

Akdur R.: **Türkiye'nin Geleceği İçin Sağlık Sektöründe Yeni Arayışlar**, Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansları VI, (09 Mart 2007, Ankara)

TÜRKİYE SORUNLARINA ÇÖZÜM KONFERANSLARI VI
TÜRKİYE'NİN GELECEĞİ İÇİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YENİ ARAYIŞLAR

Prof. Dr. Recep AKDUR

I.GİRİŞ

II.MEVCUT DURUM

1. NÜFUSA İLİŞKİN ÖZELLİKLER
2. EKONOMİK ve ÇEVRESEL ÖZELLİKLER
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ
 - 3.1. Sağlık Sektörünün Örgütsel Yapısı
 - 3.2. Sağlık Sektörünün Finansmanı
 - 3.3. Sağlık İnsangücü
4. TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİ

III.SAĞLIK ALANINDAKİ BAŞLICA SORUNLAR

1. TOPLUMSAL VE KÜLTÜREL SORUNLAR
2. ÇEVRESEL SORUNLAR
3. ÖRGÜTSEL/ YAPISAL SORUNLAR
4. FİNANSMAN SORUNLARI
5. İNSANGÜCÜ SORUNLARI
6. SİYASAL SORUNLAR

IV.ÇÖZÜM YOLLARI VE HEDEFLER

1. TOPLUMSAL VE KÜLTÜREL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
2. ÇEVRESEL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
3. ÖRGÜTSEL/ YAPISAL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
4. FİNANSMAN SORUNLARINA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
5. İNSANGÜCÜ SORUNLARINA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
6. SİYASAL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

V.SONUÇLAR

TÜRKİYE SORUNLARINA ÇÖZÜM KONFERANSLARI VI
TÜRKİYE'NİN GELECEĞİ İÇİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YENİ ARAYIŞLAR*

Prof. Dr. Recep AKDUR**

I.GİRİŞ

Türkiye'de, Cumhuriyet'ten günümüze, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi bağlamında önemli bir ilerleme kaydedilmiştir. Cumhuriyet'in ilk yılında; 86 yataklı kurumda 6437 hasta yatağı var iken, 2005 yılında bu sayılar, sırası ile; 1198 yataklı kurum, 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 ⁽¹⁾.

Çizelge 1:Türkiye'de Yataklı Kurum ve 10000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1923-2005)

YILLAR	KURUM SAYISI	10000 Nüfusa Düşen Hasta Yatağı Sayısı
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 (1):Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı 2005, <http://www.saglik.gov.tr/>

Cumhuriyetin ilk yıllarında 554 hekim varken, bu sayı 1928'de 1078'e , 1940'ta 1500'e, 2002 yılında ise 95190'a ulaşmıştır⁽²⁾. 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⁽²⁾.

Çizelge 2: 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

*Metnin hazırlanması sırasında, Prof. Dr. Nusret Aras'ın değerli öneri ve katkıları olmuştur. Kendisine teşekkür ederim .

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Sağlık hizmetlerinin düzeyindeki bu gelişme toplumun sağlık düzeyine de yansımıştır. 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, hem sağlık hizmetleri düzeyi hem de toplumun sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerin, özellikle de Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin gerisinde olduğu gibi, Türkiye'nin sosyo-ekonomik ve kültürel gelişmesinin de gerisindedir. Başka bir anlatımla aynı gelişmişlik düzeyindeki ülkelerin bile gerisindedir.

Çizelge 3: Türkiye'nin Temel Sağlık Göstergelerinin AB-15 Ortalaması İle Karşılaştırılması (1990-2003)

TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİ	TÜRKİYE		AB-15 ORT.	
	1990	2003	1990	2003
Kaba Doğum Hızı (‰)	25,2	19,4	12	10
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	6,2	11	8
Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)	66	70,9	74	78
Bebek Ölüm Hızı (‰)	55,4	25,6	10	7
Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (‰)	60	37	12	8
Anne Ölüm Hızı (Yüz Binde)	100	62	4	3
Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	3,6	6,8	8	8,5
Sağlık Personelinin Hazır Bulunduğu Doğumlar (%)	63	78	98	100
Hekim Başına Düşen Nüfus (Kişi)	1121	718	360	350
Yatak Başına Düşen Nüfus (Kişi)	412	389	120	130

Kaynak (3): Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu

Türkiye'de, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi bağlamında, gelişmiş ülkeler düzeyini yakalama olanağı ve olasılığı var iken, bu olanak geçmişte kullanılmamış ve günümüzde de kullanıldığına ilişkin belirtiler yoktur. Bu olanağı kullanamamanın temel nedeni; sağlık hizmetlerinin iyi yönetilememesi, başka bir söylemlerle 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 / AB ülkeleri düzeyine çıkarabilmek için; tüm tarafların her türlü ideolojik önyargıdan ve misyondan arınarak, önce Türkiye'nin koşullarına uygunluğu kanıtı dayalı net bir seçim yapması / sağlık politikası belirlemesi, sonra da bunu ulusal bir uzlaşma haline getirerek ısrarla ve politik kararlılıkla uygulaması gerekir. Bu düşünceden hareketle ve "Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansları IV" kapsamında hazırlanan bu metinde amaç; sağlık sektöründe yaşanan başlıca sorunları saptayarak, bunlara karşı üretilebilecek çözüm yollarını tartışmaktır. Böylece, yakın bir gelecekte, Türkiye'nin gerek sağlık hizmetleri düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi bağlamında çağı yakalamasına katkı getirmektir.

II. MEVCUT DURUM

1. NÜFUSA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Türkiye’de nüfus sayımlarının ilki 1927 yılında; daha sonra, 1935 ile 1990 yılları arasında, her beş yılda bir (sonu 0 ve 5 ile biten yıllarda) düzenli olarak yapılmıştır. 1990 yılından sonra ise, nüfus sayımlarının on yılda bir (sonu 0 ile biten yıllarda) yapılması kararlaştırılmıştır. Böylece, en son ve on dördüncüsü olan Genel Nüfus Sayımı 22 Ekim 2000 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Bu sayımlar, sayım günü ülke sınırları içinde bulunan nüfusun (de facto nüfus) sayımı şeklinde yapılmaktadır. Aşağıda, Çizelge 4’de Türkiye’deki nüfus değişimi verileri görülmektedir.

İlk sayım yapıldığında (1927) nüfus 13648270 iken, son sayım yılı olan 2000 yılında 67803927 olarak saptanmış yani 73 yıllık sürede beş katı dolayında artmıştır.

Türkiye, nüfusu hızla artan ve Avrupa’nın en genç nüfusuna sahip olan bir ülkedir. Nüfus artış hızı düzenli bir azalma eğilimindedir. Yıllık nüfus artış hızı 2000 yılında %16,6, iken, 2005 yılında %12,6’ya düşmüş ve nüfus 73 milyon kişiye ulaşmıştır. Nüfusun, 2010 yılında 78 milyon, 2015-2020 yılları arasında 85 ve 2035-2040 yılları arasında 98 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir⁽⁴⁻⁵⁾.

Yılların ilerlemesi ile çalışma çağı nüfusu olan 15-64 yaş grubu ile 65 yaş üzeri yaşlı nüfusun, toplam nüfus içindeki oranları artmaktadır. Nitekim; 2000 yılında 15-64 yaş grubunun toplam nüfus içindeki oranı %64,7 iken, bu oran 2005 yılında %65,7’ye yükselmiştir. Aynı şekilde 65 yaş üzeri yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2000 yılında %5,4 iken, bu oran 2005 yılında %5,9’a yükselmiştir⁽⁴⁾.

Demografik özellik bağlamında, yılların ilerlemesi ile yaşanmakta ve yaşanacak olan en önemli değişim; Türkiye nüfusunun yaşlı bir nüfus haline gelmesi, kentleşmesi ve aile yapısının değişmesidir. Nitekim 1990 yılında, şehirli nüfus oranı %59,6 iken, bu oran 2000 yılı sayımında %64,9 olarak saptanmıştır. Benzer bir şekilde 1990-2000 yılları arasında şehir nüfusu yıllık binde 26,8 artarken, köy nüfusu için binde 4,2 oranında artmıştır. Bu eğilimlerin sürmesi durumunda önümüzdeki 10 yıl içinde Türkiye şehir nüfusu Avrupa Birliği ülkeleri ortalamasına yaklaşmış olacaktır.

Yıllar ilerledikçe iyileşme gözlenmekle birlikte, toplumun öğretim düzeyi düşüktür. Nitekim; işgücünün, 2000 yılında %73,8’i, 2005 yılında %67,3’ü lise altı eğitilmiş ve okuma yazma bilmeyenlerden oluşmaktadır. İşgücü içinde yükseköğretim ve fakülte mezunlarının payı 2000 yılında yüzde %8,8 iken, 2005 yılında %11,5’e yükselmiştir⁽⁴⁾.

Kadınlardaki okur yazarlık oranı, 2000 ile 2004 yılları arasında %76,2’den, %80,6’ya yükselmesine karşın, erkek okur-yazarlık oranının gerisindedir. Başka bir anlatımla, kadınlarda öğrenim düzeyi dolayısı ile çalışma yaşamına katılım erkeklere göre daha da düşüktür. Erkeklerde istihdam oranı %64,8 iken, kadınlarda bu oran %22,3 tür. Kırsal alanda ücretsiz aile işçisi olarak istihdam edilen kadınlar, kente göçtüklerinde işgücünden tamamen çıkmakta ve ekonomik yaşamın dışında kalarak yoksulluk ve sosyal dışlanma risklerine açık hale gelmektedir. Nitekim; kırsal alanda kadınların işgücüne katılma oranı %33,7 iken, bu oran kentte yaşayan kadınlar arasında %19,3’e düşmektedir⁽⁴⁾.

Doğurganlık düzeyi ve yaş yapısındaki değişmelerle, Türkiye’nin demografik yapısı son yıllarda gelişmiş ülkelerin yapısına benzemeye başlamıştır. Değişen bu nüfus yapısı, özellikle

eğitim, istihdam, sağlık ve sosyal guvenlik alanlarındaki politikaların gozden geDIRilmesi gereksinimi doğurmuştur⁽⁴⁾.

Çizelge 4:Türkiye’de Nüfus, Yıllık Nüfus Artış Hızı Ve Yıl Ortası Nüfus Tahminlerinin Yıllara Göre Dağılımı (1927-2010)

Yıl	Nüfus x1000	Yıllık Nüfus Artış Hızı %o	Yıl Ortası Nüfus	Yıl	Nüfus x1000	Yıllık Nüfus Artış Hızı %o	Yıl Ortası Nüfus
1927(*)	13 648		13 554	1969			34 443
1928			13 843	1970(*)	35 605		35 321
1929			14 138	1971			36 215
1930			14 440	1972			37 133
1931		21.10	14 748	1973		25.01	38 073
1932			15 062	1974			39 037
1933			15 383	1975(*)	40 348		40 026
1934			15711	1976			40 916
1935(*)	16 158		16 046	1977		20.65	41 769
1936			16 352	1978			42 641
1937		17.24	16 637	1979			43 531
1938			16 926	1980(*)	44 737		44 439
1939		17.03	17 429	1981			45 540
1940(*)	17 821		17 728	1982		24.88	46 688
1941			17 952	1983			47 864
1942		10.59	18 143	1984			49 070
1943			18 337	1985(*)	50 664		50 307
1944			18 532	1986			51 433
1945(*)	18 790		18 729	1987		21.71	52 561
1946			19 074	1988			53 715
1947		21.73	19 493	1989			54 894
1948			19 922	1990(*)	56 473		56 098
1949			20 359	1991			57 193
1950(*)	20 947		20 807	1992			58 248
1951			21 351	1993			59 323
1952		27.75	21 952	1994		18.28	60 417
1953			22 569	1995			61 532
1954			23 204	1996			62 667
1955(*)	24 065		23 857	1997			63 823
1956			24 540	1998			65 001
1957		28.53	25 250	1999			66 200
1958			25 981	2000(*)	67 804		67 420
1959			26 733	2001			68 529
1960(*)	27 755		27 506	2002			69 626
1961			28 227	2003			70 712
1962		24.63	28 931	2004			71 789
1963			29 652	2005			72 844
1964			30 391	2006			73 905
1965(*)	31 391		31 149	2007			74 944
1966			31 936	2008			75 961
1967			32 750	2009			76 956
1968		25.19	33 586	2010			77 918

Kaynak (2); İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535

(*) Sayım yılları

Türkiye’de 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Gebeliği Önlleyici Yöntem Kullanma Oranı, Doğumların Sağlık Personeli Tarafından Yaptırılma Oranı ve Yıllık Nüfus Artış Hızı gibi ölçekler AB ülkelerine göre düşük seviyede kalmaktadır (Bakınız Çizelge 5).

Çizelge 5 : AB ve Türkiye’de Nüfus ve Doğumlarla İlgili Ölçütler

	NÜFUS x1000 2005⁽⁶⁾	GÖYKO (%) 1995-2000⁽⁷⁾	SPTYDO(%) 1995-2000⁽⁷⁾	YNAH(%) 1990-2000⁽⁸⁾
Almanya	82500,8	75	100	0,3
Avusturya	8206,5	71	100	0,4
Belçika	10445,9	79	100	0,3
Çek Cumhuriyeti	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 (6);<http://epp.eurostat.ec.eu.int> , Kaynak (7);Dünya Çocuklarının Durumu 2001

Kaynak (8); The World Health Report 2001

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

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

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

2. EKONOMİK VE ÇEVRESEL ÖZELLİKLER

Türkiye 783562 kilometre kare alanı, 7200 km sahili ve komşusu olan ülkelerle 2648 metre sınırları olan, 73 milyon nüfuslu büyük bir ülkedir.

Çizelge 6: Türkiye'nin Temel Ekonomik Büyüklükleri

	Türkiye			AB-15	
	2000	2005	VIII. Plan Ortalaması	2005	2001-2005 Ortalaması
Büyüme ve İstihdam					
GSYİH (Milyar YTL, Cari Fiy.)	124,6	487,2	-	-	-
GSYİH (Milyar Dolar, Cari Fiy.)	200,0	363,4	-	12.757	-
Kişi Başı Milli Gelir (GSYİH, \$)	2.879	5.042	-	33.517	-
Kişi Başı Milli Gelir (SAGP, GSYİH, \$)	6.820	8.145	-	31.503	-
GSYİH Büyümesi	7,4	7,4	4,4	1,5	1,6
Toplam Tüketim*	6,3	8,1	3,0	1,5	1,7
Kamu	7,1	2,4	-0,6	1,6	2,0
Özel	6,2	8,8	3,4	1,5	1,7
Toplam Sabit Sermaye Yatırımı*	16,9	24,0	4,1	2,7	1,2
Kamu	19,6	25,9	-2,1	-	-
Özel	16,0	23,6	5,9	-	-
Nüfus (Milyon Kişi)	67,4	72,1		380,6	
İşgücüne Katılma Oranı (%)	49,9	48,3	48,9	71,3	70,8
İstihdam Düzeyi (Milyon Kişi)	21,6	22,1	-	165,0	-
İşsizlik Oranı (%)	6,5	10,3	9,9	7,9	7,8
Tarım Dışı İşsizlik Oranı (%)	9,4	13,6	14,2	-	-
Toplam Faktör Verimliliği Artışı (%)	1,8	1,6	2,0	0,3	0,4
Dış Ticaret					
İhracat (FOB) (Milyar Dolar)	27,8	73,4	-	-	-
İthalat (CIF) (Milyar Dolar)	54,5	116,	-	-	-
Dış Ticaret Dengesi (Milyar Dolar)	-22,0	-32,8	-	-	-
Turizm Gelirleri (Milyar Dolar)**	7,6	18,2	-	-	-
Cari İşlemler Dengesi / GSYİH (%)	-4,9	-6,4	-2,7	-0,1	0,2
Dış Ticaret Hacmi / GSYİH (%)	41,2	52,9	-	-	-
Kamu Finansmanı (Yüzde)					
Genel Devlet Gelirleri *** / GSYİH	40,4	44,1	41,8	45,3	45,0
Genel Devlet Harcamaları*** / GSYİH	50,2	44,3	50,8	47,6	47,2
Genel Devlet Borçlanma Gereği*** / GSYİH	9,8	0,2	9,0	2,3	2,2
Genel Devlet Faiz Harcamaları*** / GSYİH	17,0	9,6	16,6	2,8	3,1
Kamu Kesimi Borçlanma Gereği****/GSYİH	11,9	-0,1	8,5	-	-
Kamu Net Borç Stoku**** / GSYİH	57,5	55,7	71,2	-	-
Kamu Brüt Borç Stoku / GSYİH	68,8	71,5	86,1	64,6	63,1
Vergi Yüğü***** / GSYİH	30,6	31,7	30,5	40,8	40,5*****
Fiyatlar (Yüzde Değişme)					
TÜFE Yıl Sonu	39,0	7,7	28,8	2,2	2,0
TÜFE Yıl Ortalaması	54,9	8,2	32,4	2,1	2,1

Kaynak (4): Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, Resmi Gazete Mükerrer sayı: 26215 01 temmuz 2006

*Reel fiyatlarla yüzde değişimi göstermektedir.

**2003 yılından itibaren Turizm Gelirlerinin tanımında değişiklik yapılmıştır.

***Genel bütçe kapsamındaki kamu idareleri, özel bütçe kapsamındaki idareleri, düzenleyici ve denetleyici kurumları, sosyal güvenlik kurumlarını, mahalli idareleri, döner sermayeleri ve fonları kapsamaktadır.

****Genel Devlet ve KİT'leri kapsamaktadır.

*****Sosyal güvenlik primleri dahil, vergi red ve iadeleri hariçtir.

*****2001-2004 Ortalamasıdır.

Türkiye'nin ekonomik gelişmişlik ölçütleri incelendiğinde, bu ölçütler açısından, gelişmiş ülkeler ve AB ülkelerinden geri olduğu buna karşılık gelişmekte olan birçok ülkeden de ileride olduğu görülmektedir. 2000 yılında 2.879 dolar olan kişi başına milli gelir, 2005 yılında 5042 dolara yükselmiştir. Dokuzuncu Kalkınma Planı döneminde, GSYİH'nin yıllık ortalama %7 oranında artması ve kişi başına gelirin 2013 yılında 10100 dolar olarak gerçekleşmesi beklenmektedir. Aynı dönemin sonunda GSYİH'sı yaklaşık 800 milyar dolara ulaşacak olan Türkiye, dünyanın en büyük 17'inci ülkesi konumuna yükselecektir. Böylece, ekonomik ölçekler açısından gelişmiş ülkeler ve AB ölçeklerine yaklaşma yolunda önemli oranda yol alınmış olacaktır. Buna karşılık 2000 yılında %6.5 olan işsizlik oranı 2005 yılında %10.3'e yükselmiştir. Bu durum salt ekonomik bir sonuç olarak kalmamakta, toplumun sağlık düzeyini de olumsuz etkilemektedir.

Her ne kadar, bu bağlamda AB ülkeleri ile önemli bir farklılık olmamakla birlikte, Türkiye'de gelir dağılımı dengesizdir. 2004 yılında en varlıklı yüzde yirmilik dilimin yıllık kullanılabilir gelirden aldığı pay %46,2 iken, en yoksul yüzde yirmilik dilimin aldığı pay %6,0'dır. Bu iki grup arasında yaklaşık 7,7 kat fark vardır. Bu durum toplumun sağlık düzeyini olumsuz etkileyen en önemli etkenlerden birisidir.

Gelir dağılımındaki dengesizlik ve yoksulluk, yılların ilerlemesi ile belli bir düzelme göstermektedir. En yoksul yüzde yirmi ile en varlıklı yüzde yirmi dilimlerinin yıllık kullanılabilir gelirden aldığı pay arasındaki fark 2002 yılında 9.5 kat iken 2004 yılında 7.7 kate düşmüştür. Gıda harcamalarını içeren yoksulluk sınırı altındaki nüfusun toplam nüfusa oranı; 2002 yılında %1,35 iken, 2004 yılında %1,29 düzeyine gerilemiştir. Yoksulluk oranı olarak da tanımlanan gıda ve gıda-dışı yoksulluk oranı 2002 yılında %26,96 iken, 2004 yılında %25,6'ya gerilemiştir⁽⁴⁾. Ayrıca, Türkiye'de 2002 yılında 0,44 olan Gini katsayısı, 2003 yılında 0,42'ye, 2004 yılında 0,40'a gerilemiştir⁽⁴⁾. Buna karşılık, bir yandan bu düzelmelerin hızı tartışılırken öte yandan da bazı göstergeler açısından kırsal alandaki yoksulluğun daha da artmış olduğu görülmektedir. Örneğin; 2004 yılında, kırdan yaygın olan ücretsiz aile işçileri nüfusun en yoksul grubunu oluşturmaktadır⁽⁴⁾.

Çizelge 7 : Seçilmiş Bazı Gelir Dağılımı ve Yoksulluk Göstergeleri (Yüzde)

Yüzde 20'lik Dilimler	2002	2003	2004
Birinci Yüzde 20	5,3	6,0	6,0
İkinci Yüzde 20	9,8	10,3	10,7
Üçüncü Yüzde 20	14,0	14,5	15,2
Dördüncü Yüzde 20	20,8	20,9	21,9
Beşinci Yüzde 20	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)	26.96	28.12	25.60

Kaynak (4): Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, Resmi Gazete Mükerrer sayı: 26215 01 temmuz 2006

Türkiye, AB ülkeleri ile kıyaslandığında, İnsani Gelişme İndeksi (Human Development İndeks) ve Kişi Başına GSMH açısından oldukça geridedir. Bunlardan daha da önemlisi; Türkiye'de sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus oranı ve yeterli sanitasyon olanaklarına sahip olan nüfus oranı oldukça düşük

olup, toplumun sağlık düzeyini olumsuz etkileyen önemli birer etmen olma özelliğine sahiptir (Bakınız çizelge 8).

Çizelge 8 : Türkiye ve AB Ülkelerinde Bazı Ekonomik ve Çevresel Ölçütler

ÜLKELER	1 ⁽⁹⁾	2 ⁽¹⁰⁾	3 ⁽¹⁰⁾		4 ⁽¹⁰⁾	5 ⁽¹¹⁾	6 ⁽¹¹⁾	7 ⁽¹⁰⁾
			En düşük %20	En yüksek %20				
Almanya	0,930	25250	8,5	36,9	-	100	-	785,5
Avusturya	0,936	26720	5,9	41,3	-	100	100	60,8
Belçika	0,945	25820	8,3	37,3	-	100	-	102,2
Çek Cum	0,874	6740	10,3	35,9	-	-	-	118,8
Danimarka	0,941	33750	8,3	35,8	-	100	-	44,6
Estonya	0,853	4960	6,1	44,0	100	-	93 ^k	16,0
Finlandiya	0,941	27020	9,6	36,7	-	100	100	53,4
Fransa	0,938	24770	7,2	40,2	-	100 ^k	-	362,4
Hollanda	0,943	26310	7,3	40,1	-	100	100	138,9
İngiltere	0,941	28350	6,1	44,0	-	100 ^k	-	567,8
İrlanda	0,946	26960	7,1	43,3	-	100 ^k	-	42,2
İspanya	0,928	16990	7,5	40,3	98	-	-	282,9
İsveç	0,949	28840	9,1	36,6	-	100	100	46,9
İtalya	0,934	21560	6,5	42,0	99	100 ^k	-	428,2
Letonya	0,836	4070	7,6	40,3	100	-	-	6,0
Litvanya	0,852	4490	7,9	40,0	100	-	-	11,9
Macaristan	0,862	6330	7,7	37,5	99	99	95	54,2
Polonya	0,858	5270	7,3	42,5	-	100 ^k	-	301,3
Portekiz	0,904	12130	8,2	38,4	93	-	-	59,8
Slovakya	0,849	4920	8,8	34,8	100	100	100	35,4
Slovenya	0,904	11830	9,1	35,7	100	-	-	14,6
Yunanistan	0,932	13720	7,1	43,6	97	-	-	89,6
TÜRKİYE	0,750	2290	6,1	46,7	-	93	83	221,6

Kaynak (9); Human Development Report 2005, Kaynak (10);World Development Report 2005, Kaynak (11);Dünya Çocuklarının Durumu 2005

1. Human development indeks (2003)
2. Kişi başına GSMH (Dolar -2003)
3. Grupların ulusal gelirden aldığı pay (eldeki en son veri)
4. 15 yaş üzerinde okuma yazma oranı (2002)
5. Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus oranı (^k yalnızca kentlerin oranı -2002)
6. Yeterli sanitasyon olanaklara sahip olan nüfus oranı (^k yalnızca kentlerin oranı -2002)
7. Atmosfere salınan yıllık karbon dioksit miktarı (milyon ton -2000)

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

3.1.Sağlık Sektörünün Örgütsel Yapısı

Türkiye’de sağlık hizmetleri gerek örgütlenme biçimi ve gerekse yönetim yapısı açısından, çoğulcu 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 yoktur.

Sağlık Bakanlığı ve diğer bakanlıklara bağlı sağlık kuruluşlarının yönetim ve organizasyon yapısı, büyük ölçüde merkeziyetçi ve bürokratik niteliktedir. Buna karşılık özel hastane ve muayenehanelerde yürütülen hizmetler gerek istatistiki kayıtlar anlamında ve gerekse ekonomik kayıtlar anlamında kayıt ve denetim dışıdır.

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

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 büyüklükler 1999 yılında GSYİH’nın %6,4’üne, 2000 yılında ise GSYİH’nın %6,6’sına denk düşmektedir. Bu oranın 2003-2005 yıllarında daha da yükselmiş olduğu bilinmektedir. Sağlık harcamalarının son yıllarda göstermiş olduğu hızlı artış, GSYİH’dan sağlığa ayrılan payın gelişmiş ülkeler düzeyine yaklaşmasına neden olmuştur.

Çizelge 9: 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 (3); Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu

Üç kuruluşun tek çatı altında toplanması ve sunulan hizmetlerinin bir örnek haline getirilmesi çalışmaları sürmekte ise de, 2007 yılı başı itibariyle sosyal güvenlik hizmetleri üç ana kuruluş; Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur tarafından yürütülmektedir. Bunların her üçünün de kamu kuruluşu olmasına karşın; sigorta işlemleri ve sağlamış olduğu sosyal güvenceler ile sağlık hizmetleri arasında bazı farklılıklar vardır. Bunun yanında nüfusun azımsanmayacak bir bölümü, çeşitli nedenlerle sağlık güvencesinden yoksundur. TÜİK verilerine göre 2002 yılında sağlık güvencesine sahip olmayan nüfus oranı %16,2’dir⁽²⁾.

Sağlık güvencesine sahip olmayanların, sağlık hizmetlerine gereksinim duyduklarında cepten ödeme yolu ile yararlanma olanakları vardır. Son yıllarda, bunlardan ödeme güclüğü içinde olanlar için 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(*)
1950	821 418	199 825	-	-	9 302	612 291
1955	1 200 447	281 426	-	-	34 375	884 646
1960	1 560 345	359 303	-	-	61 862	1 139 180
1965	6 236 626	1 464 185	-	-	150 876	4 621 565
1970	9 446 852	2 172 329	-	-	326 341	6 948 182
1975	16 428 653	3 779 893	-	-	634 948	12 013 812
1980	20 836 892	4 708 044	-	-	1 281 744	14 847 104
1985	27 744 573	5 766 390	-	263 118	2 066 549	19 648 516
1990	37 715 983	6 898 380	406 019	826 482	3 068 375	26 516 727
1995	48 848 672	8 030 271	1 057 705	1 052 595	4 222 883	34 485 218
2000	59 478 403	9 920 367	1 086 420	1 073 320	5 984 972	41 413 324
2001	59 093 343	9 632 677	1 127 131	1 042 305	6 335 198	40 956 032
2002	62 026 565	10 088 342	1 170 110	1 049 854	6 627 922	43 090 337
2003	60 759 549	10 645 312	923 791	1 098 709	6 920 721	41 171 016

Kaynak (2) İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535

(*)Tahmin,

Çizelge 11: Türkiye'de Sigortalı ve Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus

Yıl	Sigortalı Nüfus Oranı (%)	Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus Oranı (%)
1950	3,9	3,9
1955	5,1	5,1
1960	5,8	5,8
1965	20,2	20,2
1970	26,9	26,9
1975	41,7	33,6
1980	48,9	38,4
1985	59,0	42,1
1990	72,7	54,4
1995	81,3	64,3
2000	87,2	83,2
2001	85,2	81,1
2002	88,1	83,8

Kaynak (2) İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535

Çizelge 12: AB Ülkeleri ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları

ÜLKELER	Sosyal Güvenlik harcamalarının GSYİH içindeki payı*	GSYİH içinde Sağlık Harcaması Payı (%)**		Toplam Sağlık Harcamasında Hükümet Harcamasının Payı (%)**		Toplam Hükümet Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının Payı(%)**		Kişi Başına Yıllık Sağlık Harcaması (Uluslararası dolar cinsinden)**	
		1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000
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 (6); <http://epp.eurostat.cec.eu.int>, **kaynak (12);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.

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 günümüzde doğru değildir. Yukarıda sunulan bilgilerden de anlaşılacağı üzere; Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı AB-25'in 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.

3.3. Sağlık İnsan Gücü

Yıllar itibarı ile sağlık personeli sayısı hızla artmaktadır. Sağlık sektörünün en büyük istihdam sağlayan kurumlarının başında Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere ait sağlık kurumları gelmektedir.

Çizelge 13: Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayısal Dağılımı

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 (3); Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu

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 14).

Çizelge 14'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 yarım 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 14: AB Ülkeleri ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiye Düşen Hekim, Diş Hekimi, Eczacı, Hemşire ve Hastane Yatağı Sayıları

	1	2	3	4	5	6
Almanya	358,40	279	76,77	58,27	930,43	874,4
Avusturya	308,27	324	47,77	55,88	583,12	835,7
Belçika	423,70	236	68,27	144,78	1075,11	686,3
Çek Cumhuriyeti	336,86	297	64,81	49,25	919,81	1137,2
Danimarka	283,52	353	85,63	50,14	937,37	398,0
Estonya	322,36	310	74,13	59,37	632,52	591,2
Finlandiya	307,28	325	92,62	147,99	2178,73	723,6
Fransa	328,37	304	68,62	102,18	672,45	795,5
Hollanda	322,18	310	47,60	18,75	1320,98	-
İngiltere	163,93	613	39,83	58,21	497,20	369,9
İrlanda	249,25	401	53,16	77,07	1701,63	1006,7
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	779,3
Litvanya	379,75	263	66,19	59,40	758,12	866,1
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	750,3
Polonya	226,43	442	34,30	52,33	526,73	644,7
Portekiz	317,94	315	37,73	78,06	378,67	-
Slovakya	323,16	309	47,81	41,57	747,68	723,9
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	260,0

1-5 için kaynak(13):The European Health Report 2002, 6 için kaynak(6); <http://epp.eurostat.cec.eu.int>

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)
6. 100.000 kişiye düşen hasta yatağı (2003)

Sağlık personelinin bölgeler arasındaki dağılımı dengesizdir. Bölgeler arasındaki dengesizliği gidermek için; zorunlu hizmet, ek ödeme ve sözleşmeli personel istihdamı gibi uygulamalara başvurulmuştur.

4. 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 16).

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 önenebilecek sorunlar varlığını sürdürmektedir.

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 düşüklerdir. 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⁽¹⁴⁾. 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 Doğu'da bu oran %57,9'a düşmektedir⁽¹⁵⁾.

Aynı kaynağa göre; doğum öncesi herhangi bir bakım alan annelerin oranı %77'dir. Ülke genelinde herhangi bir sağlık personelinen yardım görmüş olan doğumların oranı %83'dür. Doğumların %78'i bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir⁽¹⁵⁾. Başka bir anlatımla; gebelerin %23 doğum öncesinde herhangi bir tıbbi bakım almamış, doğumların %17'sinde herhangi bir sağlık personeli bulunmamıştır.

Toplumun sağlık düzeyini gösteren, temel göstergeler toplu olarak incelendiğinde; zamanla önemli iyileşmeler sağlanmasına karşın Türkiye'de toplumun sağlık düzeyinin içinde bulunulan

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 sağlanamadığı, yeterli ve adil bir gelir düzeyine ve dağılımına ulaşılmadığı sürece sağlık sektöründeki iyileşmeler yeterli olmayacaktır.

Çizelge 15 : 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 (16); Dünya Çocuklarının Durumu 2003, ** Kaynak (9); Human Development Report 2005,

***Kaynak (17); 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

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

düŖeceęi tahmin edilmektedir⁽⁵⁾. Yılların ilerlemesi ile Kaba Doğum Hızı (KDH) düŖmekle birlikte, AB ülkelerinden bir hayli yüksektir. Çizelge 17'den de görüleceği gibi; Türkiye'nin 2001 yılında sahip olduğu %21'lik Kaba Doğum Hızı, AB ülkelerindekine göre yaklaşık iki kattır. Buna karşılık Türkiye'deki Kaba Ölüm Hızı (KÖH) AB ülkelerinin birçoğundan daha düŖüktür. 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.

Çizelge 16: AB ve Türkiye'de Doğum ve Ölüm Hızları

	KDH(Binde) 2001 ⁽¹⁵⁾	KÖH(Binde) 2001 ⁽¹⁵⁾	STANDARDİZE ÖLÜM H. (100000 kişide)	
			1997 ⁽¹⁶⁾	2025 ⁽¹⁶⁾
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 (16); Dünya Çocuklarının Durumu 2003 , Kaynak (17);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)

III. SAĞLIK ALANINDAKİ BAŞLICA SORUNLAR

1. TOPLUMSAL VE KÜLTÜREL SORUNLAR

Türkiye’de, gelir dağılımında dengesizlik, işsizlik ve eğitimsizliğin yanında, önlenabilir sağlık sorunlarının yaygınlığı ve erken yaş ölümleri en önemli nüfussal sorunları oluşturmaktadır.

Kadınların sosyal yaşam ve çalışma yaşamına katılımının erkeklere göre düşük olması diğer önemli bir sorundur.

Emekli ve yaşlılardaki refah düzeyi düşüklüğü toplumun sağlık düzeyini de olumsuz etkilemektedir.

Gelir dağılımındaki dengesizlik ve işsizlik toplumsal bir sorun olmanın yanında, doğrudan toplumun sağlık düzeyine de yansımaktadır. Yoksul kesimlerde başta gıda olmak üzere temel gereksinimlerin karşılanamamasının ve sağlık bakımına yeterince ulaşamamanın yol açtığı sorunlar ön plana çıkarken, varıl kesimde de aşırı beslenme ve benzeri türden sorunlar önem kazanmaktadır.

Toplumda, toplam protein tüketimi kişi başına yeterli düzeydedir; ancak proteinin çoğu bitkisel kaynaklıdır. Günlük enerjinin ortalama %44’ü sadece ekmekten, %14’ü diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllara göre besin tüketim eğilimi incelendiğinde; ekmek, süt-yoğurt, et ve ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kuru baklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı gözlenmektedir. Genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına karşın, bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağa oranla arttığı gözlenmektedir.

Türkiye’de, yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları varlığını sürdürmektedir. Yetersiz beslenme nedeniyle, protein, enerji, vitamin ve mineral eksikliğinin yol açtığı önlenbilir hastalıklar ile büyüme ve gelişme bozuklukları küçümsenemeyecek miktarlardadır. Beş yaşındaki çocukların yaklaşık altıda biri süreğen (kronik) olarak yetersiz beslenmektedir. Nitekim, TNSA 2003’de kronik beslenme yetersizliğinin bir göstergesi olan, beş yaş altı çocuklar içinde yaşlarına göre daha kısa boylu (bodur) olanların oranı %12.2, düşük kilolu olanların oranı ise %3.9 olarak bulunmuştur ⁽¹⁵⁾. Raşitizm, anemi ve guatr gibi beslenmeye bağlı hastalıkların sıklıkları küçümsenemeyecek boyuttadır. Bebek ve çocuk ölümlerinin çoğu beslenme yetersizlikleri ile ilişkili hastalıklardan meydana gelmektedir.

Türkiye’de 7,5 milyon engelli yaşadığı tahmin edilmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıkları, trafik kazaları, ev kazaları engellilik nedenlerinde ilk sıraları almakta, bunlara doğal afetlerin etkileri eklenmektedir. Bu durum toplumun sağlık düzeyini de olumsuz etkilemektedir.

Toplumunun ekonomik ve kültürel özellikleri değişmektedir. Türkiye’de nüfus, genç nüfus olma özelliğini hızla yitirmekte ve yılların geçmesi ile birlikte toplumdaki yaşlı nüfus oranı artmakta ve bu kesime götürülecek hizmetler önem kazanmaktadır. Buna karşılık yaşlı nüfusu hedefleyen sağlık programları uygulanmamaktadır. Aynı durum engellilerin bakımı, eğitimi ve istihdamı açısından da mevcuttur. Yaşam alanları planlanırken yaşlıların ve engellilerin dikkate alındığı söylenemez.

Toplumun yaşlanması, aile yapısının çekirdek aile yönünde hızla değişmesi ve parçalanmış aile oranlarının artması var olan sosyal güvenlik ve sosyal yardım sistemlerini zorlamaktadır. Başka bir anlatımla var olan sosyal güvenlik ve sosyal yardım sistemi demografik

değişikliklere ayak uyduramamıştır.

Kuşaklar arasında, dünya görüşü ve alışkanlık farklılıkları giderek derinleşmektedir. Bunun bir sonucu olarak, özellikle kırdan kente göç etmiş ailelerde ve ergenlerde ruhsal sorunlar, ilaç, uyuşturucu bağımlılığı ve cinsel yaşama ilişkin sorunların arttığı gözlenmektedir. Çocuk ve kadın istismarı diğer bir sorun alanı olarak varlığını sürdürmektedir.

Sosyo kültürel yapıya ilişkin en önemli sorunlardan birisi öğretim düzeyindeki düşüklüktür. Özellikle de kadınların öğrenim düzeyinin düşüklüğü toplumun sağlık düzeyini olumsuz etkilemektedir. Örneğin; eğitimi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınlar arasında riskli gebeliklerin yaygınlığına karşın, doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinden yararlanma düzeyi daha düşüktür.

Zorunlu eğitimin sekiz yıla çıkarılması ve çocuk işçiliğinin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalara karşın çocuk işçiliği, sokak çocukları ve sokakta çalışan çocuklar sorunu hala önemini korumaktadır. Bu durum çocuk sağlığı ve toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Toplumun sağlık bilgi ve bilinç düzeyindeki düşüklük diğer önemli bir sorundur. Örgün eğitim programlarında yer alan "sağlık bilgisi derslerinin" etkililiği sağlanamamıştır. Öte yandan, toplumun sağlık eğitiminde önemli bir olanak olan, kitle iletişim araçlarından yeterince yararlanılmamaktadır. Bundan daha da kötüsü, kitle iletişim araçlarıyla yapılan yayımlarda sağlıkla ilgili yanlış ve/veya yanıltıcı haberlere rastlanmakta ve bunları önlemeye yönelik yaptırım uygulanamamaktadır.

Gelişmiş ülkelerde sigara içenlerin tüm nüfusa oranı azalırken Türkiye'de hızlı bir artış yaşanmaktadır. Türkiye genelinde, 15 yaş üstü nüfusta sigara içme oranı %43,4'dır'. Sağlık Bakanlığı tarafından 1995 yılında yapılan bir araştırmaya göre ise, gençlerin %20.1'i sigara kullanmaktadır⁽¹⁸⁾. TNSA 2003 sonuçlarına göre; annelerin %28'i, gebelerin %15'i emzirenlerin ise %20'si sigara içmektedir⁽¹⁵⁾. Yapılan tahminlere göre 17 milyon kişi sigara içmekte olup, her yıl yaklaşık 100 bin kişi sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir.

Aynı şekilde, Türkiye'de alkol tüketimi giderek artmaktadır. Alkol kullanımının yaygınlığına ilişkin sağlıklı veriler bulunmamakla beraber Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu'nun (TAPDK) verilerinde, Türkiye'de alkol tüketiminin arttığına ilişkin bulgu ve işaretler vardır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre son 20 yılda gençlerde alkol kullanımı sıklığı sürekli artmaktadır.

Türkiye de geçmişte bir sorun olma niteliği taşımayan uyuşturucu kullanımı, özellikle son 10 yılda büyük bir artış göstermiştir.

Sağlık sorunları açısından Türkiye'nin genel bir değerlendirilmesi yapıldığında; hem gelişmekte olan ülkelerin hem de gelişmiş ülkelerin özelliklerini bir arada taşımaktadır. Bir yanda sıtma, tüberküloz, gibi bulaşıcı ve korunulabilir hastalıklar sıkça görülmeye devam ederken öte yandan da kanser, koroner hastalıklar, hipertansiyon gibi hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır.

2. ÇEVRESEL SORUNLAR

Son elli yılda yaşanan hızlı sanayileşme kırdan kente göçü çok hızlandırmış ve şehirlerin nüfusunun hızla artmasına neden olmuştur. Nitekim, kentleşme hızı genel nüfus artış hızının üç katı olup, Türkiye hızla kentleşen bir ülkedir. Kentlerde yaşayan nüfus 1990 yılında %54 paya sahipken, bu pay 2000 yılında %70'lere ulaşmış, 2025 yılında ise %87'lere ulaşması beklenmektedir. Bu durum, kentlerde altyapı hizmet gereksinimlerinin karşılanamaması sonucunu doğurmuş, "plansız/çarpık kentleşme ve sanayileşmenin" getirdiği, başta konut, kanalizasyon, atık zararsızlaştırma, ulaşım, sağlık ve eğitim tesisleri yetersizliği olmak üzere, her türden çevre sorunlarının yaygınlaşmasına neden olmuştur.

Başka bir anlatım ile; Türkiye'de çevreye ilişkin sorunlar önemli ölçüde hızlı artan nüfus ve kente hızlı göçün gerektirdiği temel altyapı gereksinimlerinin karşılanamamasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, atıkların arıtılmasına/ zararsızlaştırılmasına gerekli özenin gösterilmemesi, yatırımlar sırasında konunun göz önüne alınmaması diğer önemli bir sorun kaynağıdır. Kentleşme ve sanayileşmenin hızlanması, bir yandan doğal kaynaklar ve varlıklar üzerinde baskı oluşturmakta öte yandan da bunların gereksinimlerinin karşılanamaması, ağır çevre sorunlarına neden olmaktadır. Bu durum bir kısır döngüye yol açmakta ve kentsel hizmetlerin yerine getirilmesinin önünde adeta bir engel oluşturmaktadır.

Yüksek nüfus artış oranı, aile ve toplum yapısındaki sosyo-kültürel değişim, kentlere doğru hızlı göç, kentlerin yenilenmesi gibi faktörler, konut talebini çok yüksek düzeylere çıkarmıştır. Yenileme ve afet konutları olarak birikmiş gereksinimler de dahil, her yıl 50 bin civarında yeni konut yapılması gerekmektedir. Bu gereksinimin karşılanmasının kendisi bir sorun iken, bu sorun kalitesiz konut ve yerleşim alanları sorununa da yol açmaktadır. Türkiye genelinde yapıların %79'u betonarme, %10'u tuğla, %5'i kerpiç, %2'si ahşap, %2'si briket ve %1'i de taş yapılardır⁽¹⁸⁾.

Konutlar kırsal kesimde 1-2, kentsel kesimde ise 2-3 odalı olup, büyük çoğunluğu ailelerin gereksinimine yanıt verecek hacimden yoksundur. Konutların %70'inin tuvaletleri evin içinde, %30'unun ise evin dışındadır. Tuvalet ve mutfakları temel sağlık koşullarından yoksun olan konutların sayısı önemsenecek miktarlardadır. Konutların %99'unun elektriği, %86'sının da borulu su sistemi vardır. Isıtma büyük çoğunlukla geleneksel yöntemlerle yapılmaktadır⁽¹⁸⁾.

Özellikle kentlerde yaşanan içme ve kullanma suyu, kanalizasyon, katı sıvı ve gaz atık, ulaşım/ trafik gibi sorunlar çevresel bir sorun olmaktan da öte doğrudan toplum sağlığı sorunudur ve yılların ilerlemesi ile giderek daha da ağırlaşmaktadır. Hızlı kentleşmenin bir sonucu olarak ortaya çıkan bu sorunların ağırlaşmasında, mali ve teknik yetersizliklerin yanında, merkezi ve yerel yönetimlerce uygulanan yanlış politikaların da önemli bir payı vardır.

Kentlerde, tüketime sunulan su miktarları çağdaş insanın/ailenin gereksinimi karşılayacak miktarlardan daha azdır. Ayrıca tüketime sunulabilen suların kalitesi de yeterli değildir. Nitekim, Sağlık Bakanlığı'nca içme ve kullanma suyu, kaynak suyu, sarnıç, dere, nehir, su havuzu, göl, deniz sularında 1996-1999 yılları arasında yapılan kontrollerde; 66050 adet kimyasal kontrol örneğinden, 10215 adedi kirli çıkmış ve kimyasal kirlilik oranı %15.4 olarak bulunmuştur⁽¹⁸⁾.

Kentlerde yaşayanların tamamına yakını şebeke suyu olanaklarına sahipken, kırsal kesimde bu olanağa sahip olmayanların oranı %15 dolayındadır. Su temini, kentlerin varoşlarında ya da gecekondu alanlarında yaşayanlar için de sorun olabilmektedir. Özet bir anlatımla, içme ve kullanma suyu olanaklarına erişim, köylerde ve gecekonduarda yaşayanlar açısından sınırlıdır.

Türkiye'nin tatlı su kaynakları açısından zengin bir ülke olduğu söylenir. Bu doğru değildir. Su kaynakları açısından fakir olması bir yana, var olan su kaynaklarından derelerin yalnızca %51'i, yeraltı sularının ise yalnızca %29'u yararlanılabilir nitelikte sulardır. Ayrıca bu kaynaklar ülke düzeyinde dengeli olarak da dağılmamıştır. Tüm bunlardan daha da kötüsü; tatlı su kaynaklarında yüksek düzeyde bir kirlenme söz konusudur.

1988'de çıkarılan, Su Kirliliği Kontrolü Yönetmeliği'ne göre kanalizasyonların arıtılmadan su kaynaklarına verilmesi yasaklanmıştır. Buna karşın; kanalizasyonların büyük bölümü ya hiç arıtılmadan ya da kısmen arıtılmış olarak doğrudan yüzey sularına boşaltılmaktadır. Aynı yönetmeliğe göre tehlikeli atık su yaratan sanayilerin, atığını yüzey sulara veya kanalizasyona boşaltmadan önce mutlaka ön arıtıma yapmaları gerekir. Oysa sanayi kuruluşlarının büyük çoğunluğu atık sularını doğrudan yerel kanalizasyon şebekesine boşaltmaktadır.

Günümüzde kişi başına düşen su rezervi miktarı yıllık 1500 m³ olarak hesaplanmaktadır. Yapılan kestirimlere göre önümüzdeki 20-25 yıl içinde nüfus 87 milyona ulaşacak ve yıllık kişi başına düşen su rezervi ise 1042 m³ düşecektir. Bu büyüklük, uluslararası ölçütlerde su kıtlığı için verilen

1000 m³'e çok yakındır. Önümüzdeki 25 yıllık dönemde su gereksinimi bugünkünden yaklaşık üç kat daha fazla olacağı da göz önüne alındığında sorunun ciddiyeti daha da açık bir hale gelmektedir⁽¹⁹⁾.

2003 yılında İçme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet edilen nüfusun toplam nüfusa oranı %76,5'dir. Aynı yıl içme ve kullanma şebekesi ile dağıtılmak üzere çekilen 5,09 milyar m³ suyun 1,89 milyar m³'ü içme ve kullanma suyu arıtma tesislerinde arıtılmıştır. Arıtılan içme ve kullanma suyunun %5,4'üne fiziksel, %94,6'sına ise konvansiyonel arıtma uygulanmıştır. TÜİK'in 2004 yılı verilerine göre, Türkiye'de içme ve kullanma suyu arıtma tesisi ile hizmet veren belediye sayısı 304, içme ve kullanma suyu arıtma tesisi ile hizmet edilen nüfusun belediye nüfusuna oranı ise %42'dir⁽¹⁹⁾.

Bu verilerden de anlaşılacağı üzere; Türkiye'de içme ve kullanma suyu sorunu her geçen yıl daha da ağırlaşmaktadır. Bu ortamın doğal bir sonucu olarak su ve besinlerle bulaşan hastalıklar toplumda yaygın olarak görülmekte ve bir halk sağlığı sorunu olma özelliği göstermektedir. Özellikle yaz aylarında salgın boyutuna ulaşabilmekte ve hastalıklar listesinin ilk sıralarına yerleşebilmektedir.

TÜİK'in verilerine göre; 2003 yılında kanalizasyon şebekesi ile hizmet verilen nüfusun, tüm nüfusa oranı %64'dür. Arıtma tesisi ile hizmet verilen nüfusun, tüm nüfusa oranı ise %40,2'dir⁽¹⁹⁾.

DPT ve DİE'nün bazı raporlarında; "Türkiye nüfusunun %45'inin atık sularının kanalizasyon şebekesine bağlı olmadığı, evsel nitelikli atık suların sadece %10'unun arıtılabildiği, %90'ının ise doğrudan alıcı ortamlara (dere, nehir, göl, deniz) boşaltıldığı, sanayi tesislerinin %62'sinin atık sularını hiç arıtmadan alıcı ortamlara deşarj ettiği, mevcut arıtma tesislerinin uygun çalıştırılmadığı ifade edilmektedir⁽¹⁹⁾.

Türkiye'de, atık yönetimi hizmetleri, belediyeler tarafından yürütülmektedir. Belediyelerin büyük çoğunluğu modern atık işleme ve zararsızlaştırma tesislerinden yoksundur. Atık zararsızlaştırmada genellikle gömme yöntemine başvurulmaktadır. Bu yöntemde de, özellikle atık deponi yeri seçimi, inşası, kullanımı, kısa ve uzun süreli önlemler gibi konularda ağır sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorun çevre sorunu ve uzun erimde etki eden bir sorun olmaktan öte acil bir halk sağlığı sorunu niteliğini göstermektedir. Nitekim 28 Nisan 1993'te Ümraniye-Hekimbaşı çöplüğü patlamış 39 kişi yaşamını yitirmiştir.

İlkel depolama sonucu yüzey ve yeraltı sularını kirleten sızıntılar, koku, yangın ve metan gazı patlamaları gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Katı atıkların denizlere, göllere ve akarsulara dökülmesi bu ortamları kirletirken, açıkta yakma da hava kirliliğine neden olmaktadır.

Atık toplama hizmetleri kentlerdeki ve kasabalardaki hanelerin büyük bölümüne ulaşmaktadır. 1991 yılında yapılan envanter çalışması sonuçlarına göre kentsel katı atıkların %81'i açık alanlara, %15'i denizlere, göllere ve ırmaklara boşaltılmakta; %2'si komposta dönüştürülmekte; %2'si de açıkta yakılmakta, gömülmekte ya da tarım alanlarına yığılmaktadır⁽¹⁹⁾.

Toplumda katı atıkların toplama, boşaltım ve zararsızlaştırılmasına ilişkin bilinç düzeyi düşüktür. Aynı şekilde, katı atıkların azaltılmasına, yeniden kullanılmasına ve/veya geri kazanılmasına dönük programlar ve politikalar konusunda da bilinç ve duyarlılık eksikliği görülmektedir.

2003 yılında katı atık hizmeti veren belediyelerden toplanan 26,12 milyon ton katı atığın %45,3'ü belediye çöplüğünde, %28,5'i düzenli depolama sahalarında, %15,2'si büyükşehir belediyesi çöplüğünde, %2,9'u başka belediye çöplüğünde, %2,3'ü gömülerek, %1,2'si kompost tesislerinde, %1,0'ı açıkta yakılarak, %0,9'u dereye ve göle dökülerek bertaraf edilmiştir⁽¹⁹⁾.

AB'ye uyum kapsamında, atık yönetimi, doğa koruma, gürültü ve çevresel etki değerlendirme konularında yasal düzenlemeler bağlamında ilerleme sağlanmış olmasına karşın, hala çok sayıda düzenlemeye gereksinim vardır. Ayrıca bu düzenlemelerin günlük yaşama geçmemiş olması ve özellikle de denetim eksikliği çevre sorunlarının hala önemli bir sorun olma özelliğini sürdürmesine neden olmaktadır. Yasal düzenlemelerin gerektirdiği önlemlerin alınabilmesi için gerekli olan yüksek maliyetli yatırımların fazlalığı bu konudaki en büyük zorluğu oluşturmaktadır. Bu nedenle de AB'ne

uyumunun sağlanması ve gerekli ilave yatırımların yapılabilmesi için uzun bir zaman dilimine gereksinim olacaktır.

Türkiye’de gıda güvenliği alanında da ciddi sorunların varlığı devam etmektedir. 1999 yılında, Sağlık Bakanlığı’nca yapılan denetimlerde; incelenen, gıda maddelerinin %7.4’ü, gıda imal yerlerinin %7.9’u, gıda satış yerlerinin ise %6.8’i mevzuata uygun bulunmamıştır (18) .

Türkiye’de tüketicilerin gıda sağlığı ile ilgili bilgi düzeyi düşüktür. Buna gıda kontrol/denetim hizmetlerindeki yetersizlikler de eklenince, sağlıksız gıda sunumuna uygun bir ortam oluşmaktadır. Bu durum gıda ile bulaşan hastalıkların varlığını sürdürmesine ve toplum sağlığı düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Bu alandaki yasal düzenlemelerin Avrupa Birliği ile uyumlaştırılması çalışmaları tamamlanmamıştır. Ancak bu düzenlemelerin günlük yaşama yansması zaman alacaktır.

Türkiye’de, gıda harcamalarını içeren yoksulluk sınırı altındaki nüfusun toplam nüfusa oranı; 2004 yılında %1,29 olarak bildirilmektedir (4) . Bu nedenle de, beslenme bozuklukları içinde doğrudan yoksulluğa/açlığa bağlı beslenme bozukluklarının payının yüksek olması beklenmemektedir. Buna karşılık, halkın sağlıklı beslenme konusundaki bilgi düzeyi ülke genelinde düşüktür. Buna bir de çabuk ve ayakta beslenme kültür ve alışkanlığı ortamının eklenmesi ile, orta ve üst gelir düzeyindeki gruplarda da yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarının sıklığının arttırması beklenmektedir.

Türkiye’de hem yük ve hem de yolcu taşımacılığında karayoluna ağırlık verilmektedir. AB ülkeleri ile kıyaslandığında, toplam ulaştırma içinde demiryolu, denizyolu ve havayolu taşımacılığının çok küçük paylara sahip olduğu görülmektedir. Yurt içi yük taşımacılığında karayollarının payı 2000 yılında yüzde 88,7’den 2005 yılında yüzde 90 seviyesine ulaşmıştır. 2005 yılında yurt içi yolcu taşımacılığında karayollarının payı yüzde 95,2 olmuştur (4). Buna karşılık Türkiye’deki mevcut demiryolu ağı toplam 10.984 km olup bu ağın 8.697 km’si ana hattır. Mevcut demiryolu ağının 2.305 km’si elektrikli ve 2.665 km’si sinyallidir(4). Bu durum taşıma türleri arasında dengesiz ve verimsiz bir ulaşım sisteminin oluşmasına neden olmaktadır.

Trafik kazaları sonucu ortaya çıkan can kayıplarının yanı sıra uğranılan ekonomik kayıplar önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Türkiye’de trafik kazalarından kaynaklanan yolcu-km başına düşen ölü sayısı AB ortalamasının oldukça üzerindedir. 2004 yılı istatistiklerine göre, kent içi ve şehirlerarası yollarda toplam 537000 kaza meydana gelmiştir. Bu kazalarda 4428 kişi yaşamını kaybetmiş, 136229 kişi de yaralanmıştır(4).

Türkiye’de uygulanan ulaştırma politikası; güvensiz bir karayolu ortamı ve çevre sorunu yaratmakla kalmamakta, yol açtığı ölüm ve yaralanmalar nedeniyle, bir çevre sorunu olmasının ötesinde önemli bir halk sağlığı sorunu olma niteliğine de sahiptir.

Turizm, Türkiye ekonomisindeki yeri her geçen yıl daha da artan sektörlerden biridir. Nitekim; Türkiye’nin uluslararası turizm geliri içindeki payı 2000 yılında yüzde 1,6 iken 2005 yılında yüzde 2,9’a yükselmiştir. Turizm geliri ise 2000 yılında 7,6 milyar dolar iken 2005 yılında 18,2 milyar dolara yükselmiştir. Aynı şekilde 2000 yılında yabancı turist sayısı 10,4 milyon kişiden, 2005 yılında ise 21,1 milyon kişi olmuştur. Turist sayısı ve döviz gelirlerindeki bu artışla Türkiye, dünyada en çok turist kabul eden ülke sıralamasında 12., gelirlerde ise 8. sırada yer almaktadır(4). Bu olumlu gelişme; gerekli önlemlerin alınmaması halinde, bir yandan turistik tesislerin bulunduğu bölgelerdeki çevre koşullarının zorlanmasını getirirken, öte yandan da yabancı turistlerle Türkiye’ye taşınabilecek olan sağlık risklerini de beraberinde getirebilecektir.

Nitekim; Türkiye’de kıyı kirliliğinde denetimsiz turizmin önemli bir yeri vardır. Turizm yatırımlarını özendirmeyi öngören hukuksal ve kurumsal düzenlemeler sonucunda kıyılarda yapılaşma büyük hız kazanmıştır. Bu denetimsiz büyüme ve kalkınmanın oluşturduğu baskılar, Akdeniz, Ege Denizi ve Marmara Denizi’nde, kıyıda ve kıyıya yakın alanlarda görülen bozulmanın ve çevre sorunlarının başlıca nedenlerini oluşturmaktadır. Turistik yerleşimlerin, %60’ında yeterli içme suyu,

%76'sında herhangi bir kanalizasyon sistemi bulunmamakta; %13'ü ise sınırlı sıhhi altyapı olanaklarına sahip bulunmaktadır. Bu tür yerleşimlerin yalnızca %5'i bu açılardan tatmin edici konumdadır.

Kıyılardaki turistik yerleşimlerin su gereksinimi büyük ölçüde yeraltı su rezervlerinden karşılanmaktadır. Aşırı kullanım nedeniyle su tablası alçaldığında bu rezervlere deniz suyu karışmakta, bu da tarımın kullanabileceği su kaynaklarının azalması sonucunu doğurmaktadır. Aynı süreç sonucunda Ege bölgesinde mandalina, zeytin ve incir yetiştirilen alanlar çıplaklaşmış ve tuzlanmıştır. Ayrıca, binaların ve kıyılarda giderek artan marina yapımının yol açtığı kirlilik, yönetmeliklerde öngörülen sınırları aşmaktadır.

Kırsal alanda çevre sağlığı sorunları kentlere göre daha ağır yaşanmaktadır. Ancak, verilerin yalnızca belediye yerleşim birimlerinden toplanması, kır insanının sesini daha az duyurabilmesi gibi nedenlerle, kırsal alanın sorunları konusunda hem somut bilgiler verilememekte hem de ikinci planda kalmaktadır.

Türkiye'de, Cumhuriyet ile başlatılan programlarla, her türden bulaşıcı hastalığın görülme sıklıkları büyük ölçüde azaltılmıştır. Özellikle aşı ile korunulabilir altı hastalığa (kızamık, boğmaca, difteri, polio, tüberküloz, tetanoz) karşı önemli başarılar elde edilmiştir. Son yıllarda görülen sıtma ve tüberküloz sayılarındaki artış dikkat çekicidir. Sıtma tekrar kontrol altına alınma eğilimine girmiş olmakla birlikte Tüberkülozda çoklu ilaç direncinin de devreye girmesi ile sorun daha da ağırlaşmaktadır.

Hepatitler özellikle de Hepatit B Türkiye'de görülen en yaygın hastalıklardan ve en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Akut solunum yolu enfeksiyonları ve pnömoniler, çocukluk çağında sık görülen ve ölümlere neden olan hastalıklardır.

Hayvanlardan insanlara bulaşan (zoonotik) hastalıklar hala önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bunların başında Burusella gelmekte ve her yıl artış göstererek varlığını sürdürmektedir. Avrupa Bölgesi'nde köpek kuduzu bildiri yapılan tek ülke Türkiye'dir. Başboş köpeklerin kontrol altına alınamaması ve kaçak hayvan kesimlerinin önüne geçilememesi nedeni ile, kist hidatik hastalığı, Türkiye'de hala önemli bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir.

Sahipsiz sokak hayvanlarının sayısı her geçen gün hızla artmakta ve beslenmesi, bakımı, aşılanması hizmetlerinde aksamalar meydana gelmektedir.

Coğrafi yapı, toplumsal ve kişisel hijyen kurallarına tam olarak uyulmaması gibi nedenlerle parazitlerin gelişmeleri için uygun bir ortam bulunmaktadır. Bunun yanı sıra göçler, düzensiz kentleşme, yerleşim birimlerine temiz ve yeterli su verilmemesi ve diğer alt yapı eksikliği gibi olumsuzluklar paraziter hastalıkların sıklığını artırıcı bir rol oynamaktadır.

Türkiye'de, vektör kontrolü için, çevre yönetimi ve kimyasal yöntemlere (pestisit kullanılması) başvurulmaktadır. Tıbbi entomoloji çalışması yapacak kurum ve kuruluşların bulunmaması, hem kimyasalların etkili ve verimli kullanımı hem de bu maddelerin çevresel ve ekolojik sonuçları açısından büyük bir sorun oluşturmaktadır. Sonuçta, yapılan harcamalar boşa gitmekle kalmamakta, bu maddeler ile önemli oranda çevre kirliliği ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de bulaşıcı hastalıklar dışında, koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, kanser en sık görülen hastalıklardır.

Türkiye, jeolojik, topoğrafik yapısı ve iklim özellikleri nedeniyle, afet türlerinin hemen tamamından, az ya da çok etkilenmektedir. 1900'lerin başından günümüze 120 bini aşkın insan afetler nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Doğal olayların tetikleme ile gelişen afetler sonucunda oluşan ölümlerin; %65'i depreme, %15'i heyelana, %12'si su basmasına, %7'si kaya düşmesi ve %1'ide çığ düşmesine bağlıdır(18).

Türkiye'de afetlere neden olan en önemli olay depremdir. Topraklarının %91'i, nüfusunun %95'i, barajlarının %92'si, sanayisinin %92'si (%74'ü birinci derece) deprem kuşağında bulunmaktadır.

1925'ten günümüze dek her yıl gayri safi milli hasılası (GSMH)'nın %2'sinden fazlası depremin acil hasarlarını karşılamaya harcanmıştır(18).

Türkiye'de üzerinde durulması gereken diğer bir sağlık sorunu da kazalardır. Başta trafik olmak üzere, iş ve ev kazaları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl binlerce insan bu kazalar nedeniyle yaşamını kaybetmekte ve sakat kalmaktadır. Nitekim; 2003 yılında Sağlık Bankalığı tarafından yayımlanan Sağlık İstatistiklerine göre; 2001 yılında Türkiye'deki tüm hastanelere 4957800 kişi yatmıştır. Bunlardan 226897'sinin (%4.58) hastaneye yatış nedeni kaza ve yaralanmalardır. Aynı yıl hastanelerde meydana gelen 81733 ölümün 4418'i (%5.41) kazalara bağlıdır.

Çeşitli verilerden hareketle Türkiye'de her yıl altı milyona yakın ev kazası meydana geldiği, bunlardan %2.1'inin hastaneye yatırılacak ağırlıkta olduğu hesaplanmıştır.

Türkiye'de, resmi verilere göre 2002 yılında 72344 iş kazası kaydedilmiş olup, bunlardan 872 kişi yaşamını kaybetmiş, 45733 gün hastanede geçirilmiş ve 1820 kişi de sürekli işgöremez hale gelmiştir.

Türkiye'de, erezyon ve toprak kirliliği , ormanların ve biyoçeşitliliğin yok oluşu, deniz kirliliği, gürültü kirliliği ve hava kirliliği alanlarında da çevresel sorunlar yaşanmaktadır. Ancak bunların toplum sağlığına olan etkileri uzun yıllara yayıldığı için doğrudan halk sağlığı açısından değerlendirilmesi yapılamamaktadır.Bu nedenle de bu metinde bu konulara değinilmemiştir.

3.ÖRGÜTSEL / YAPISAL SORUNLAR

Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki en önemli yapısal bozukluk, çok kurum ve başlılık nedeniyle, sağlık sektörünün iyi organize edilememiş olmasıdır. Sağlık hizmeti sunan birimlerdeki çoğulculuk ve hizmet üreten kuruluşlar arasında etkili bir eşgüdüm sağlanamaması, var olan sorunları daha da ağırlaştırmaktadır. Sağlık sorunlarının çözülmesi için eşgüdümü gerekli olan kurumlar, siyasi ve politik istikrarsızlık nedeniyle yeterince koordine olamamaktadır. Aynı anda ve aynı alanda değişik kurumların hizmet vermesi ve bunlar arasında hizmet birörnekliliğinin sağlanamaması hizmet kalitesi sorunlarını karmaşık ve tanımlanamaz hale getirmektedir. Bu durum, zaten kıt olan 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.

Türkiye'de, 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. İlk uygulamasına 1963 yılında başlanan sosyalleştirme programı, 1980'li yılların ilk yarısında tüm yurt sathına yayılmasını tamamlamış ve 2005 yılı itibarıyla 6203 adet Sağlık Ocağı hizmete sokulmuştur (Bakınız Çizelge 18) . Türkiye'deki tüm nüfusu kapsamakta olan / kapsamaması gereken bu ocaklar, Temel Sağlık Hizmetlerinin tüm sorumluluklarını üstlenecek niteliktedir. Buna karşılık, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Sistemi 1970'li yıllardan sonra iktidara gelen hükümetlerce benimsenmemiş ve bu nedenle de sisteme gerekli ve yeterli desteği vermemişlerdir. Bunun bir sonucu olarak; Sağlık Ocakları, bir yandan insangücü ve teknik donanım olarak yoksunlaşırken öte yandan da Türkiye'de yaşanan nüfussal değişimlere ayak uyduramamıştır. Bu durum özellikle kentlerde Temel Sağlık Hizmetleri alanında yetersizlik ve boşluklara neden olmuştur.

Günümüz Türkiye'sinde, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi alanındaki temel sorun Sağlık Ocaklarındaki insangücü ve teknik donanım yetersizliğidir. Bu durum hem koruyucu sağlık hizmetlerinin hem de birinci basamak tedavi hizmetlerinin (Temel Sağlık Hizmetleri) aksamasına neden olmaktadır. Böylece toplumun tüm kesimlerini kapsayan, gereksinimlere yanıt veren, işleyen bir sevk zinciri düzeneği de kurulamamaktadır. Bu sorun, sağlık hizmetleri alanında yaşanan diğer sorunlara da kaynaklık / yaratıcılık yapmaktadır. Çünkü; birinci basamak tedavi hizmetlerindeki aksaklıklar ikinci ve üçüncü basamağa da yansımakta, hizmetlerin etkili ve verimli sunumu sağlanamamaktadır. Önündeki

yığılmalar nedeniyle, hastanelerde verilen hizmetlerde hem nitelik hem de nicelik açısından önemli sorunlar yaşanmaktadır.

Çizelge 17 :Türkiye'deki Sağlık Ocaklarının Bölgelere Göre Dağılımı 2005

BÖLGELER	KIR		KENT		TOPLAM
	%	ADET	%	ADET	ADET
MARMARA BÖLGESİ	57,3	534	42,7	453	994
EGE BÖLGESİ	38,9	379	61,1	622	1.013
AKDENİZ BÖLGESİ	38,0	316	62,0	537	870
İÇANADOLU BÖLGESİ	40,8	449	59,2	681	1138
KARADENİZ BÖLGESİ	34,6	348	65,4	705	1.066
DOĞU ANADOLU BÖLGESİ	39,2	219	60,8	357	581
GÜNEY DOĞU ANADOLU BÖLGESİ	45,1	196	54,9	246	442
TÜRKİYE	42,0	2441	58,0	3601	6203

KAYNAK(20) : Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı 2005 <http://www.saglik.gov.tr/>

Tüm dünyada koruyucu hizmetler; ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı, yaşlı sağlığı ve ergen (adolesan) 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 adayı ve çocukların hizmet birimlerine ulaşmasında sorunlar olduğu gibi, ulaşabildikleri birimlerde de, özellikle de sağlık ocaklarında, teknik donanım ve insangücünde 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.

Tekrar ve yalın bir biçimde ifade etmek gerekir ise; “Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri” nüfussal değişimlere ayak uyduracak ve tüm toplumu kapsayacak bir yapıya kavuşturulamamıştır. Özellikle kent tipi sağlık ocaklarının geliştirilmemesi önemli bir eksikliklerdir. Engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasında sorunlar vardır. Gerekseim 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.

Hizmetlerde tedavi edici hizmetleri önceleyen ve tüketimi körükleyen anlayış, tedavi hizmetlerinin evde ve ayakta yürütülmesini engellemektedir. Hastanelerin döner sermayeye dayalı olarak çalışması ve giderek işletmeye döndürülmesi, işleyen bir sevk zinciri düzeneği de kurulamamasının diğer önemli bir nedenidir. Çünkü; hastalarında sevk arayan hastane, hastasını / “müşterisini” dolayısı ile de döner sermaye gelirini kaybetmektedir.

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.

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.

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.

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.

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. Sağlık Bakanlığı’nda veri toplama ve değerlendirme işlemlerini yürüten Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü ise 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 kanıta/bilgiye dayalı yönetiminden uzaklaşmaktadır. Planlama, uygulama ve karar alma süreci tamamen politik tercihlere dayalıdır. Hizmetlere, standardizasyon getirecek, kalite kontrolü yapacak bir düzenek de yoktur.

4. FİNANSMAN SORUNLARI

Bir ülkedeki 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. Geçmişte Türkiye’deki sağlık harcamaları için verilen büyüklükler 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 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’nın %6,4’üne, 2000 yılında ise GSYİH’nın %6,6’sına denk gelmektedir. Günümüzde, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya olan

oranı %6-7 bandına yükselmiştir ⁽³⁾. Bu oran AB ülkelerinin gerisinde olmayan bir orandır. Bu nedenle de, günümüzde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı bağlamında temel sorun ayrılan/harcanın paraların azlığı değil, ayrılan / harcanan bu paraların verimli kullanılamamasıdır.

Personel giderleri bir yana bırakılır ise; kurumlar ve hizmetler arasında para dağıtımı kişisel ve siyasi tercihler doğrultusunda yapılmaktadır. Maliyet etkili sağlık hizmetlerine özellikle de toplum sağlığına yönelik programlara daha az kaynak ayrılmaktadır.

Finansmanı dolaylı olarak etkileyen diğer önemli bir sorun; toplumun bir kesiminin sağlık bakım güvencesinden yoksun olmasıdır. Sağlık güvencesine sahip olanlar arasında ise kurumlar arasında hizmetlerin bir örnek (standardize) olmaması önemli eşitsizliklere yol açmaktadır.

5.İNSANGÜCÜ SORUNLARI

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

Sağlık insan gücü 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.

Sağlık insangücünde öncelikli olarak ele alınması gereken diğer temel bir sorun alanı; sağlık insangücünün ülkenin şartlarına ve önerilen sağlık sistemine uygun olarak eğitilmemesidir.

Sağlık insangücü alanındaki önemli sorunlardan bir diğeri de sağlık çalışanlarının çoklu / part time çalışmasıdır. İnsan kaynaklarının yanlış kullanılması, görev tanımlarında eksiklikler ve denetimsizlik hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu engelleyen diğer sorunlardır.

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, motivasyon eksikliğini daha da artıracak niteliktedir.

6.SİYASAL SORUNLAR

Anayasasına göre, Türkiye Cumhuriyeti sosyal bir hukuk devletidir. Bundan ötürü, devletin tüm vatandaşların sağlığından sorumlu olduğu öngörülür. Ancak bu sorumluluğunu ne kadar yerine getirdiği veya getirilebildiği tartışmalıdır. Özellikle kırsal-kent, yoksul-varsıl kesimler arasında sağlık hizmetlerine ulaşım/yararlanma açısından belirgin eşitsizlikler vardır. Ülke nüfusunun bir bölümü sağlık güvencesinden yoksun buna karşılık, bu olanaktan yararlananlar da ulaşabildiği hizmetlerden hoşnut değildir. Bunun yanında sağlık çalışanları da var olan sağlık ortamından hoşnut değildir. Genel bir söylemle; hizmet alanların da hizmet sunanların da hoşnut olmadığı bir ortam vardır.

Sosyal devletin bir gereği ve Anayasal sorumluluk olmasına karşın; son yıllarda iktidarların zorlaması ile, devlet kurumları sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki sorumluluk ve görevlerini özel sektöre aktarma uygulamalarına yönelmiştir. Bu uygulamalardan, toplum ve çalışanlar hem yeterince bilgilendirilmemekte hem de onların destekleri ya da karşıtlıkları önemsenmemektedir.

Cumhuriyet'in başlangıcından günümüze, Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarının temel özellikleri incelendiğinde; ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dan başlayarak 1970'lere dek, sağlık hizmetlerinin kamu eliyle götürülmesini benimseyen bir politikanın izlendiğini görüyoruz. Özel sektörün gelişmesi için herhangi bir engel olmamakla birlikte, hükümetler düzeyinde herhangi bir geliştirme programı da uygulanmamıştır. Bu politikanın doğal bir sonucu olarak, her geçen yılla birlikte sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığı artmıştır. 1970'lerden sonra, hükümetlerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi görüşü egemen görüş haline gelmeye başlamış ve 1982 Anayasa'sı ve izleyen yıllarda ise, bu görüş, resmi politika haline gelerek hükümetlerce aktif özelleştirme programlarının izlendiği döneme geçilmiştir⁽²¹⁾.

Hükümetlerin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini söylemeye başladığı 1970'li yılların üzerinden 37 yıl, 1982 Anayasası'nın kabulünün üzerinden ise 25 yıl geçmiştir. Türkiye'de 2004 yılı itibari ile 171888 hasta yatağından 157330 (%92.5) kamuya ve yalnızca geriye kalan 14558'i (%8.5) özel kuruluşlara aittir. 2003 yılı itibariyle, Hekimlerin yüzde 86,2'si, uzman hekimlerin yüzde 76,9'u, diş hekimlerinin yüzde 29'u, eczacıların yüzde 15'i, sağlık memuru ve teknisyenlerinin yüzde 96'sı, hemşirelerin 91,7'si kamuda çalışmaktadır. Buna karşılık; ne Türkiye'de ne de dünyada sağlık hizmetlerinde başarı ile mülkiyetin ilişkisini gösteren hiç bir veri ve bulgu yoktur. Tam tersine, özel sağlık hizmetleri, hem kurumların hem de personelin bölgeler, kurumlar ve hizmet türleri arasında dengesiz dağılımının en önemli nedenidir. Tüm bu verilere karşın; son yılların iktidarlarınca hizmetlerin özelleştirilmesinde ısrar edilmesi, üretilen bu siyasetin, siyasi önyargı ve misyonun bir ürünü olduğunun en açık kanıtıdır. Bunu görmezlikten gelmek ve özelleştirmede ısrar etmek sorunu çözümsüzlüğe bırakmakla eş anlamlıdır.

Kamu ağırlıklı yapısına karşın; günümüz sağlık etkinlikleri ve harcamalarında en önemli payı ikinci üçüncü basamak tedavi edici hizmetler almakta, doktor ve teknoloji ağırlıklı bir hizmet yürütülmektedir. Kuramsal olarak önemsenmekte ise de, pratikte koruyucu sağlık hizmeti ile gerekli yaygınlık ve etkinlikte bir birinci basamak tedavi edici hizmet (Temel Sağlık Hizmetleri) sunulmamaktadır. Özelleştirme bu dengesizliği daha da derinleştirecektir.

Sağlık siyasası açısından, son otuz yılın temel özelliği, sağlık hizmet ve örgütünü benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu erkle, hizmetlerin finansmanı ve örgütlenmesine çeşitli biçim ve modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Gelinen noktada bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda sağlık ocakları ve devlet hastanelerinin kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan **"aile hekimliği"** ve özel hastanelerin kurulması, finansmanda ise; genel bir kamu sigortası **"genel sağlık sigortası"** üzerine oturtulmuş **"özel sigortacılık ve hizmet başı ödeme"**dir⁽²¹⁾.

Bu geçişte başarılı olunabilecek mi? Ne kadar başarılı olunacak? Henüz belli değil. Bunun toplum / ülke sağlığına getirecekleri ise bir hayli tartışmalıdır. Ancak, şurası kesindir ki; bu geçiş kolay ve çabuk olmayacaktır. Çünkü; iktidarlara hakim olan politika ile Cumhuriyet'ten günümüze örgüte ve topluma yerleşmiş olan politika ve anlayış birbiriyle bağdaşmamaktadır. Bu nedenle de, bu geçiş yaygın kitlelerden yeterli destek bulamamakta ve hatta toplum, yerleşmiş olan sistem ve anlayışın korunması yönünde davranışlar sergilenmektedir. Bunun bir sonucu olarak, sağlık alanı bu iki politikanın çekişme alanı haline gelmiştir.

Bu çekişme, devlet uygulamalarında da ikircikli bir yapıya neden olmaktadır. Bir yandan özelleştirme için hükümetler düzeyinde çaba gösterilmekte ve adeta zorlamalara başvurulmakta iken öte yandan da devlet eliyle yatırımlara ve yeni uygulamalara devam edilmektedir. Ancak, bu yatırımlara bütçeden ayrılan para olabildiğince azaltılmakta ve en az düzeyde tutulmaktadır. Sonuçta, inşaatlar

çok uzun sürelere yayılmakta, inşaat tamamlansa bile, içinin donanımı yapılamamaktadır. Böylece bir verimsizlik kısır döngüsü yaşanmaktadır.

Türkiye’de, sağlık sektörünün günümüzdeki görünümü tamamen sağlık politikasındaki bu ikircikli yapının bir yansımasıdır. Sektördeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikircikli yapı belirlemektedir. Sağlık politikası ve sektörüne hakim olan bu ikircikli yapı nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir yapıya kavuşmuştur. Bunun doğal bir sonucu olarak, Cumhuriyet’ten günümüze kaydedilen olumlu gelişmeler hızını kaybetmiş, gerek sağlık hizmetlerinin düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi açısından gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kaldığı gibi, toplumun içinde bulunduğu sosyo ekonomik ve kültürel düzeyin de gerisinde kalmıştır.

Türkiye’de makro ya da sistem düzeyindeki kararlar, genellikle sivil toplum örgütleriyle yeterince işbirliği yapılamadan ve politikacılar tarafından, kapalı ortamlarda ve objektif ölçütlere / kanıta / sistematığe dayalı olmaktan çok; siyasal görüşler / misyon ve tercihler doğrultusunda üretilmektedir. Sağlık politika ve hizmetlerinin üzerindeki politik-siyasi etkilerin yoğunluğu nedeniyle, sağlık politikaları dönemsel özellik göstermekte uzun vadeli, istikrarlı bir sağlık politikası ve uygulaması oluşturulamamaktadır. Sağlık politikalarının geniş toplum katılımı sağlanmadan, günlük/politik gereksinimlere yanıt verecek şekilde belirlenmesi sistemin tutarlılığına ve bütünlüğüne de zarar vermektedir.

Özellikle son otuz yıldır yaşanan süreç sonunda gelinen noktada; a) üzerinde anlaşma sağlanmış ulusal bir sağlık politikası yoktur, b) geliştirilen /dayatılan politikaların veriye ve kanıta dayalı değildir, c) politika üretme ve karar süreçlerine tarafların katılımı ve uzlaşısı sağlanmamıştır, d) geliştirilen politikalar kişiye ve çevreye yönelik temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmemektedir bu nedenle de kalıcılığı ve sürekliliği olmayacaktır. Başka bir söylemle sağlık politikalarındaki istikrarsızlık ve belirsizlik devam edecektir.

Sağlık politikası düzeyinde önemli sorunlardan biri de, sağlığı etkileyen faktörlerin sektörler arası olma boyutunun göz ardı edilmesidir. Oysaki sağlık hizmetleri bir toplumun sağlık düzeyini etkileyen etmenlerden yalnızca bir tanesidir. Toplum sağlığı üzerinde etkisi önemli olan birçok karar sağlık sektör ve otoritelerinin dışında verilmektedir. Herhangi bir kamu politikası belirlenirken, bu politikanın, sağlık sektörü üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir.

IV.ÇÖZÜM YOLLARI VE HEDEFLER

1. TOPLUMSAL VE KÜLTÜREL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Gelir dağılımındaki dengesizliği giderme, işsizliği azaltma ve toplumdaki beslenme sorunlarını çözme, gibi toplumun genel sosyo ekonomik düzeyini yükseltmeye yönelik olarak alınacak her türden önlem ve bu alanlarda yapılacak her türlü iyileştirme toplumun sağlık düzeyine önemli katkılar getirecektir. Bu nedenle de zaman geçirmeden bu tür önlemler alınmalıdır.

Kadınların sosyal yaşama katılımını arttıracak önlemler alınmalıdır.

Kişinin yaşlandığında hayatını refah içinde sürdürebileceği bir gelir düzeyine sahip olması ve sağlığı bozulduğunda başvurabileceği yeterli sağlık hizmetine erişmesi sağlanmalıdır.

Bir yandan Ana-Çocuk sağlığı hizmetlerin etkinliği ve etkililiği artırılırken öte yandan da hızla yaşlı nüfusu , engellileri, işçileri ve ergenleri hedefleyen sağlık programları geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

Sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetleri gözden geçirilerek, toplumsal ve nüfussal değişimlere uyumunu sağlayacak biçimde yeniden yapılandırılmalıdır.

Öğretim düzeyindeki düşüklüğün giderilmesi zaman alacaktır. Öğretim düzeyi ile sağlık bilgi ve bilincindeki düşüklüğün toplum sağlığına olan etkisini azaltmak üzere, yaygın sağlık eğitim programları uygulanmalı, bu amaçla özellikle kitle iletişim araçlarını üzerine düşen görevi yerine getirmesi için yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır. Kitle iletişim araçlarıyla yapılan yayımlarda sağlıkla ilgili yanlış ve veya yanıltıcı haber ve bilgiler engellenmeli ve bunları önlemeye yönelik denetim düzenekleri geliştirilmelidir.

Örgün eğitim programlarında yer alan "sağlık bilgisi derslerinin" etkililiği artırılmalıdır. Okullarda ya da kitle iletişim araçları yoluyla verilen genel eğitim sağlıklı yaşam tarzını özendirici yönde olmalıdır. Okullardaki kantinler ve ayakta çabuk beslenme yerleri gençleri sağlıklı beslenmeye yönlendirecek yapıya kavuşturulmalıdır.

Zorunlu eğitim 11 yıla çıkarılmalı, çocuk işçiliği ve sokakta çalışan çocuklar sorunu çözümlenmelidir. Mesleki eğitim ve çıraklık eğitimi ıslah edilmelidir.

Bir salgın özelliği gösteren sigara bağımlılığı ile mücadele için, tüm sektörleri kapsayan ciddi programlar başlatılmalıdır. Aynı şekilde artış eğilimi gösteren diğer bağımlılıklarla mücadele için de tüm sektörleri kapsayan ve özgün programlar başlatılmalıdır.

2. ÇEVRESEL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Türkiye'de, nüfus artış hızını ve kente hızlı göçü engelleyecek her türlü önlem çevresel sorunların daha da ağırlaşmasını önleyecektir. Bu nedenle zaman kaybetmede bu yönde önlemler geliştirilmelidir.

Konut açığını kapatacak, kentlerde gecekondu köylerde ise sağlıksız konut sorununun kabul edilebilir bir sürede çözülmesi gerekir. Bir yandan konut gereksinimi karşılanırken öte yandan da başta afetlere dayanıklılık olmak üzere, binaların her türlü ölçütlerinin sağlıklı olmasını sağlayacak denetim düzenekleri geliştirilmelidir.

Hızla, içme ve kullanma suyu, kanalizasyon, katı sıvı ve gaz atık, ulaşım/ trafik gibi sorunları çözecek programlar geliştirilmeli ve bu programlara gerekli finans desteği sağlanmalıdır.

Türkiye'de içme ve kullanma suyu için ülke düzeyinde ve ulusal bir program hazırlanmalıdır. Tüm kurum ve kuruluşların bu program doğrultusunda davranmasını sağlayacak düzenlemeler getirilmelidir.

Kanalizasyon sorununu çözecek programlar geliştirilmeli ve öncelikle ele alınmalıdır. Aynı şekilde, var olan Katı Atık Yönetmeliği'nin gereklerinin yerine getirilmesi için merkezi ve yerel yönetimler gerekli duyarlılığı göstermeli, bu bağlamda denetim ve yaptırım düzenekleri geliştirilmelidir.

Toplumda, atıkların arıtılmasına/ zararsızlaştırılması bilinç ve talebi yaratmak üzere yaygın eğitim programları düzenlenmelidir. Bu amaçla örgün ve yaygın eğitimi etkililiğini arttıracak önlemler alınmalıdır.

Tüketicilerin gıda sağlığı ile ilgili bilgi ve bilinç düzeyini yükseltecek eğitim programları düzenlenmeli ve bu amaçla örgün ve yaygın eğitim kurumları ile kitle iletişim araçlarından yararlanılmalıdır. Gıda kontrol / denetim hizmetlerindeki yetersizlikler giderilerek etkin ve etkili hale getirilmelidir. Bu bağlamda Avrupa Birliği normlarının günlük yaşama yansması sağlanmalıdır.

Toplumun beslenme alışkanlığını olumsuz yönde değiştirecek uygulamalarla mücadele edilmelidir.

Ulaştırma politikası gözden geçirilmeli; hem yük ve hem de yolcu taşımacılığında karayolunun payı azaltılmalıdır. Başka bir söylemle hem yük ve hem de yolcu taşımacılığında demiryolu, denizyolu ve havayolu taşımacılığın payı arttırılmalıdır. Bunun gerektirdiği yatırımlar bir an önce yapılmalıdır.

Bir yandan turistik tesislerin sağlıklı koşullarda hizmet vermesi yönünde denetimler artırılırken öte yandan da turizm bölgelerinde çevre koşullarının zorlanmasını getiren uygulamalardan kaçınılmalıdır.

Türkiye’de afetler ve kazalar sonunda oluşan can ve mal kayıplarını kabul edilebilir düzeylere düşürecek önlemler hızla uygulamaya sokulmalıdır.

Çevresel sorunlar bağlamında kır ve kent arasındaki eşitsizliği giderecek önlemler alınmalıdır. Kırsal alanda çevre sağlığı sorunlarının çözümüne ilişkin olarak, içme ve kullanma suyu temini, konut sağlığı, kişisel hijyen, tuvalet ve atıkların kontrolü için gerekli önlemler alınmalı ve sosyal gelişme ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanmalıdır.

3. ÖRGÜTSEL/ YAPISAL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri sadeleştirilerek en önemli yapısal sorun olan çok kurumluluk ve çok başlılık giderilmelidir. Bu durum organizasyon sorunlarının çözümünü de kolaylaştıracaktır. Sağlık hizmeti sunan birimlerdeki çoğulculuğun ortadan kaldırılması, eşgüdümsüzlük, bir örnek olmama ve kaynak israfı sorunlarını da azaltacaktır. Sağlık hizmetleri tek elden planlanan ve yönetilen bir yapıya kavuşturularak, hizmet sunan kurum ve kuruluşlar arasında etkin ve etkili bir eşgüdüm oluşturulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin sunum şekli yeniden, bütüncül bir bakış açısıyla örgütlenmelidir. Hizmet sunumu ve finansman birlikte düşünülmeli ve toplumun tümünü kapsayan bir sistem geliştirilmelidir. Eldeki tüm veriler, bu sistemin yeni bir sitem olmak yerine “Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Sistemi” olduğunu göstermektedir. Sağlık Ocaklarının insangücü ve teknik donanım gereksinimlerin karşılanması var olan örgütsel aksaklıkları önemli oranda giderecektir. Bu yol; yeni bir sistem oluşturmaktan hem daha kolay hem de daha ekonomik ve akılcıdır. Geçmişte ve günümüzde “sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin” önündeki en önemli engel, insangücü ve teknik donatım eksikliği idi ve bu da önemli oranda finans yetersizliğinden kaynaklanmaktaydı. Oysa sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %4’lerden %7 dolaylarına çıkmış olup, bir sorun olmaktan çıkmıştır.

Demografik yapının değişmesi ve göçler nedeniyle risk grupları da değişmeye başlamıştır; günümüze dek daha çok kırsal alana öncelikli ve yönelimli olarak düşünülen birinci basamak sağlık hizmetleri, kentsel alanlar için yeniden gözden geçirilmelidir. Başka bir söylemle, sağlık ocaklarının demografik değişime uyumu sağlanmalıdır. Bu bağlamda personel başına verilecek nüfuslar yeniden hesaplanarak, gerekli sayıda personel istihdamı sağlanmalıdır.

Bir yandan ana-çocuk sağlığı hizmetleri etkin, etkili ve eksiksiz hale getirilirken öte yandan da, okul sağlığı, işçi sağlığı, yaşlı sağlığı ve adölesan sağlığı programlarına başlanmalı ve fazla zaman yitirmeden tüm yurda yaygınlaştırılmalıdır. Ayrıca engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır. Bu bağlamda bu programların gerektireceği, sağlık ocaklarına eğitim ve hizmet desteği verecek olan, uzmanlaşmış merkezlerin sayısı yeterli düzeye çıkarılmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu tamamlanmalıdır.

-Kişinin yaşlandığında hayatını refah içinde sürdürebileceği bir gelir düzeyine sahip olması ve sağlığı bozulduğunda başvurabileceği yeterli sağlık hizmetine erişmesi sağlanmalıdır. Yaşlı nüfusa yönelik sağlık programları geliştirilerek, birinci basamak sağlık kuruluşlarına entegre edilmeli ve hızla tüm Türkiye düzeyine yayılmalıdır. Birinci basamakla eşgüdümlü çalışacak ve bu konuda eğitilmiş

sağlık personelinin görev aldığı geriatri sağlık ve danışma merkezleri ile evde bakım servisleri kurulmalıdır. Hastanelerde, bu programları destekleyecek geriatri birimleri oluşturulmalıdır .

- Kısa sürede okul sağlığına ilişkin çalışmaların başlatılması gereklidir. Konuyla ilgili her düzeyde bilgi ve duyarlılığa gereksinim bulunmaktadır.

- Adölesan sağlık merkezleri oluşturulmalı, çalışan çocuk ve sokak çocuklarının sığınacakları üniteleri kapsamalıdır.

- Engelliler konusundaki geleneksel anlayıştan, engellilerin toplumsal yaşamın her düzeyinde yer alabileceği, toplumun önemli bir parçası olduğu anlayışına geçilmeli, sağlık hizmetlerinde özürülüler için özel birimler organize edilmelidir. Engelli sağlığı ve danışma merkezleri ile özürülülerin yaşamlarını kolaylaştıran altyapılar oluşturulmalıdır. Özürülü sağlığı ve danışma merkezleri ile özürülülerin yaşamlarını kolaylaştıran altyapılar oluşturulmalıdır.

- Ruh sağlığı hizmetleri birinci basamağa entegre edilmeli, bu bağlamda eğitim ve organizasyon çalışmalarına hız verilmelidir.

Hizmetlerde tedavi edici hizmetleri önceleyen ve tüketimi körükleyen anlayış terk edilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri öncelenmeli ve yeterince güçlendirilmelidir. Bu bağlamda hazır olan 6203 Sağlık Ocağı bir şans olarak kabul edilmeli, salt siyasi inanç ve tercih uğruna bu ulusal kaynak heba edilmemelidir.

Tedavi hizmetlerinde evde ve ayakta tedavi yaklaşımına ağırlık kazandırılmalı Sağlık Ocakları, olanakları daha da geliştirilmiş, toplumda sık görülen hastalıkların tanısını koyacak ekipmanla donatılmış sağlık merkezleri haline getirilmelidir. Ayrıca gerekli yer ve sayıda kurulacak olan uzmanlaşmış merkezler ile desteklenmelidir. Hastaneleri döner sermaye ve işletme mantığına terk eden anlayış bir an önce terk edilmelidir. Uzman ve teknoloji israfına son verilerek hastaneler, sevk edilen hastalara hizmet veren bir yapıya kavuşturulmalıdır. Bu yapı hastanecilik hizmetlerinin bir gereği olduğu gibi ulusal kaynakların korunmasının da bir gereğidir.

Hastanelerin ve hasta yataklarının yurt düzeyindeki dağılımı gözden geçirilerek, veriye ve kanıta dayalı başka bir söylemle bilimsel bir yapıya kavuşturulmak suretiyle hastanelerdeki verim düşüklüğü ve israf önlenmelidir.

Tedavi edici hizmetlerin kademeli yapısı netleştirilmeli, sağlık hizmetleri alanında yaşanan diğer birçok soruna da (hastanelerin önünde yığılma vb) çözüm getirecek olan, hasta başvurularının sevk zinciri içinde olması kesinlikle sağlanmalıdır. Tüm dünyada sağlık hizmet ve yönetiminin tartışmasız ilkesi olan bu uygulama, populist politika ve uygulamalara heba edilmemelidir. Hastanelerin döner sermayeye dayalı olarak çalışması ve giderek işletmeye döndürülmesi sevk zincirinin önündeki en önemli engeldir. Çünkü; hastalarında sevk arayan hastane hastasını / "müşterisini" dolayısı ile de döner sermaye gelirini kaybetmektedir. Bu nedenle hastanelerin döner sermayeli çalışması ya da doğrudan hasta kabulü önlenmelidir.

Yurt düzeyindeki hastane ve yatak dağıtımı verilere dayalı akılcı bir sisteme dayandırılmalıdır. Genelde yatak kullanım oranları düşük olan hastanelere yenilerinin eklenmesinden kaçınılmalıdır. Çevre hastanelerin donanım ve personel eksiklikleri giderilerek büyük kentlere hasta akımı azaltılmalıdır.

Başta aşı ve serum olmak üzere; koruyucu sağlık hizmetlerinin temel araçlarının ülkede üretilmesi sağlanmalıdır. Bunların stratejik ürünler olması da bunu gerektirmektedir. İlaacın akılcı kullanımının önündeki engellerin başında eczanelerde reçetesiz satışlar ve hekimlerin yeterince bilgi ve bilinçlendirilmemiş olması gelmektedir. Gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında Türkiye'deki ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içinde daha yüksek bir paya sahip olmasını nedeni de bu yapıdır. Bu durum giderilmelidir. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek düzenekler oluşturulmalıdır.

Sağlık yönetiminin politizasyonundan vazgeçilmeli, liyakat ve kariyer sisteminin işlemlerini sağlayacak düzenekler getirilmelidir. Hekimlerin özellikle de yönetici hekimlerin tayinlerinin siyasetin etkisinden arındırarak iktidardan bağımsız ve demokratik düzenekler kurulmalıdır. Sağlık hizmetlerindeki yönetim ve örgüt yapısı, çalışanlar ve halkın yönetime katılmasına olanak sağlayacak biçime kavuşturulmalıdır.

Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinde kır aleyhine olan dengesizliği giderici önlemler alınmalıdır. Bu durum bir yandan kırdaki yaşayanların sağlık hizmetlerine ulaşımında kolaylık sağlarken öte yandan da hastaların yerinde yanıtlanması suretiyle kentlerdeki yığılma da önleyecektir. Sağlık ocaklarına bir alternatif olduğu ileri sürülen aile hekimliği sistemi, kır aleyhine olan dengesizliği daha da derinleştirecektir.

Sağlık altyapısındaki bölgeler ve kurumlar arası eşitsizlik giderilmeli ve sağlık insan gücünün bölgeler ve kurumlar arasında dengeli dağılımı sağlanmalıdır.

Sağlık enformasyon sisteminin ülke çapında organizasyonundan bağımsız bir kurum sorumlu olmalıdır. Sağlık alanında faaliyet gösteren tüm kamu ve özel kuruluş ve kişiler bu kuruma veri akışını sağlamalıdır. Belli büyüklüğün üstündeki kurum ve kuruluşlarda bu akışı sağlayacak görevli atanmalı ve birimler kurulmalıdır. Bu konuda gerekli yasal düzenleme ile bürokratik işlemleri hızlandırıcı yasal düzenlemeler süratle gerçekleştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, yönetimi, yeniden düzenlenmesi gibi tüm yönetsel iş ve işlevler bu kurumun sağlayacağı verilere / kanıta dayalı olmalıdır. Aynı şekilde sağlık hizmetlerinin sorun ve etkileri de bu kurumun verileri ile değerlendirilmelidir.

4. FİNANSMAN SORUNLARINA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sağlık hizmetlerini finanse etmek için toplumdan para toplamada yaygın olarak başvurulan dört yöntem bilinmektedir. Bunlar; genel vergiler yöntemi, kamu sigortaları yöntemi, özel sigortalar yöntemi ve cepten ödeme yöntemi olarak adlandırılabilir. Kimi ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bir bölümü doğrudan devlet bütçesinden karşılanırken (İngiltere ve Bağımsız Devletler Topluluğu gibi), kimi ülkelerde genel bütçe imkanları yanında katma bütçe ve mahalli idareler kaynaklarından yararlanılır (İsveç gibi). Bazı ülkelerde ise sağlık hizmetleri dolaylı katkılar dışında genel bütçe ile ilgilendirilmeyip kişinin sağlığını koruma ve geliştirmede sorumluluk taşıması gereğinden hareket edilerek çalışan ve çalıştırmanın katkıları ile finansmanı yolu seçilmiştir (Batı Avrupa ülkeleri gibi).

Elbetteki, bir ülkede bunların hangisinin ya da hangilerinin kullanılacağını siyasal tercihler belirler. Bu tercihi de iktidarlar yapar. Ancak bu tercihler keyfi değildir/ olmamalıdır. Yönetimler bu tercihlerini yaparken, toplumun sosyo-ekonomik yapısını ve devletin sosyal hedeflerini göz önünde bulundurmalıdır. Başka bir anlatımla, siyasal iktidarlar / karar vericiler tercihlerini yaparken kararlarını verirken, keyfi davranmaz topluma ilişkin belli kanıt ve verilerden hareket ederler. Örneğin işsizliğin ve kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu, prim verme alışkanlığı olmayan bir toplumda özel sigortacılığa dayalı bir finansman sistemi başarılı olamaz. Toplam istihdamının %53'ünün kayıt dışı olan bir toplumda saf bir sigortacılık önerilmesi akılcı ve bilimsel değildir.

Sağlık alanına ulusal kaynaklardan ayrılan / harcanan paralar verimli kullanılmalıdır. Sağlık hizmetlerine ayrılan paraların verimli kullanılmamasının en önemli nedeni son 30 yıldır yürütülen / dayatılan sağlık politikalarıdır. Dolayısı ile de hizmet sunumundaki yanlışlık ve bozukluklardan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle de üçüncü ve altıncı bölümdeki öneriler aynı zamanda sağlık alanında harcanan paraların verimliliğini de sağlayacak önerilerdir.

Kurumlar ve hizmetler arasında para dağıtımı kişisel ve siyasal tercihlere göre değil, hizmetin önemine ve gereğine göre yapılmalıdır. Kaynak ayırmada maliyet etkili hizmetlere özellikle de toplum sağlığını korumaya-geliştirmeye yönelik hizmet ve programlara öncelik verilmelidir.

Kuşkusuz, toplumun tamamının sağlık bakım güvencesine kavuşturulması sağlık hizmetlerinin finansmanını da olumlu yönde etkileyecektir. Bundan daha da önemlisi; toplumun bir kesiminin sağlık bakım güvencesinden yoksun olması toplumda eşitsizliklere kaynaklık etmekte ve sosyal devlet anlayışı ile de bağdaşmamaktadır. Bu nedenle de, Türkiye bu sorunu çözmeyi temel amaç edinmeli ve mutlaka çözmelidir.

Hemen tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de devletin bir sosyal devlet olması benimsenmiştir. Bu bağlamda, tüm bireylere başka bir söylemle tüm topluma sosyal güvenliğin ve bu kapsamda da sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi bir zorunluluktur.

Toplumu sağlık bakım güvencesine kavuşturmada yaygın olarak başvuru prim/dağıtım yöntemine dayalı sosyal güvenlik sistemleri (sigortacılık özellikle de özel sigortacılık sistemleri) toplumun yaşlanması, uzun süre işsizlik, kayıt dışı istihdam, aile yapısının değişmesi ve sağlık bakım hizmeti giderlerinin yükselmesi gibi nedenlerle tüm dünyada kriz yaşamakta ve yetersiz kalmaktadır⁽²²⁾. Buna karşılık çeşitli ülkelerde denenen bireysel emeklilik ve bireysel sağlık sigortası yöntemlerinin de bu soruna bir çözüm olacağı kanıtlanamamıştır. Oysaki sosyal devletin temel görevi yurttaşlarına sosyal güvenlik ve sağlık bakımı garantisi sağlamaktır. Bu nedenle de, tüm dünyada sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler birlikteliğinden oluşan karma bir yapıya doğru gidilmektedir. Türkiye’de uzun yıllar karma bir sistem var iken; son yıllardaki iktidarların, hiçbir veriye / kanıta dayanmaksızın, adete bir misyoner gibi davranarak, saf prime dayalı bir sigortacılığa yönelmeleri ve buradan hareketle bireysel sigortacılığı hedeflemeleri talihsizliktir. Kaldı ki; diğer ülkelerdeki sorunlara ek olarak Türkiye’de kayıt dışı istihdam çok yaygındır. Bu yanlışlık bir an önce terk edilerek tüm dünyanın yöneldiği ve gövdeyi kamu kaynaklarının oluşturduğu karma sisteme dönülmelidir. Çözüm karma sistemi tekrar inşa etmektir. Sağlık finansmanı ana kaynağı kamu olan, sade bir biçime kavuşturulmalıdır.

Sosyal bir devlette yakışır bir biçimde, sosyal güvenlik, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak herkese sosyal sağlık bakım güvencesi sağlanmalıdır. Herkes kolay erişilebilir şartlarla sağlık hizmetlerinden yararlanmalı, herkese hakkaniyete uygun yardımlar sağlanarak, kişilere verilen sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır.

Sağlık sektörü finansmanından çevreye, kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay hızla artırılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin sunum şekli yeniden, bütüncül bir bakış açısıyla örgütlenmelidir. Hizmet sunumu ve finansman birlikte düşünülmeli ve toplumun tümünü kapsayan bir sistem geliştirilmelidir.

5. İNSANGÜCÜ SORUNLARINA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Türkiye’de var olan / günümüzde talep edilen hizmetleri karşılayacak sayıda insangücü vardır. Sorun sağlık çalışanlarının bölgeler ve kurumlar arasında dengesiz dağılımındadır. Buna bazı sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim sorunları da eklenebilir.

Sağlık insangücünün bölgeler arasında dengesiz dağılımına çözüm olarak bugüne dek zorunlu hizmet, mahrumiyet tazminatı ve sözleşmeli personel gibi birçok uygulama yapılmıştır. Ancak bunların hiç birisi de kalıcı çözüm olamamıştır. Çünkü; sorun bölgeler arasındaki sosyo-ekonomik gelişmişlik farkı ve özel sağlık kurumlarının daha fazla kar ettiği yörelerde yoğunlaşmasından kaynaklanmaktadır.

Bu nedenle de, genelde kamunun özelde ise Sağlık Bakanlığı’nın kendi dışında oluşan bir sağlık personeli dağılımı dengesizliğini bilindik yöntemlerle çözmesi çok zordur. Bazı odaklar bu sorunun çözümünde ya da yorumunda çifte standartlı davranmaktadır. Bir yandan Sağlık Bakanlığı

kurum ve kuruluşlarındaki personel tayin ve dağıtımında Sağlık Bakanlığı (kamu/devlet) yetkili olmasının derken, öte yandan da Sağlık Bakanlığının (kamunun/devletin) kendi dışında oluşan bir dağılım dengesizliğinden sorumlu tutmaktadır. Sağlık Bakanlığının bu sorunu çözmesi ancak özel sektör ile rekabet edecek bir ücret ve personel politikası izlemesi ile olanaklıdır ki bu da son otuz yılın siyasi tercihine ve misyonuna aykırıdır.

Sağlık personelinin bölgelere dağılımının ayrıntılı bir incelemesi yapıldığında, kamuda özellikle de Sağlık Bakanlığına bağlı personel sayılarının bölgeler arasında abartılacak bir dengesizlik göstermediği görülmektedir. Bilinenin / bazı odakların körüklediğinin tersine, özellikle pratisyen hekim bazında kırsalın büyük kent ve metropollerden daha şanslı olduğu bile görülmektedir İstanbul'da bir ocak hekimine 19-21 bin nüfus, Ankara'da 15-17 bin nüfusa bir ocak hekimi düşerken, bu sayılar kırsalda daha düşüktür. Aynı şekilde Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri, Marmara Bölgesi'nden daha şanslıdır (Bakınız Çizelge 19).

Sağlık personelinin kurumlar arasında dengesiz dağılımına çözüm üretmek amacıyla; "eşit işe eşit ücret" ilkesi yerleştirilmelidir. Sağlık personelinin dağılımının tek elden yönlendirilmesi ve kurumların hizmetlerini geliştirme politikası izlemesi gerekir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılmalıdır. Pratisyen hekimlik özendirilmeli, geliştirilecek özendirici önlemlerle yurt sathında dağılımları özellikle mahrumiyet bölgelerinde çalışmaları sağlanmalıdır. Sağlık, hekim merkezli olmaktan çıkarılıp bir ekip hizmetine dönüştürülmelidir.

Çizelge 18 : Bölgelere Göre Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim, Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus, Türkiye, 2001

BÖLGELER	Hekim Başına Düşen Ortalama Nüfus	Ebe* Başına Düşen Ortalama Nüfus	Hemşire Başına Düşen Ortalama Nüfus	Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus
Marmara Bölgesi	6812	4441	8709	16908
Ege Bölgesi	3274	2194	4277	8758
Akdeniz Bölgesi	3456	2278	5153	9293
İç Anadolu Bölgesi	3632	3222	4567	9197
Karadeniz Bölgesi	3438	1934	4082	6014
Doğu Anadolu Bölgesi	5895	4315	5966	9410
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	6392	5141	8862	15771
Türkiye	4402	3041	5619	10172

* Ebe sayısı sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe sayıları toplanarak elde edilmiştir.

Kaynak(20); Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı, <http://www.saglik.gov.tr>

Kamuda çalışan sağlık personelinin, özellikle hekimlerin özlük haklarının; eğitim, mesleki risk ve can güvenliği açısından sundukları hizmetlerle doğru orantılı olması sağlanmalıdır. Bu bir yandan motivasyonu arttıracak öte yandan da tam zamanlı çalışmayı sağlayacaktır. Böylece hekimlerin çoklu / yarı zamanlı (part time) çalışmasının önüne de geçilecektir.

Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin gelişebilmesi için hekim ve diğer çalışanlara iş güvencesi verilmesi gerekir. Bu bağlamda 59. Hükümetin "Sağlıkta Dönüşüm" uygulamaları ile getirdiği sözleşmeli sistem nedeniyle hekim ücretlerin bir miktar artmış olmasına karşın, iş güvencesinin daha da zayıf bir hale getirilmiş olması önümüzdeki yıllarda huzursuzluğu, motivasyon eksikliğini daha da arttıracak niteliktedir. Bu uygulamaya ivedilikle son verilmelidir.

İnsan kaynaklarının yanlış kullanılması engellenmeli kadro ve tayinler objektif ölçüt ve kurallara dayandırılmalıdır. Çalışanların görev tanımları netleştirilerek eksiklikler ve denetimsizlik hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu engelleyen diğer sorunlardır. Sağlık personelinin niteliğini iyileştirmeye yönelik olarak hizmet içi eğitim ve denetimler artırılmalıdır. Hizmetin denetiminde geleneksel teftiş yöntemi terk edilerek eğitici denetim sistemi kurulmalıdır.

Sağlık insangücü özellikle de hekimler bir yandan uluslararası standartları gözetken, öte yandan da Türkiye'nin koşullarına ve önerilen sağlık sistemine uygun ve temel sağlık hizmetlerine yönelik olacak şekilde eğitilmelidir. Tıp fakülteleri ile birlikte sağlık personeli yetiştiren tüm eğitim birimleri müfredat programlarını gözden geçirmeli ve bu bağlamda yeniden düzenlemelidir. Eğitimde çağdaş eğitim teknikleri kullanılmalıdır. Öğretim üyelerinde tam gün çalışma sağlanmalıdır. Alt yapısı uygun olmayan yerlerde tıp fakültesi açılması uygulamasına son verilmeli, öğretim üyesi laboratuvar ve benzeri olanakları standartlara uymayan okullarda öğrenci alımı durdurulmalıdır. Başta tıp fakülteleri olmak üzere, mezun edilen öğrenci sayıları bugünkü koşullarda istihdam edilecek sayıların çok üzerindedir. Bu durum bir yandan eğitimin kalitesini olumsuz etkilemekte öte yandan da gizli işsizliğe neden olmaktadır. İstihdam koşulları ve öğrenci kontenjanları birlikte değerlendirilerek okullara alınacak öğrenci sayıları yeniden düzenlenmelidir.

6.SİYASİ KAYNAKLI SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sağlık doğuştan kazanılan bir haktır ve sağlık hizmetinin herkesin kolayca ulaşabileceği bir biçimde örgütlenmesi zorunludur. Bundan ötürü de; sağlık politikalarının en önemli hedefi; bireylerin sağlık hizmetlerinden yurt çapında ve hakkaniyet ölçülerine uygun bir biçimde yararlanmalarını sağlayacak bir altyapı oluşturmaktır. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinin, sosyal devlet anlayışı içinde ve bütüncül bir bakış açısıyla örgütlenmesi gerekir. Bu anlayışın bir gereği olarak; hizmet sunumu ve finansman birlikte düşünülmeli ve toplumun tümünü kapsayan bir sistem geliştirilmelidir. Böyle bir sistem:

- Tüm insanlara, doğumundan ölümüne dek hizmet sunan,
- İnsanları çevresiyle bir bütün olarak ele alan,
- Birinci basamağı önceleyen, tedavi edici hizmetleri kademelenmiş,
- Kolay erişilebilen ve sürdürülebilir hizmet sunan,
- Kullananın hoşnut kalmasını ve haklarını gözetken,
- Kaynakları etkin ve etkili kullanabilen,
- Değişen koşullar karşısında kendini yenileyebilen ve sonuçta halkın sağlığını koruyan, geliştiren, toplumun katkı ve katılımına uygun bir sağlık sistemi olmak zorundadır.

Sağlık hizmetlerinde temel amaç; sağlık göstergelerini sürekli iyileştiren, etkili, verimli, kaliteli, kolay erişilebilen, sürdürülebilir, belirsizlikler ve kararsızlıkların yanı sıra, olumsuz siyasi müdahalelerden arındırılmış, ulusal sağlık politikasının oluşturulması temel amaçtır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile; sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsisi mekanizmalarına sahip, kapsayıcı ve tüm bireylere hakkaniyete uygun, ulaşılabilir, maliyet-etkili, dayanışma ve optimum kalite ilkelerini temel alan bir finansman sistemi amaçlanır.

Sağlık politikası düzeyinde ele alınması gereken en önemli sorunlardan biri eşitlik ve hakkaniyet konusudur. Anayasa'nın temel prensiplerinden olan" sağlığın bir hak olmasından" hareketle eşitlik konusu ele alınmalı ve geliştirilecek politikalar bu bakış açısıyla hazırlanmalıdır.

Türkiye'de köy ve kırsal alan aleyhine olan eşitsizlik giderilmelidir. Bu bağlamda bir yandan kırdan yaşayan nüfusun sağlık bakım ve sosyal güvenlik haklarından yararlanması sağlanırken öte yandan da kır ve yarı kırık bölgelerdeki sağlık kurum ve kuruluşlarının özellikle de sağlık ocaklarının teknik ve personel başta olmak üzere alt yapı eksiklikleri giderilmelidir

Sosyal güvenlik, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak herkese sosyal sağlık bakım güvencesi sağlanmalı, herkes kolay erişilebilir şartlarla sağlık hizmetlerinden yararlanmalı, herkese farklı değil, benzer ve eşit yardımlar temin edilmeli ve kişilere verilen sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır. Özellikle, kırdaki yaşayan nüfusun sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinden yeterince yararlanmasını sağlayacak önlemler geliştirilmelidir.

Bilindiği gibi, sağlık hizmetleri bir toplumun sağlık düzeyini etkileyen etmenlerden yalnızca bir tanesidir. Sağlık politikaları belirlenirken diğer sektörlerin sağlık üzerindeki etkisini göz önüne alan bir anlayışın gelişmesi gerekmektedir. Sağlıklı kamu politikası oluşturulması çerçevesinde, diğer sektörlerde alınan kararların sağlık üzerindeki etkisini sorgulanmasını sağlayacak düzenekler kurulmalıdır. Bu türde bir uygulama, "sektörler arası işbirliği"ni de gündeme getirecektir.

Sağlık politika ve uygulamaları konusundaki kararların daha açık ortamlarda ve objektif ölçütlere / kanıtlara dayalı olarak verilmesini sağlayacak düzenekler kurulmalıdır. Özelde "sağlık politikası" genelde ise "kamu politikası"ni geliştirecek düzenekler kurulmalıdır. Bu bağlamdaki siyasal kararların üretilmesinde, katılımcı bir yaklaşım ve süreç benimsenmeli ve toplumun tüm kesimlerinin bu çalışmalar içine katılması sağlanmalıdır.

Koruma tedaviden daha etkili, daha kolay ve daha ekonomiktir ilkesine uyarak; kaynakların dağıtım ve kullanımında, koruyucu hizmetlere özellikle de, çevre sağlığı, ana çocuk sağlığı, işçi sağlığı, yaşlı sağlığı, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi alanlara öncelik verilmelidir.

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

Ulus ve devlet olmanın dil birliği, kültür birliği gibi manevi temellerinin yanında, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri, eğitim hizmetleri, adalet hizmetleri savunma ve güvenlik hizmetleri gibi maddi temelleri de vardır. Bu temellere sahip olmayan uluslar / devletler dağılmaya mahkumdur. Çünkü bu tür hizmetler yurttaşın ulusuna ve devletine aidiyetini ve bağımlılığını sağlayan hizmetlerdir. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri bunların en önemlilerinden biridir. Bu nedenle sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri özel piyasaya terk edildiği, devletten yurttaşına giden bir hizmetin olmadığı bir ortamda yurttaşın devletine ve ulusuna bağı ve sevgisi zayıflar. Hastalığında, işsizinde ölümünde sakatlığında kendine sahip çıkmayan bir devlet /ulusa atfedilen değer ve bağımlılık çok azalır.

Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri, devletin yurttaşına sahip çıkmasını sağlayan en önemli araçlardan biridir. Ulusal geliri yeniden dağıtımın en önemli aracıdır. Yurttaşları uluslaştıran bir harçtır. Bu nedenle ihmal edilemez, piyasa kurallarına ve insafına terk edilemez.

V.SONUÇLAR

-Türkiye'de toplumun sağlık düzeyinde özellikle Cumhuriyetle birlikte önemli iyileşmeler sağlanmasına karşın, temel göstergeler incelendiğinde, içinde bulunulan 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 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 sağlık düzeyine ulaşılabilir.

-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 (insangücü, 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 ise; sağlık alanının politik bir çekişme alanı olmaktan ve ikircikli yapıdan kurtarılmasından geçmektedir.

- İktidarların 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.

KAYNAKLAR

1. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, <http://www.saglik.gov.tr>
2. İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK, Yayın No:0535
3. Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT Müsteşarlığı, Ankara 2005
4. Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, Resmi Gazete Mükerrer sayı: 26215 01 Temmuz 2006
5. Türkiye İstatistik Yıllığı 2004, TC Başbakanlık, Türkiye İstatistik Kurumu 2004
6. <http://epp.eurostat.cec.eu.int>
7. Dünya Çocuklarının Durumu 2001, (Çeviri) UNICEF Türkiye Temsilciliği
8. The World Health Report 2001, Mental Health, New understanding New Hope, WHO Geneva
9. Human Development Report 2005, UNDP, New York
10. World Development Report 2005, Investing in Health, World Bank, Oxford University Press, New York 2005
11. Dünya Çocuklarının Durumu 2005(Çeviri), UNICEF Türkiye Temsilciliği
12. The World Health Report 2002, Reducing Risks Promoting Healthy Life, WHO Geneva
13. The European Health Report 2002, WHO European Series no.97 Copenhagen
14. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005. HÜNEE, Ankara, 2006
15. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, HÜNEE, Ankara, 2004
16. Dünya Çocuklarının Durumu 2003 (Çeviri), UNICEF Türkiye Temsilciliği
17. Dünya Sağlık Raporu 1998 (Çeviri editörleri: Metin B., Akın A, Güngör I) Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1998
18. Öztekin Z., Akdur R., Aycan S. ve diğerleri: “Herkese Sağlık” Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri, TC Sağlık Bakanlığı Aralık 2001.
19. Dokuzuncu Kalkınma Planı Çevre İhtisas Komisyonu Raporu, DPT Müsteşarlığı, Ocak 2006
20. Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı, <http://www.saglik.gov.tr>
21. Akdur R.: Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 2006
22. Dokuzuncu Kalkınma Planı sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT Müsteşarlığı, Ankara 2006