Yayınları, 2002.

4. **Dirican M.R.**: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni cilt:2 sayı:7 (ayrı baskı) Erzurum 1970

5. **Eren N, Tanrıtanır N.** Cumhuriyet ve Sağlık. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1998; s: 10.

6. **Fişek N.H.**: Halk sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayını no:2 Ankara, 1983

7. **Kemal G.M.** Medeni Bilgiler, Örgün Yayınevi İstanbul, 2003

8. **Metindaş M.Y., Elçioğlu Ö.**: Cumhuriyetin İlk On beş Yılında Sağlık Hizmetleri, (1923-1938) Osmangazi Tıp Dergisi 2007; 29(3): 162-170

- 9. Özden N.** "Dr. Refik Saydam'ın Türk Sağlık Politikaları Üzerindeki Etkisi (1923 – 1937). 38. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara, 2005; s: 1504-05.
- 10. Öztekin Z.:** Nusret Fişek İle Söyleşi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara, 1992
- 11.....**Atatürk'ün Söylev ve Demeçleri I - III, Atatürk Araştırma Merkezi Yayınları, TTK Basımevi, Ankara, 1997
- 12.....**Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yıl Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları no:495, Ankara, 1982
- 13**Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara, 1992.
- 14.....**İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535
- 15.....** Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT Müsteşarlığı Ankara 2005
- 16.....**The European Health Report 2002, WHO European Series no: 97 Copenhagen
- 17.....**Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, <http://www.saglik.gov.tr/>
- 18.....**<http://epp.eurostats.cec.eu.int>
- 19.....**The World Health Report 2001, Mental Health New Understanding New Hope WHO Geneva
- 20.....** The World Health Report 2002, Reducing Risks Promoting Healthy Life Hope WHO Geneva
- 21.....**Dünya Çocuklarının Durumu 2001, UNICEF (çeviri) UNICEF Türkiye Temsilciliği
- 22.....** ..Dünya Çocuklarının Durumu 2003, UNICEF (çeviri) UNICEF Türkiye Temsilciliği
- 23.....**Human Development Report 2005, UNDP, New York
- 24.....** ..Dünya Sağlık Raporu 1998, WHO (Çeviri editörleri. Metin B., Akın A., Güngör İ.) Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1998
- 25.....**World Development Report 2005, Investing in Health World Bank, Oxford University Press New York 2005
- 26.....**Dünya Çocuklarının Durumu 2005, (çeviri) UNICEF Türkiye Temsilciliği
- 27.....**Human Development Report 2007/2008 UNDP hdr.undp.org/en/reports/global/
- 28.....**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, HNEE, Ankara 2004

12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı, sayfa 45-71