

Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki başlıca sorunlar

Recep AKDUR* Caner FİDANER**
Çağatay GÜLER*** Zafer ÖZTEK****

**Sağlık ve Toplum Sayı 1, Saydam Matbaası,
Ankara 1990 s:6-19**

Sağlık ve Toplum- Size göre, sağlık hizmetlerindeki kışkıca sorunlar nelerdir? Çok fazla detaylarına girmeden ve genel bir çerçeve içinde görüşlerinizi aktıranınız?

C. Fidaner - Halk sağlığı literatüründe, genel olarak, Türkiye'nin sağlık sorunları üç ana başlık altında toplanır. Örgütlenme sorunları, finansman sorunları ve personel sorunları. Fakat, sanıyorum, bu tartışmanın metodolojisinde bunların ayrıntılarına girip çözüm yolları aramak yerine acaba, bu sorunlar açısından, şu anda Türkiye nerededir? Bunu değerlendirebiliriz. Bu üç başlık üzerinde, söyleyecek yeni şeyler bulmak güç ama önce kısa bir özet yapmak herhalde gerekli.

Finansman konusuna bakalım. Biz halk sağlığı, finansman konusunda iki önemli ölçüğün altını çizeriz. Birincisi Gayri Safi Milli Hasıladan (GSMH) sağlığa ayrılan pay. Türkiye'de bunun %3-4 civarında olduğu tahmin ediliyor. İkincisi de, genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan paydır ki, bu da artık herkesin aşağı yukarı öğrendiği gibi % 2-2,5 dolayındadır. Finansman sorununun çözümlenmesi için, her zaman savunduğumuz tez, bu iki payın artması gerektiğidir. Ancak bana öyle geliyor ki, yeni şeyler söyleyebilmek için, bu paylar artmadan da yapılabilecek bir şeyler okluğunu düşünmek ve elimizdeki parayla neler yapılabileceğini tartışmak zorundayız.

Örgütlenme konusunda, yine son on-on beş yıldır herkese öğrettiğimiz bir sosyalleştirme modeli var. Merkezi bir plan önerisi var. Halk sağlığı yönünden, Türkiye'nin sağlık sorunlarına çözüm bulabilmek için, geri ve doğru baktığımız zaman bana bu modeller ve merkezi plan önerisi çok fazla gerçekçi görünmüyor. Merkezi planın karşısında, sağlık hizmetleri kavramı çerçevesi içinde düşünülecek bir pazar anlayışının tartışılması gerekir diye düşünüyorum ve yerel örgütlenmelerin üzerinde daha çok durmamız gerektiğini düşünüyorum. Yeni bir açılım olarak. Üçüncü olarak personel

*Doç.Dr. Sağlık Bakanlığı Uzmanı
**Doç.Dr. TUGSAŞ İşyeri Hekimi
***Doç.Dr. Hacettepe Ü.T.F. Öğretim Üyesi
****Prof.Dr. Hacettepe Ü.T.F. Öğretim Üyesi

demiştim. Personel yönünden de Türkiye'nin eksiklerinden çok varolan personelini değerlendiremememe sorunu olduğu kanısındayım. Gerek toplam hekim sayısı bakımından gerekse, kendi alanımızda, halk sağlığı uzmanları açısından sayının artması elbette iyi olur. Ancak, buraya gelmeden önce, bu talepte bulunmadan önce varolan olanakların nasıl daha iyi değerlendirilebileceğini tartışmamız gerekir diye düşünüyorum. Genel açış olarak bunları söylemekle yetiniyorum.

Z. Öztekin - Caner beyin giriş konuşmasında değindiği konuların hemen hepsine ben de katılıyorum. Türkiye'de sorunları üç başlık altında toplamak mümkün. Örgütlenme, personel ve finansman. Yalnız, örgütlenme deyince işletmeyi de birlikte ele almak lazım. Yani, örgütlenme sadece fizik örgütlenme değil, o örgütün nasıl işletildiği nasıl çalıştırıldığı sorununu da beraber kapsıyor.

Şimdi, Türkiye'de bir sorun var mı? Ki, bunu tartışıyoruz. Herhalde, önce buna değinmekte fayda var. Yani Türkiye'de bir sağlık sorunu var mı, yok mu? Hepimiz biliyoruz, bir ülkedeki sağlık düzeyinin birtakım göstergeleri var. Nasıl insanların sağlıkları ölçülebiliyorsa sağlıklı insan, sağlıksız insan denebiliyorsa bir toplumun da sağlık düzeyi iyi ya da kötü diyebileceğimiz, ölçütler var. Bunların başında mortalite istatistikleri, morbid ite istatistikleri ve diğer bazı demografik istatistikler gelir. Bunları uzun boylu tartışmaya gerek yok. Hepimiz biliyoruz ki, Türkiye'de bu göstergeler gerek Avrupa ülkeleri arasında gerekse Türkiye'de pek parlak değil. O halde Türkiye'de bir sağlık sorunu var.

Şimdi bunun nedenleri arasında, bana kalırsa, şu noktaya değinmemiz lazım. Modelde sorunu aramak gerekir. Türkiye'de 224 Sayılı Yasa varsa, sağlık ocakları, sağlık evleri ve hasta sevk zinciri işliyorsa, en azından buna uygun mevzuat varsa, hatayı bu modelin işletilmesinde aramak lazım. Çünkü; bir model ne kadar kötü olursa olsun yöneticiler iyi ise, iyi işletilebiliyorsa sonuç yüz güldürücüdür. Ama bir model ne kadar iyi olursa olsun, yöneticiler kötü ise, yani beceriksiz kişilerin elinde ise, o sistem başarılı olamaz ve hizmetler pek parlak olmaz. Sonuçta biz, aklanaarak, sorunu modelde, örgütte, örgütlenmede arayabiliriz. Oysa çoğunlukla, kusur işletmededir. Bana kalırsa, Türkiye'nin şu andaki sağlık hizmetlerindeki en büyük darboğazı budur. Başta 224 Sayılı Yasa olmak üzere, sağlık sistemi, yöneticiler, karar vericiler ve politikayı belirleyen kişiler tarafından lam kavranmış değil. Eğer bu binle olmasaydı, sistemin işle-

mesi çok daha mükemmel olabilirdi. Bunun kusuru kimdedir? Bunu tartışmaya ne zamanımız elverir ne de gerek var.

İkinci bir nokta: Saflık hizmetlerinde, biz şimdiye kadar hep yönetici aramışız, rica etmişiz, yalvar yakar olmuşuz. Aman başhekim ol ya da bakanlıkta şu göreve gel gibi. Oysa, sağlık yönetiminin bir bilim dalı olduğunu, bir eğitim alanı olduğunu hep göz ardı etmişiz. Yani, yönetici aramak yerine, yönetici yetiştirme yoluna gidilmediği sürece, biraz evvel değindiğim sorunların üstesinden gelmek mümkün değildir. Tabii bu arada halk sağlığı uzmanlarının konumuna da değinmek lazım. Halk sağlığı uzmanlığı, sağlık yönelimi ağırlıklı bir uzmanlık dalıdır. Bunların hem il düzeyinde hem de merkezi düzeyde yönetim kademelerine getirilmesi halinde ya da bunlar birer uzman kişi, danışman kişi olarak değerlendirildiği takdirde, sanıyorum, bu yönetici sorunu büyük ölçüde çözümlenmiş olacaktır. Bunun geçici tedbirlerle hallolacağı kanısında değilim. Üç aylık, altı aylık kurslarla yönetici yetiştirilmesini kastediyorum. Bu tür girişimlerin, belki bir miktar taydaşı olabilir. Ama köklü çözüm değil bu. Uzun vadede çözümü, bu noktada, halk sağlığı uzmanlarının gerektiği şekilde değerlendirilmesinde görüyorum.

İzin verirseniz örgütlenmedeki sorunlara devam edeyim. Merkeziyetçilik (santralizasyon) konusu var. Bu, Türkiye'nin genel yönetim yapısının bir karakteri. Her şey Ankara'dan/Başkentten yönetiliyor. Bugün, Artvin'deki bir arabanın benzin ihtiyacı bile Ankara'da oturan bir genel müdür tarafından tayin ediliyor. Hatta bakanlığın dışında Maliye Bakanlığı tarafından tayin ediliyor. Ve Artvin'deki otoyol ne kadar benzin veriliyorsa, Konya'daki otoyol da o kadar benzin veriliyor. Bu kadar merkeziyetçi bir planlama ve karar verme mekanizması var. Oysa Türkiye büyük bir ülke. Coğrafi yönden çok farklılıkları olan bir ülke. İnsan yapısı, kültür yapısı ve sağlık sorunları çok farklı olan bir ülke. Bu planlamanın, özellikle sağlık hizmetlerindeki planlamanın yerel otoriteler tarafından yapılması, sorunu büyük ölçüde çözer. Belki de, bu planlamanın lokal olarak başlatılması önemlidir. Yine merkez karar verebilir, bugünkü sistem içinde, Takat yerel otoritelere danışarak onların görüşlerini alarak yola çıkmak, bu merkeziyetçiliği büyük ölçüde azaltabilir. Tabii işletmede de yerel örgütlere, yerel otoritelere esneklik ve karar vermede daha geniş yetkilerin verilmesi sorunu büyük ölçüde çözebilir. Yatırımlar konusunda da bu böyledir. Bir ilçede en ufak bir yatırıma kalksanız, merkezden bunun onayını almak, DPT'den geçirtmek, maliyeden izin almak vs. ve parasını almak için sekiz-on ayı bulur. Bir de bakmışsınız ki mali yıl bitmiştir. Sonunda o parayı çıkaramazsınız. İşleriniz kalır gider. Yani, bu kadar merkeziyetçilik var.

Bunun çözümü ise desantralizasyondur. Yalnız desantralizasyon derken, bunun da dereceleri olabilir. Bu, Türkiye'deki genel yönetim yapısını allak bullak edici, kamu hizmetlerini tamamen değiştirici düzeyde olmayabilir. Ama belli ölçülerde yerel yönetimlere ya da otoritelere planlama ve karar verme yetkileri verilmesinde büyük fayda var.

Örgütlenme ve işletmede diğer bir sorun da plansızlıktır. Gerçi 1960'tan bu yana Türkiye'de bir DPT var ve Beş Yıllık Kalkınma Planları yapılıyor. O planların içinde de sağlıkla ilgili bir bölüm var. Fakat bu demek değildir ki, Türkiye'de sağlık hizmetleri gerçekten planlı. Hayır. Plan kağıt üzerinde var. Ama ya plana uyulmuyor ya da hiç dikkate dal' alınmıyor. Yani varlığı ile yokluğu bir. Bu, belki de bizim genel karakterimiz. Sadece sağlık hizmetlerinde değil, gördüğüm kadarıyla pek çok kamu hizmetinde bu böyle. Plan yapılıyor fakat uyan yok.

Bir diğer sorun, karmaşık örgütlenmedir. Bana kalırsa, Türkiye'deki en büyük özellik ve sorun budur. Sağlık hizmetlerine el atmamış kurum yok gibi bir şey. Milli Eğitim Bakanlığı'nın hastanesi var. PTT'nin kendi sağlık örgütü var. Milli Savunma başka sektör. Üniversiteler başka sektör, bankalar deseniz öyle, SSK, Bağ kur... Yani gemisini kurtaran kaptan modeli. Bakmışlar ki bir boşluk var. Sağlık Bakanlığı bu hizmetleri gerektiği gibi yapamıyor. Gücü yeten, parası olan kurum, en azından kendi personeli için, bir sağlık örgütü kurmuş ve alınış başını gitmiş. Bugün, özellikle ikinci basamak sağlık hizmetlerinin, yani hastanelerin yalnızca yarıdan biraz fazlası Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. İkinci büyük kuruluş SSK'dır. Üçüncüsü üniversitelerdir. Daha sonra Milli Savunma gelir. İrili ulaklı pek çok kurumun sağlıkla ilgili iyi ya da kötü az ya da çok, hizmet birimleri vardır.

Personel konusuna gelince, sağlık hizmetlerinin en önemli alt yapısıdır. Yani, binasız hizmeti verebilirsiniz. Araç gereç eksikliği olabilir yine de sağlık hizmetini yürütebilirsiniz. Ama personelsiz, insan gücünüz olmadan sağlık hizmeti veremezsiniz. Ben, sağlık hizmetini sağlık savaşına benzetiyorum. Bu savaş ordusunun birer elemanlarıyız, subaylarıyız, fertleriyiz. Erlerimiz var. Ebelerimiz var, hekim dışı personelimiz var vs. Nasıl ki, acemi erlerle savaş kazanılamaz ise, bilgisiz sağlık personeli ile bu hizmet de başarılamaz. O halde personelde, önemli olan nokta sayıdan daha çok kalitedir. Bana göre, bir ordunun gücü kuvveti asker sayısı ile ölçülemez. O askerin niteliğiyle, vuruş gücüyle, savaş kabiliyetiyle ölçülür.

Sağlık ve Toplum— *Bunu bugün için mi söylüyorsunuz? Yoksa sayı ve kalite her dönem için geçerli bir konudur?*

Z. Öztekin -Her dönemde geçerli olan bir şey. Düşüncem şu; daha fazla doktorumuz olsun, daha fazla hemşiremiz olsun. Daha da önemlisi var olanların nitelikleridir. Yani bugün, beş tane niteliksiz hekimin yapamadığını bir tane nitelikli, görevini bilen, sorumluluğunu bilen, çalışkan ebe yapabilir. O halde, sayı kadar önemli olan, niteliktir. Personel yetiştirme de en büyük sorunlarımızdan biri bu. Hep sayıyı planlıyoruz. Ama, kalite hep ikinci planda. Tıp fakülteleri açıyoruz; mezunların niteliğini düşünmüyoruz. Ebe okulları açmışız; çıkanların niteliğini pek dikkate almamışız. Bence önemli noktalardan birisidir. Konu, tıp fakültelerinden tutun, sağlık meslek liselerine kadar uzanıyor. Çok geniş boyutludur.

DPT'nin bu konuda pek çok hatası olduğu kanı-sındayım. Bunu özellikle belirtmek isterim. Bir yayını var, 2020 yılında 500 kişiye bir hekim hedeflemişler. Bunu da Avrupa ülkelerine yaklaşmamız ya da onları yakalamamız için öngörmüşler. Önemli olan Avrupa ülkelerine benzemek değildir. Türkiye'de yapılan büyük hatalardan birisinin de bu olduğunu sanıyorum. Yani, diğer ülkelere benzeme çabası, diğer ülkelerdeki modelleri Türkiye'ye aktarma çabası. Onlar öyle yapmış, öyleyse biz de öyle yapalım düşüncesi. Hayır. Her ülke kendi sağlık modelini, sistemini bulmak zorundadır. Bu Alma-Ata Bildirisi'nde de vardır. Biz, efendim İngiltere'de şu kadar kişiye bir hekim vardır diye, Türkiye'de de aynı oranı tutturmak zorunda değiliz. Bu konuya ayrıca değineceksek, elbette daha söyleyeceklerim olacaktır.

Şimdi, finans konusuna gelmek istiyorum. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bütçesinin %3 dolayında olduğunu hep biliyoruz. Ama, sağlık bütçesi denildiğinde ya da genel bütçeden sağlığa ayrılan pay denildiğinde yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın bütçesini anlamamak lazım. SSK'nın bütçesi de buna dahildir. Bağ-kur'un da sağlıkla ilgili harcamaları vardır vs. Fakat her ne olursa olsun bütün bu harcamaların toplamı, Dünya Bankası'nın bir raporunda okumuştum, gayri safi milli hasılamızın %1,5'i kadardır. Bu rakam, ekonomik düzeyi bizim gibi olan ülkelerin yarısı kadardır. Yani bize benzeyen başka ülkelerde bu değer %3 dolayında. O halde GSMH'dan yani genel varlığımızdan, mal varlığımızdan sağlığa ayırdığımız pay çok düşüktür. İşte, finans yetersizliği bu noktada görülüyor.

Kişi başına sağlık harcaması ile ilgili birtakım rakamlar var. Gerçi bu rakamlar birbirini tutmuyor. Uğur Cilasun'un yaptığı bir çalışmada 15 Dolar olarak bulunmuştur, biraz önce değindiğim, Dünya Bankası'nın raporunda ise 40 Dolar olarak bildirilmiştir. Aradaki fark çok büyük, yaklaşık üç katı. Hiç önemli değil. İster 40 Dolar olsun ister 15 Dolar olsun çok yetersiz, yine de çok yetersiz. Bugün, ABD'de kişi başına 1500 Dolar. Pek çok Avrupa ülkesinde 800-900 Dolar. Eğer bizim AT ülkelerine benzememiz

gerekiyorsa, insangücü açısından benzemek yanında, harcamalar açısından da benzememiz lazım. Sağlık hizmetlerini topyekün görmek lazımdır. İnsangücüyle, finansmanıyla, fizik yatırımla vs. Bir tarafını AT'na benzetmeye çalışır, diğer tarafını benzetmeye çalışmazsanız olmaz. Hep beraber yürüyecek sağlık hizmetlerinin bütün bu öğeleri. Şimdi finansman konusunun çözümü olarak sağlık sigortası tartışılıyor.

Sağlık ve Toplum - *Bunu daha sonra tartışalım. Çözümlere daha sonra gelelim, şimdilik global olarak sorunları irdeleyelim.*

Ç. Güler -Teorik bazda iki halk sağlığı uzmanı konuştuktan sonra, global sorunlar konusunda üçüncüye söyleyecek hiç bir şey kalmaz. Yani teoride anlaşmamız mümkün. Ben birkaç noktayı belirtmek istiyorum. Birisi, sağlık olaylarına karar verecek olan kişilerin kolay entellektüalize olmalarıdır. Bence en önemli olaylardan bir tanesidir. Kaba birtakım yargıları kaptıkları zaman, sağlık olaylarının tamamını kavradıklarını zannediyorlar. Bu anlamda kullanılan kaba yargılardan birisi, kişi başına sağlık harcamasıdır. Bu çok kötü bir ölçüdür. Daha doğrusu GSMH'ya dayanan yahutta genel bütçeden sağlığa ayrılan pay, kötü birer ölçüttür. Çünkü, sen genel bütçeye büyük bir para koy, sonra da bununla tut kalp merkezleri aç, transplantasyon merkezleri aç. Ondan sonra da ayırdığın bu miktarı ülke nüfusuna böl, kişi başına şu kadar harcama yapıyorum de. Ben bütçeden şu kadar pay ayırıyorum de. Sonra, kıyamıktan çocuklar ölmeye devam etsin. Ülkede en büyük yanlışlardan bir tanesi bu. Yani, kişi başına düşen sağlık harcamasından ziyade, bu miktarın ne kadarının gerçekten kişiler tarafından kullanıldığı ya da kullanılabilir olması önemlidir.

Bir diğer konu, global bir sağlık politikasının yokluğu, eksikliğidir. Türkiye'de biz" yıllarca ulusal sağlık politikasından söz ettik. Ben yıllarca inandım. Ama, sağlık politikasından önce, bir parti sağlık politikasından yanayım. Hiç değilse, aynı partinin aynı konuda ve aynı zamanda birbirlerinin tersi uygulama yapmasından yanayım. Bence, en büyük sorunlardan bir tanesi bu. Daha partiler belirli bir sağlık politikasına sahip değiller ki, parti sağlık politikası yok ki, ulusal sağlık politikası olsun.

Diğer önemli sorunlardan bir tanesi de, devlet ya da siyasi yetki sahipleri kendi ülkelerinin yetiştirdiği insangücünü tanımıyorlar, bilmiyorlar. Ne işe yararlar, neyi yaparlar bilmiyorlar. İnsangücünü yeniden yetiştirmeye çalışıyorlar.

Gerek olmayan insan yetiştirmeye çalışıyorlar. Yetişmiş insangücünü ise devre dışı bırakıyorlar. Yani kendinden önceki neslin yetiştirdiği insanları fonksiyone etmiyorlar. Bugün 71 vilayete 71 sağlık müdürü lazım. Devlet bunların halk sağlığı nosyonu almış kişiler olması gerektiğini söylüyor. Ama elde olan halk sağlıkçıları kullanmıyor ki. Buna karşılık,

biz bunların yetiştirilmesi gerektiği konusunda yeni fikir yürütüyoruz.

Bu arada önemli sorunlardan bir diğeri de, sağlık bakanlarının kendinden cince gelen bakanların yapmak istediklerini anlamak gereği bile duymamalarıdır. Benim gözlemim şu; bir bakan gelince, şöyle bir bakıyor. Türkiye'de sağlık sistemi A'dan Z'ye bozuk. Önce bu tespiti yapıyor. Hepsini yapıyor. Sonra kararını veriyor, niye bozuk? Ben yoktum da ondan. Bu konuyu benim kadar bilen, vatanını benim kadar seven, bu sorunların çözümüne kendini adanmış adam gelmemiştir benden önce. Onun için çözülememiş diyor. Bu açıdan bakarak sorunu çözmeye kalkıştığı için de hiç bir şeyi çözmeden kendisi de gidiyor. Gideceği gün sorunun kendisinden kaynaklanmadığını anlıyor, ama o zaman da iş işten geçmiş oluyor.

Bana göre, Türkiye hiçbir zaman sağlık konusunda merkeziyetçi olmadı. Hiç bir konuda olmadı. Bu konuda büyük bir yanlış var. Bu akademisyenlerin çok büyük bir yanlışlığı. Sağlık konusunda merkeziyetçi olunsaydı, bugün bir PTT'nin, bir emniyet teşkilatının hastanesinin açılmaması lazımdı; sağlık konusunda merkeziyetçi olunsaydı, sağlık sisteminin en azından sağlık personelinin sicil amirinin, iki de bir yönetmeliklerle değişmemesi lazımdı; sağlık planlamasında merkeziyetçi olunsaydı, sağlık personelinin ildeki dağılımının yetkisi, sağlık müdürünün elinde olurdu. Belki, dışardan ve izleyici gözüyle sağlık müdürünün yetkisinde gibi görünmektedir. Hangi sağlık müdürü, ilindeki bir ebenin falan sağlık evinde çalıştırılması konusunda karar verebilmiştir? Hayır. Aksine, sağlık teşkilatı bugüne kadar daima periferden yönetilmiştir. Peri ferden, bilinçsizce yönlendirilmiştir. Merkeziyetçi hiç olunamamıştır. Bu konuda büyük bir yanlış var. Keşke gerçek anlamda bir merkeziyetçilik uygulansa da, bunun defektlerini ve bu defektlerin periferde nasıl giderileceği konularını tartışsak.

Z. Öztekin - Sanıyorum, Çağatay beyin değinmek istediği konulardan bir tanesi koordinasyon bozukluğu. Yani merkeziyetçilik var da, her sektör kendi içinde merkeziyetçi. Sağlık Bakanlığı, PTT, Milli Eğitim Bakanlığı hepsi kendi başına buyruk. Ama hepsinde bir merkeziyetçilik var. Bunlar arasında daha üst kademedeki bir merkez yok, ya da koordinasyon yok. Şimdi "hiç merkeziyetçi olmadık hep taşradan idare edildik" sözüne gelince, ben onu şöyle yorumluyorum; sistem merkeziyetçi ama çarpık. Belki politik görüşlerin etkisiyle, belki yerel başka grupların etkisiyle. Fazla bağırarak tuttuğunu koparıyor. Bunu kastediyorsunuz? Ben ilime hastane isterim diyen, buraya milletvekilini veya on tane muhtarını toplayıp geldi mi istediğini kotarıyor.

Ç. Güler - Ama siz ne dediniz, Ankara'yla Konuya aynı miktarda kaynak ayrılıyor dediniz. Yanlış.

Aksine, bakanın iline çok daha fazla kaynak ayrılıyor. Bu, merkeziyetçilik değil, aksine bir yönetimdir. Periferden yönetimdir. Aşıya ihtiyacı olan ile hastane yapılıyor. Bunu kim belirliyor? Merkez mi belirliyor? Hayır, hayır. İlden, parti il başkanları gelip bastırıyor. Aslında biraz da şeytanca ve kasıtlı oynuyorum. Olaylara yalnız teorik bazda baktığımız zaman yanılabilir insan. Uygulamaları da, pratiği de gözardı etmememiz gerekiyor.

Sağlıkla ilgili en uygun kararlar hangi dönemde alındı? Atatürk-İsmet İnönü dönemindeki dönemler gerçek merkeziyetçi dönemlerdir. En çok ve en etkin önlem aldığımız dönemler o dönemlerdir. Birinci plan dönemidir. İşte gerçek merkeziyetçiliğin olduğu o dönemlerden hepimiz memnunuz. Sağlık politikası yönünden memnunuz. Niye? Çünkü o zaman parti il başkanı arkasına adam takıp ta benim ocak yerimi değiştirememiştir. Olayın aslı şu; toplumdaki eğitim noksanlığını ortadan kaldırmamız gerekiyor.

Sağlık ve Toplum- *Oraya geçmeden önce merkeziyetçilik konusunu bir bitirelim*

Ç. Güler - Türkiye'de merkeziyetçilik teoride var ama pratikte yok, hiç olmadı. Benim gözlemim bu. Sağlık müdürü olarak çalışırken, en büyük sıkıntım bu idi. Merkezin aldığı hiç bir karar uygulanmadı. Merkezdeki adam ne der? Sana, hiç çalışmayan bir personeli uygun olmadığı bir yere ver der mi? Hayır. Zaten işe yaramayan personeli hiç fonksiyonu olmayan bir yere vermişizdir. Bazı illerde on tane sağlık müdürü değişti. Kim değiştirdi bunları? Merkez mi değiştirdi? Hayır. İl başkanı memnun olmamıştır. Çünkü, müdür istediği tayini yapmamıştır da ondan. Ankara'ya gidip adamı görevinden aldirtmiştir. Şimdi bu merkeziyetçilik midir? Yarın öbür gün sizin periferde yönetim dediğiniz olay da bu şekilde işleyecek.

Bazı valiler yönetimin yerelleşmesinden yanalar. Hayır. Bazı valiler kararları kendileri vermek istiyorlar, yoksa yönetimin yerelleşmesinden falan yana değil. Daha kötü bir merkeziyetçilik olacak; küçük merkeziyetçilik ya da yerel merkeziyetçilik. Küçük merkeziyetçilik, çok daha kötü bir uygulama biçimidir. Türkiye'de şu anda yerel yönetimlere yetki veriyoruz diye yapılacak bir uygulama, sadece il düzeyinde korkunç bir merkeziyetçilik yaratır. Benim saptamalarımın biri de budur.

C. Fidaner - Merkeziyetçilik konusunu bitirmeden araya girmek istiyorum. Biz halk sağlığı için, hep bu merkeziyetçiliği tartışır dururuz. Gerçek merkeziyetçilik sadece Atatürk ve İnönü zamanında oldu demiştiniz. Adeta bir asrı saadet gibi o dönemleri anıp da, ah keşke o dönemlere dönsek demenin bir çıkar yol olmadığını hatırlatmak istiyorum. Merkeziyetçiliğin tersini periferleşme /desantralizasyon olarak

değil de, bunun gerçek alternatifi olan demokratikleşme olarak algılamak gerekir. Yani ister merkeziyetçi idare edilsin, ister perilerden idare edilsin, eğer kararlar demokratik bir şekilde almıyorsa bizim buna büyük bir itirazımız olamaz gibi geliyor bana.

Ç. Güler - Şimdi şunu söyleyeyim. Dünle olan dünle birlikte gitti. Yeni bir şeyler söylemek gerek, ben de bundan yanayım. Şu görüşten yanayım. Yalnız olayın birde pratikteki yanlışlarını vurgulamak için bunları söyledim. Bu konuda anlaştık. Eğer olayı perifere indireceksek, farkına varmadan bir yerel merkeziyetçilik yaratmanın yollarını aramalıyız.

Sağlık ve Toplum- Gerçek çelişki antidemokratik ve demokratik uygulamalarda...

Ç. Güler - Bütün sorun şu; gelişmekte olan ülkeler için en büyük tehlikelerden bir tanesi de Dünya Sağlık Teşkilatıdır (DST) Bu politik bir kuruluştur. Herkesi dengelemek sevdasında olan bir kuruluştur. DST dünyada anlaşılmaz cümle kuran, kullanılmaz öneri getiren tek kuruluştur. Bunu samimi olarak bir sağlık müdürü olarak söylüyorum. Gerekten ülkeler için büyük bir tehlikedir. En basit örnek, DST'nin sağlık tanımından yola çıkalım. Sağlık bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam iyilik halidir.

Nedir bu iyilik hali? DST bunu tanımlayamaz, sadece söyler. DST'nin koyduğu ilkelere fikir birliği etmemek mümkün değil, ama çözümsüz. DST hiçbir zaman, bana, bu iyilik halini belirleme çabası içine girmemiştir, giremez çünkü; o zaman o dengeleri sağlaması çok zor.

Ülkemizdeki sorunlardan bir diğeri de, güzel kanundur. Dünyanın en güzel kanunlarına sahibiz. Mesela AIDS hastalığını duyarız. Duyduğumuz gün, ihbarını zorunlu yaparız. Benim sağlık müdürüm ihbarı mecburi yapıldıktan bir hafta sonra telefon etti; ne yapacağız, ne ile teşhis edeceğiz ve nasıl ihbar edeceğiz diye. Bize etiket gönderdiler "AIDS görülmemiştir" yazıyordu üzerinde. Bunu kan şişelerinin üzerine yapıştırdılar dediler. Bugün sen Brusellanın sayısını verebilecek durumda değilsin. Neden? Burusella ihbarı zorunlu ve tazminatlı bir hastalıktır. Burusella dediğin an, ahır kapatıp hayvanları kesmek ve parasını sahibine ödemek zorundasın. Ödenek 100.000 lira, ihbar etliğin ahır 10.000.000 lira. Bu nedenle bütün illerden Burusella yok diye gelir. Durum tespiti için kanun var, hem de bilimsel uygulamalara çok uygun, akademisyenlerce hazırlanmış bir kanun.

Şu anda ülkemizdeki yanlış sağlık bilinci nedeniyle ve "entellektüalizasyon" diyebileceğimiz bir takım teorik kelimeleri herkesin tekrarlar duruma gelmesi nedeniyle, kavramlar birbirine karıştırılıyor. Mu "entellektüalizasyon" nedeniyle, sağlıkla uzaktan yakından bir ilgisi olmayan bir bakan on beşinci günden sonra, bizim söylediğimiz şeyleri slogan halinde söy-

ler hale geliyor. Ama ne anlama geldiğinin farkında değil. Böyle bir ortamda, siz yerel yönetimlere yetki verdiğiniz zaman, herhangi birinin bana sağlık ocağı aç diye mi geleceğini sanıyorsunuz? Hayır. Hastane aç diye gelecektir. Hastane yerinin tespitini yerel yönetimlere bıraktığınız zaman, doğru dürüst yer seçileceğine inanıyor musunuz? Tamam demokrasi var. İnsanlar ellerini kaldırırlar, bu demokratikleşme değil. Ülke kaynaklarının bilinçsizce israfına yol açacaktır. Bugün için böyle. Ama gelecek için bu yenide eğitim çalışmalarına başlayalım diyorsanız, sizinle teorik bazda aynı görüşteyim. Zannetmeyin ki benden cince söylenenlere karşıyım. Ama konunun pratik yönünde ele alınması gerektiğini belirtmek istedim. Burada korkum şu; kazayla bir akademisyeni bakan yaparsak yandık. Zavallı akademisyenlerin genel müdür olmasına karşı olduğumu da zannetmeyin. Teşekkür ederim.

R. Akdur - Arkadaşlar daha çok sağlık yönetiminin sorunlarıyla konuya girdiler, dile getirdikleri sorunlara genellikle katılıyorum. Ancak ben sağlık yönetiminin sorunlarına girmeden önce, bu sorunlara bir fon çizmek istiyorum, (genel olarak sağlık sorunları anlamında, Türkiye'de ne gibi bir durumla karşı karşıyayız? Bu soruyu sordüğümüz zaman, ilk önce şunun söylenmesi, telaffuz edilmesi gerekir diye düşünüyorum. Türkiye, geri kalmış/ gelişmekte olan bir ülke. Çeşitli kaynaklara göre, kişi başına GSMH'sı 1100 - 1300 Dolar lira arasında değişiyor. Buna karşılık en yakın komşularımızda bile bu rakam 4000 Doların üzerinde. AT 'a girmemiz isteniyor, o ülkelerde 4000 Doların üzerinde. GSMH'mızın küçüklüğü bir vana, bir de GSMH dağıtımı ve üleşimi son derece bozuk ve dengesiz. Burada "dağıtım" kelimesini özellikle kullandığımı belirtmek isterim. Örnek vermek gerekirse; toplumumuzun en düşük gelir düzeyine sahip %20' lik kesimi GSMH'dan sadece %14'lük bir pay alıyor. Buna karşılık en yüksek gelir düzeyine sahip olan diğer %20'lik kesimin GSMH'dan aldığı pay %55' dir. Bunun da ötesinde işsizlik %20'lik oranlara gelmiş dayanmış vaziyette.

Ekonomik durum böyle olunca; yaygın bir beslenme yetersizliği, anemiler, raşitizm, büyüme gelişme gerilikleri oldukça büyük önem kazanıyor. Neredeyse, toplumun %20'sinin beslenemediğini söyleyebiliriz, telaffuz edecek durumdayız. Ha keza besin hijyeni durumu da son derece bozuk. Bunun bir sonucu olarak, başta besin zehirlenmeleri olmak üzere, besin kaynaklı gastroenteritler oldukça yaygın. Yine bu ekonomik tablonun bir yansıması olarak, sağlıklı konut olayı büyük bir çıkmaz içinde. Çeşitli verilere göre; kentlerde toplumun %65'i gecekondularda oturuyor. Kırsal kesimde ise, sağlıklı konut bulmak neredeyse zor. Bir başka değerlendirmeye göre; 2.5 milyon konut açığı var. Buna bir de 2.5 milyon gecekon-

duyu eklersek beş milyon ailenin ya konutu yok ya da sağlıklı. Aile ortalamamız beş kişi olduğuna göre, 23 milyon insan sağlıklı konutlarda yaşıyor. Bunun doğal bir sonucu olarak, spesifik/nonspesifik solunum yolu enfeksiyonları son derece yaygın. Ev kazaları da bunun bir sonucu. Su olayında da durum aynı. En iyimser rakamlara göre, toplumun ancak %60-70'ine şebeke suyu sağlanabilmiştir ki, bunun da ne kadar sağlıklı olduğu tartışmalıdır. Kırsal alanda bu oranın çok daha düşük olduğu tartışma götürmez. Bunun bir sonucu olarak gastroenteritler (spesifik/nonspesifik) olabildiğince yaygın. Bağırsak parazitleri aynı şekilde, önemli birer halk sağlığı sorunları olarak karşımızda duruyor.

Katı ve sıvı atıkların yok edilmesi, zararsızlaştırılması olayının yetersizliği konusu, bunun bir sonucu olarak vektörlerin yaygın olması ve yeterli vektör mücadelesi yapılmadığı konuları tartışmasız kabul edilen gerçeklerdir. Tüm bunların bir göstergesi ve yansıması olarak gastroenteritler son derece yaygın, deri enfeksiyonları aynı şekilde. Başta sıtma ve şark çıbanı olmak üzere vektörlerle geçen hastalıklar hala önemini koruyor. Bunların üzerine bir de plansız kentleşme, plansız sanayileşme gibi olguları da eklediğimiz zaman, işçi sağlığı sorunlarının, iş kazalarının, trafik kazalarının yaygınlaştığını, hava kirliliğinin yarattığı sorunların yaygınlaştığını görüyoruz. Hatta psiko-sosyal birtakım sorunların önem kazandığını görüyoruz.

Şimdi, böyle bir fonda, sağlık yönetiminin sorunlarına baktığımızda olaylar kafamızda dalla bir netlik kazanmaktadır. Finansmanla başlamak istiyorum. Zaten ulusal geliri, GSMH'sı çok küçük olan bir ülkeyiz. Bu yetmiyormuş gibi, bir de bu GSMH'dan sağlığa ayrılan pay sem derece küçük. DST'nin çeşitli yayınlarına göre, ülkelere GSMH'larının asgari %5'inin sağlığa ayrılmaları önerilir. Oysa bizde GSMH'dan sağlığa ayrılan pay çeşitli kaynaklara göre 1,5-3 arasında değişiyor. Bu rakam Avrupa ülkelerinde %7-8 veya daha yüksektir. Burada, bir özelliğin altını çizmek ve vurgulamak istiyorum. Bizim üç mislimize yaklaşan oranda pay ayıran bu ülkelerde sağlık alt yapısı tamamlanmış olup, ayrılan kaynak tamamen olayın idamesi için ayrılıyor. Halbuki, bizde alt yapıda önemli ölçüde eksikliklerimiz var. Buna rağmen %1,5-3 gibi rakamlar. Öncelikle eksikliklerimizi tamamlayıp idameye geçebilmek için %5'lerin çok üzerinde bir pay ayrılması gerekiyor.

Sağlık hizmetlerinin, sağlık yönetiminin en önemli ögesinin İnsangücü olduğu görüşüne katılıyorum. Ancak bu konuda temel noktayı yakalamanın son derece önemli olduğunu düşünüyorum. Acaba, sağlık insangücünde, Türkiye'nin temel sıkıntısı nedir? Buna davalı temel çözüm yolu nedir? Bu sorulara cevap aramakta fayda var diye düşünüyorum.

Bu sorulara cevap ararken de, Cumhuriyet dönemi uygulamalarını şöyle bir kafamdan geçiriyorum. Refik Saydam, yatılı tıp okulları ile, başta hekimler olmak üzere, sağlık personelinin Anadolu'ya götürmeyi amaçlamış. Arkasından, Behçet Uz sağlık merkezleri uygulamasıyla hizmeti ve personeli Anadolu'ya götürmeye çalışmış. Onun arkasından Sosyalleştirme gelmiş. Sosyalleştirme'deki temel amaçlardan biri bu. Sağlık personelinin kırsala götürmek. Nihayet günümüzde başka bir yol seçilmiş; hekim enflasyonu yaratarak, hekimi Anadolu'ya göndermek. Demek ki, buradaki temel nokta, insangücündeki temel sorun, özellikle hekimler olmak üzere personelin Anadolu'ya gitmesidir.

Personel kırsala gitmiyor. Acaba bunun nedeni nedir? Geçmişte birçok uygulama yapılmış. Bir kısmında özendirici önlemlere başvurulmuş. Buna rağmen başarılı olunamamış. Bence bunun temelinde yatan esas neden, hekim ve diğer sağlık personelinin geliş kaynağının toplumla çakışmaması. Bununla şunu demek istiyorum; fakültelelere ve diğer meslek okullarına giren/girebilen insanlar toplumun tüm katmanlarını, kompozisyonunu yansıtmıyor. Sadece belli bir kesimden geliyor. Bunun yanında Anadolu'nun yapısı, bu katmanlardan gelen ve bu tür eğitim almış olan insanların sosyal, ekonomik ve kültürel beklentilerine cevap verecek bir yapıya sahip değil. Gidip orada yaşayabileceği bir ortam yok.

Personelin kaynağının böyle olması, başka bir olaya da yansıyor. Fakülteler, okullar toplumdan kopuk. Toplumun sorunları ile ve toplumla iç içe yetiştirilmiyor personel. Kendine has hekimler ve hekim dışı personel yetiştiriyorlar ve sonuçta bu okullardan yetişen personel oradaki/kırsaldaki olanaklarla, oradaki sorunlara yanıt verecek yetide ve beceride hissetmiyorlar kendilerini. Çünkü çok başka ortamlarda ve çok başka olanaklarla yetiştirilmişler. Sonuçta kırsala insan gitmiyor, hekim gitmiyor. Bence insangücü alanındaki en temel sorun budur.

Gelelim örgütlenmeye, örgütlenme içinde aynı yöntemi izlemek istiyorum. Cumhuriyet'ten bu yana yapılan uygulamaları gözden geçirdiğimizde; Refik Saydam döneminde, hükümet tabiplikleri ve köy grupları uygulaması ile örgütün tüm topluma yayılmasına çalışılmış. Arkasından, Behçet Uz "sağlık merkezleri" uygulaması ile aynı gayretin içinde olmuş. Ondan sonra Sosyalleştirme gelmiş. Sosyalleştirme Kanunu, örgütü tüm Anadolu'ya yayamıyor. Hizmet ve örgüt vatandaşın ayağına gitmiyor. "Niçin bu programlar başarısızlığa uğramış?," "Niye örgüt Anadolu'ya yayılmıyor?" "Bunun altında yatan nedir?" gibi sorular sorduğumuzda, karşımıza finansman ve insangücü sorunları çıkıyor. Bence, burada finansmandan daha önemli olan insangücü sorunudur. Sosyalleştir-

mede, bu konu, çok açık bir şekilde görülmüştür. Finans olayını halletmişiz. Gidip ocağımızı, sağlık evimizi yapmışız. Ama insan gönderemediğimiz için, o fizik yapılar, zamanla harap olmayla karşı karşıya kalmışlardır.

Son olarak, planlama ve yönlendirme gibi olaylar üzerinde durmak istiyorum. Şimdiye kadar söylenenlere genelde katılıyorum. Yalnız şunu belirtmek istiyorum. Türkiye'de sağlık planı yok diyen düşüncelere katılmıyorum. Cumhuriyet'ten bu yana şöyle ya da böyle hep bir plan olmuştur. Yalnızca planlı dönemde değil, her zaman bir planımız olmuştur. Hatta kendi mantık açılarından baktığımızda oldukça gelişkin planlar yapılmıştır. Örneğin; 1940'larda yapılan "Behçet Uz planı" son derece güzel bir plan. Tüm Türkiye'ye 1980 yılında yayılacağı varsayılan, hedeflenen Sosyalleştirme Planı da kendi içerisinde son derece mantıklı bir yaklaşımdır. Ama tüm bu planlar başarıya ulaşamamış. Niye bu planlar başarıya ulaşamamıştır? Bence bu planların başarıya ulaşamamasının temel nedeni; biraz evvel saydığım sorunlara ve çözümlerine yönelik olmamasıdır. Yapılan planlamalarda insangücünün kırsala nasıl gönderileceğine yer verilmemiş ya da genellemelerle geçiştirilmiş. En azından bu sorunun çözüm kanalına oturmasına yardımcı olacak unsurlar yerleştirilmemiş. Aynı şekilde belli ve net bir finansman kaynağı tayin edilmemiş. Sadece genellemeler kağıt üzerine yazılmış ve ondan medet umulmuş.

Yönetim ve yönlendirmeye gelince, sağlık yönetimi bir bilimdir. Gerçek böyle olmakla birlikte, Türkiye'de ne bu bilimle donatılmış insanlar yetiştirilmesine önem verilmiş ne de yetişmiş olan insanların kullanılması gibi bir yola gidilmiştir. Sağlık hizmetleri tamamen günübirlik yönlendirilmeye ve gelen idarecinin düşüncesine göre biçimlendirilmeye çalışılmıştır. Sonuçta da biraz önce sayılan tablolarla karşı karşıya kalınmıştır. Benim bu bölümde söyleyeceklerim bu kadar. Teşekkür ederim.

Z. Öztekin - Ben birkaç ekleme yapabilir miyim? Hem Recep Bey'in, hem Çağatay Bey'in deindikleri bir iki nokta var, bana kalırsa önemli. Günübirlik işler yapıyor dedi Recep Bey ve bakanların bilgisizliğinden şikayet etti. Bence Sağlık Bakanlığı bir okul. Yani, oraya gelen bakan eğitiliyor, tam öğreniyor, mezun oluyor diplomasını alıp gidiyor. Devamlı okulda yetiştirip, eğitip sonra bırakıyoruz. Bakan değişimi o kadar sık ki ve de gelen bakanlar o kadar hazırlıksız ki. Sağlık hizmetlerinin dışından, onların konuya adapte olmaları, sorunları öğrenmeleri, çözüm yollarını tartabilip yol yöntem bulabilmeleri aylar alıyor. Hatta bazıları için, tabii bu her insan için değişiyor yetenek konusudur, yılları buluyor. Zaten bakanlık süresi bir yılı geçen bakan yok, son yıllarda.

Şimdi Çağatay Bey dedi ki, önce kendisinin de bir akademisyen olduğunu hatırlatırım (Sağlık Müdürlüğü Yapmış bir akademisyen), inşallah Sağlık Ba-

kanlığı'na bir akademisyen gelmez. Tabii bunu karükatize ederek espriyle karışık söylüyor. Ama bence keşke gelse. Neden gelse? Birincisi; kişi dinler, dinlemesini bilir, gerçek akademisyenin niteliği bu. Sonra gerçek akademisyen danışman kullanmasını da iyi becerir, topladığı verileri iyi değerlendirir, analiz edebilir. Yani bir yöneticinin, bir bakanın bu özelliklere sahip olması gerektiğini vurgulamaya çalışıyorum.

Ç. Güler - O sizin dediğiniz, akademisyen değil bilim adamı.

Z. Öztekin - Akademisyen eşittir bilim adamı olarak algılıyorum. Akademisyen, bilim adamı ön yargılı değildir. Bilim adamlığı karakteri bu. Bilim adamı araştırmacı, değerlendirici ise eğer, ön yargılı olamaz. Akademisyenler arasında fikirler uyuşmayabilir. Bir bilim adamının söylediği bir başkası tarafından reddedilebilir. Ama gerçek bilim adamı döner dolaşır ve kendi fikrinin yanlış olduğunu görür ve anlarsa bunu kabul eder. Bence bu çok önemli. Gelen bakanlar, üst düzey yöneticiler ön yargıyla, bir ön fikir ile işe başlıyorsa, onlara bu fikirlerinin yanlışlığını anlatmak mümkün değil. Onları bundan caydırmak mümkün değil. Bence çok önemli bir nokta ve bir bakanın vasıflarından birisinin bu olması lazım.

Şimdi hep politikadan bahsediyoruz ya, dikkat ederseniz dön dolaş, dön dolaş Sağlık Bakanlığı'na geliyoruz. Oysa sağlık hizmetleri bir mozaik. Yani yalnızca Sağlık Bakanlığı'nı tartışmak, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin bir kısmını tartışmak anlamına gelir. Çünkü sağlık hizmetleri denen şey o kadar geniş bir yelpaze ki, bunun içinde belediyeleri, Milli Eğitim Bakanlığını ve Maliyeyi de tartışmamız lazım vs.

Ç. Güler - Bir şey söyleyeyim. Bunları tartışmamız doğal. Peki ben ne diye PTT hastanesini tartışayım? Bu hengamede, tartışılması gereken ayrıntıları sistemi örtük tartışmanın alemi var mı?

Z. Öztekin - Şu noktaya gelmek istiyorum, sağlık bir devlet politikasıdır, olmalıdır. Sağlık Bakanlığı da devletin yalnızca bir kısmı. Biz hep Sağlık Bakanlığını ele alır, onu kendi içinde düzeltmeye çalışır, devletin sağlıkla ilgili diğer kesimlerini göz ardı edersek yanlış olur. Burada da koordinasyonunun önemini tekrar vurgulamak isterim. Sadece Sağlık Bakanlığı kendi başına buyruk giderse olmaz. Daha bir üst kademe, daha bir global bakış diyelim biz. Yani devletçi bakışla sağlık hizmetleri top yekun ele alınmalıdır.

C. Fidaner - Bir şey ekleyebilir miyim? Burada çok ilginç tartışmalar çıktı ortaya. Benim dikkatimi çeken bir nokta var. Aramızda üç kişi Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticiliği yapmış ve halk sağlıkçı. Belki de ayrılmak zorunda kalmışlar. Birisi sağlık müdürü, birisi daire başkanı diğeri ise genel müdürlük yapmış. Anlaşıyor ki biz halk sağlıkçılar

olarak politikacılardan şikayetçiyiz ve politikacılarla bir problemimiz var. Demin Zafer Beyin "Sağlık Bakanı akademisyen olsa" lafı, bana Eflatun'un (Platon) "filozoflar yönetici olmalıdır" sözünü hatırlattı. Ama acaba gerçek bir talep mi? Yoksa Türkiye'de hiç bir zaman politikacı dışında bir sağlık bakanı olmayacağı ela bir gerçek mi? Ya da şöyle sorulabilir; politikacılar neden bu işi yürütemiyorlar?

Ç. Güler - Çünkü sağlık bakanının seçimi de, sizin dediğiniz şekilde ve periferden belirleniyor da ondan. Merkezîyetçi belirlenmiyor ki. Benim ele başından beri kastettiğim o merkezîyetçilik. Ama burada Zafer Bey çok iyi vurguladı. Sağlık bir devlet politikası olmalı. Biz şu anda bu devlet politikasını periferden belirleyecek bir siyasi yapıya, bilgi düzeyine sahip değiliz, benim anlatmak istediğim de oydu. Şimdi Zafer Bey ikimize birden cevap verecek.

Z. Öztekin - Caner bilerek mi işaret etti bilmiyorum ama, benim aklımdakini söylemeye çalıştı. Sağlık bakanları politikacı mı olmalı? Diye sordu. Gelin işlerseniz biraz bunu tartışalım. Sağlık bakanı gerçekten hükümet üyesi bir bakan mı olmalı? Yoksa sağlık gibi, milli eğitim gibi bazı sosyal hizmetler, genel hükümet politikasının dışında daha uzun vadeli, daha kalıcı, daha ulusal ve bütün partilerin birleştiği partiler üstü bir yapıya mı kavuşmalıdır? Bu dediğimiz biraz ütöpik. Yani ne Türkiye ne de başka bir ülkede bunu gerçekleştirmek elbette zor.

Sağlık ve Toplum - Aslında bu seçim de bir politik seçimdir. Yani ülkenin politik yapısı, politik organizasyonu böyle bir seçim yapabilir ya da yapmayabilir.

Z. Öztekin - Şunu demek istiyorum; bir hükümetin şu kadar bakanlığı var. Bana deseler ki, sen başbakan ol. Fakat bu hükümette iki tane bakanı dışardan, Meclis dışından ata, partiler dışından ata. Hangi bakanlıkları atarsın diye sorsalar; sağlık ve milli eğitimi öncelikle düşünürüm. Bilmiyorum fikrimi anlatabildim mi?

R. Akdur - Burada bir girdi yapabilir miyim? Bir anlamda rahatsız da oldum, bu konuşmaların sonunda şu sonuç çıkıyor. Biz, dört başı mamur, iyi bir sağlık bakanı atarsak onun altına da konularına hakim ve iyi bilen genel müdürler atarsak, Türkiye'nin sağlık sorunları bitecek. biter mi? Bitmez. Biraz önce tarihi geçmişî özetlerken parti vs. ayırımı yapmadım. Bir örgütlenmeden, bir de insangücünden örnekler verdim. İnanıyorum ki, o yapılan işlerin hepsi son derece samimi idi, iyi niyetli idi. Kendi mentaliteleri içinde tutarlı şeylerdi. Ama bunların hiçbirini başarıya ulaşamadı. Geçmişî düşündüğümüzde, geçmişîlerin içinde çok iyi bakanlar, çok iyi genel müdürler olduğunu sıkılmadan söyleyebiliriz. Ama hiçbirisi de sağlık insangücünün kaynağını değiştirecek eylemler koyamadı, koymaları mümkün olmadı. Hep belli bir katmandan hekim yetişti, sağlık personeli yetişti. Onun için bütün bu planlar

alt üst oldu, başarısızlığa uğradı. Ülkemizin içinde bulunduğu genel konjonktürde, ulusal gelirin düşük olması ve dengesiz üleşimi gibi faktörler varken, sağlığa yeterli finansman ayrılmazken, kimsenin başarılı olması mümkün değildir. O nedenle olayı bireyselleştirmemek lazım.

Her zaman şunu söyler, şunu savunurum. Hangi eğitim düzeyinde ve nitelikte olursa olsun bütün insanlar işini kendi şahıslarıyla özdeşleştirirler, bütünleştirirler. Ben, bir sağlık bakanı düşünemiyorum ki, bakan olduğu günden itibaren personeline en yüksek ücreti vermeyi düşünmesin, sağlık birimlerini çiçek gibi yapmak ve her türlü olanakla donatmak istemesin. Hepsini ister bunların. Ama yapamaz, yapması da mümkün değildir. Çünkü, genel konjonktür buna aykırı. En iyi genel müdürü, en iyi sağlık müdürünü oturtun, onların da bugünkünden çok fazla bir şey yapmaları olası değildir. Çünkü, genel anlamda, eli kolu bağlı, hareket serbestisi yoktur. Bunu genel tercih, genel siyaset belirliyor. Bizim genel tercihlerimiz ise bellidir.

C. Fidaner - O zaman sağlık bakanının kim olacağı ya da nasıl bir bakan olacağı bir sebep değil, bir sonuç eliyorsunuz.

Sağlık ve Toplum - Sanıyorum birinci turu tamam-İndik. Bu bölümde çözüm önerilerine geçmek istiyorum. Bu bölümde sağlık insanüçü açısından, finansman açısından, örgütlenme açısından ve yönetim, yönlendirme açısından önerilerinizi almak istiyorum. Nasıl çözülür bunlar? Bunların şu anda varolan ana sorun kaynakları nelerdir? Nasıl çözülür derken, siz başta olsanız hangi konjoktörün olması lazım? Recep beyin dediklerini ele alırsak bir düzen sorunu var burada. Hangi yapılanma içerisinde bunlar çözülebilir? Ne gibi yollar öneriyorsunuz?

C. Fidaner - Ben 1980'lerin ana çizgileri üzerinde birkaç şey söylemek istiyorum. Demin Çağatay arkadaşımız yasalarımız çok güzel dedi. Tabi itiraz bekleyerek söyledi. Ben, 1961 Anayasası'nda sağlık hakkı bir insan hakkı olarak saptanıyordu ve devlete, insanlara sağlık hizmeti vermek görevi yükleniyordu. Hal-bu ki 1982 Anayasası'nda bu görevden geri çekilindiği ve büyük ölçüde özel ve kamu sağlık kuruluşları arasında organize edici fonksiyon üstlenildiği görülüyor. 80'lerdeki bu gelişmeler Türkiye'ye özgü değil. Dünyadaki, dünya kapitalist sistemindeki Friedman'cılık ya da yeni muhafazakarlık denen bir politik akımın ülkemize yansımaysdı. Bu gelişme, planlama açısından, Türkiye'deki 1980'lere özgü en önemli çizgi, bence.

Örgütlenmeye baktığımız zaman, 1980'li yıllarda bir Sağlık Yasası çıkarıldı fakat, bu yasanın ölü doğan bir yasa okluğunu görüyoruz. Bu yasanın, gerçekte, Türkiye'de sağlık hizmeti sunma gibi bir amacı olma-

dığımı düşünüyorum. Bu konu ayrıca tartışılabilir.

Personel konusunda, varolan personelin, nitelikli personelin kullanılmadığını tekrar söylemek istiyorum. Halk sağlığı ile gündelik politika arasındaki ilişkilerin de yeniden tartışılması gerekir. Bu konuda halk sağlıkçıların, politikacılara karşı bağımsız bir örgüte sahip olmaları gerektiğini düşünüyorum. Demokratikleşme ya da merkeziyetçilikten uzaklaşmada bunun bir rolü olabileceğini düşünüyorum. Bu bağımsız örgüt bir vakıf gibi olabilir, bir dernek gibi olabilir. Ama bu örgüt her halükârda, hem üniversitelerden hem siyasal partilerden hem de tabip örgütlerinden farklı bir kuruluş olmalı.

Planlama ve yönlendirme konusunda Anayasa işini başta söyledim. Burada başka bir nokta üzerinde durmak istiyorum. Her kurumun sağlık örgütü kurması meselesi. Biz bunu Türkiye'deki sağlık sisteminin en ini yük zaafı olarak gördük. Önemli bir handikap olarak gördük, hala da öyle görüyoruz. Bana öyle geliyor ki, bu durumu değiştirmek için önümüzde bir umut ışığı yok. Her kuruluş kendi başına sağlık örgütü kurmaya devam edecek. Acaba biz halk sağlıkçıları, kurulmakta olan bu örgütleri yönlendirebilir miyiz? Bir de bu açıdan düşünmek gerekir diye düşünüyorum.

Neler yapılabileceği konusuna genel olarak şöyle değinebiliriz. Sağlık sistemi kurulurken ya da herhangi bir konuda hizmet götürülürken, birbirine geçmi.ş üç halkadan söz edilir. Bunlardan birisi olanaklar, birisi gereksinim diğeri ise istem halkalarıdır. Bu üç halka birbirinin içine geçmiş haldedir. Ancak üçünün birden keştiği noktada bir şevler yapılabileceği söylenir. Biz sağlık alanındaki gereksinimlere büyük önem verdik. Bunları merkeze aldık ve alıyoruz. Olanaklar konusunu olabildiğince anlamaya ve değerlendirmeye çalışıyoruz. Ama, sanıyorum, istem konusunda şimdikinden daha fazla durmamız gerekiyor. Halk sağlık hizmetleri alanında bizim düşündüğümüzden farklı şeyler istiyor. Halk daha çok klinik hizmetler bekler diyerek, onların istemini biraz ikinci plana attık. Halkın istemi kavramının yanında, bundan biraz farklı olan toplumun istemini yeni bir kavram olarak eklemek istiyorum. Toplum dediğimiz zaman, ülkedeki toplumsal örgütlenmeleri yani dernekleri, siyasal partileri ve diğerlerini kastediyorum. Toplumun sağlık hizmetleri alanında bir takım istemleri olduğunu unutmamak gerektiğini düşünüyorum. Bunlarla, halk sağlıkçıları olarak, nasıl bir ilişki kurabiliriz? Nasıl bir diyalog kurabiliriz? Doğrusu şu anda benim kafanı net değil.

Z. Özte - Aslında pek çok çözüm noktasına değindik. Bunları toparlamak lazım mı bilmiyorum. Ben bir toplantıya katılmışım Giri'te ve Akdeniz Tıp Toplantısı adı altında. Akdeniz'e komşu ülkelerin temsilcileri vardı. İspanya temsilcisi, İspanya'da sağ-

lık hizmetlerinin bir kaos içinde olduğunu söyledi. Aynı bu kelime; kargaşa, karmaşıklık ve nereye gittiğini bilmemeçlik anlamına geliyor "kaos". İtalyan da buna benzer şeyler söyledi. Yunan delegesi de aşağı yukarı aynı.

Sağlık ve Toplum – Bir siz mi soylemelisiniz?

Z. Özte - Ben o kelimeyi kullanmadım. Ama söylediklerimden ne demek istediğimi, herhalde onlar d.ı anlamıştır. Şimdi şunu demek istiyorum; kimse halinden memnun değil. Yani sağlık hizmetlerinde memnuniyet verici bir hedefe, bir noktaya erişmek mümkün değil. Hep ilerisi var.

Türkiye'de son 60-70 yıl içerisinde pek çok şey yapıldı. Sorunu tartışırken, geçmişte olan güzel şeyleri de unutmamamız lazım. 1920'lerden 1%0'lere gelinceye kadar pek çok güzel şey yapıldı. Ama önemli olan, daha çok şey yapılabilir miydi? Bu gidişle 2000'lerde veya daha uzak vadede nerelere varacağız? Şimdiden birtakım değişiklikler, düzeltmeler ve yön belirlemeler yapılırsa ileride daha gelişmiş noktalara varabilir miyiz? Konu budur. Bunu yaparken, geçmişi değerlendirmede fayda var. Hem ülkemizdeki geçmiş olayları ve hataları hem de diğerk ülkelerin yaptıklarını değerlendirmekte fayda var. Özellikle diğerk ülkeleri değerlendirmekte fayda var. Çünkü, onlar bizim sağlık düzeylerimizden geçmişler, daha ileri noktalara gelmişler.

Bizde bir yaklaşım var. Her alanda o ülkelerin yaptıklarını biz de yapalım düşüncesi var. Bana kalırsa, o ülkeler bunları yapmışlar, ama düşe kalka yapmışlar. Şimdi o ülkelere desek ki, bundan elli sene öncesine git yine aynı şevleri mi yaparsın, sorunları aynı şekilde mi çözersin? Hayır. Almanya buna bir örnektir. Finans konusunu sigortayla çözmeye çalışmış Almanlar. Ama şimdi görmüş ki, büyük hata yapmışlar ve geçtiğimiz Kasım ayında bir sağlık yasası çıkararak, sigorta sisteminde çok köklü değişiklikler yaptılar. Bugün, sigortacılığa ilk başlayan ülke olmasına rağmen, sigortacılıktan vazgeçmenin yollarını arayan bir ülke Almanya. Önemli noktalardan biri bu. Hem bizim hem de diğerk ülkelerin geçmişini ve hatalarını değerlendirmek ve bundan sonraki kararlarımızı buna dayamakta büyük fayda var.

Örgütlenme konusunda köklü değişiklikler yapmak gerektiği kanısında değilim. 224 Sayılı Yasa ve onun getirdiği ilkeler, gerek birinci basamak gerek ikinci basamak ve gerekse bunlar arasındaki ilişkileri gayet güzel planlamış. Kırsal bölgelere ağırlık vererek planlamış. Kentlerdeki uygulamalar konusunda bazı belirsizlikler ve şikayetler var. Bu tarafları düzeltilebilir belki. Ama bunun dışında, yepyeni bir örgütlenmeden yana değılim açıkçası.

Bir kanun çıktı, Sağlık Hizmetleri Temel Yasası adı altında. 224'ü destekler gibi lanse edilmekle birlikte, bana kalırsa 224'e pek uyan bir yasa değil.

Bu kanun çıktığında, çıktığında demeyelim uygulamaya konulduğunda, yıllardır uygulaya geldiğimiz 224'ün ilkelerinden sapmak zorunda kalacağız. Bence bu çok önemli bir hata.

Diğer önemli bir nokta, bir değişiklik yaparken, yeni bir model, uygulama gündeme geldiğinde onu kesinleştirmeden, yasallaştırmadan önce, hizmet araştırması dediğimiz bir değerlendirmeye tabi tutmamız lazım. Bu, ya bilgilerin değerlendirmesi şeklinde ya da pilot bir ön uygulama şeklinde olabilir. Ondan sonra yasalladır. (geçmişte yapılan büyük hatalardan birisi de budur. Bana göre Sosyalleştirme'de de aynı hata yapılmıştır. Muş, sosyalleştirilen illerin ilkidir. Bir yıl sonra Van, Ağrı ve Hakkari illeri de sosyalleştirilmiştir. Halbuki, Muş'taki uygulamalar değerlendirilseydi ve onun sonuçlarına göre bir takım düzeltmeler, değişiklikler yapılmış olsaydı, belki, Sosyalleştirme bugünkü noktaya gelmezdi. Yani, hep değerlendirerek ve hep düzelterek gitmekte fayda var. Planlama yaşayan bir varlıktır ve bitmez. Bir planı yaparsınız, uygulamaya koyarsınız uygulamalarınızı değerlendirirsiniz. Döner planınızı yeni baştan ele alır gerekli düzeltmeleri, değişiklikleri yaparsınız. Bir kanun çıktığında da durum budur. Aksı takdirde ilerleme olmaz. Bugün kovduğunuz kural bugün için geçerlidir. Ne kadar ileri görüşlü olursanız, bundan yıllar sonra hiç ummadığımız olaylar ortaya çıkar ve yaptığımız plan yürümeyebilir.

Durum böyle olunca, geçmiş modelleri aynen ve katı bir biçimde savunmakta lavda yok. Bazı değişiklikler olabilir. Ama şu anda 224 ün tepeden tırnağa değiştirilmesi, allak bullak edilmesi görüşünde değilim. Ufak telek bazı düzeltmelerle pek çok şey halledilebilir. Bunlardan bir tanesi duplikasyon sorunu. Yani, hizmet birçok kuruluş tarafından götürülüyor. 224'ün temel ilkelerinden bir tanesi sadelik, sade örgütlenmedir. Oysa hala geçmiş dönemlerin o mono-valan hizmetleri de devam ediyor. Ana Çocuk Sağlığı merkezleri devam ediyor. Hatta bir kanser dokusu gibi artmaya başlamış. 3000'i aşkın sağlık ocağı var, 200 civarında AÇS merkezi var. Aynı mahallede aşılarda, hem ocak tarafından yapılıyor hem de AÇS merkezi tarafından. Aynı binanın yarısı sağlık ocağı, yarısı ise AÇS merkezi. Bu bir komikliktir.

İlk konuşmamda söylediğim bir noktaya geri döneyim. Yöneticiler, işin başında olan karar vericiler, konunun esprisini anlamamışlar. Sosyalleştirme nedir? Sağlık ocağının gerçek işlevleri nelerdir? Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri niçin kuruldu da neden bu hale geldi? Şimdi neden kaldırılmaları lazım ya da neden sağlık ocakları ile entegre edilmesi gerektiğinin farkında değiller. Günübirlik ya da bilgisizlik içinde böyle yuvarlanıp gidiyoruz.

Bence, tek elden yönetim uzak bir ihtimal gibi görünüyor. Teori de güzel, ama Türkiye'de olacak gibi değil. En azından SSK Hastanelerini bugün oradan alıp başka bir yere bağlamak mümkün değil. Ama koordinasyon/eşgüdüm olabilir. Herhangi bir ilde Devlet Hastanesinin yataklarının yarısı boş dururken aynı ile milyarlarca lira yatırım yapıp SSK Hastanesi açmanın anlamı yok. En akılcı iş, o ildeki sigortanın ya da işçilerin Devlet Hastanesi imkânlarını değerlendirmesi ve oralardan yararlanabilmeleridir. Bu yeni bir sistemi, yeni bir modeli ya da yeni bir iktidarı gerektirmez. Onun için dönüp dolaşıp diyorum ki, baştaki yöneticilerin yetenekleri çok önemlidir.

Finansman konusu kritik noktalardan bir tanesidir ve Türkiye'de sigortacılık gündemde. Şunu bilmek lazım ki, geçmişte Türkiye hükümetleri sağlığa ayırdıkları payı iki katına çıkarabilmişlerdir. Söz gelimi, 1977-78 yıllarında Tam Süre Yasası varken Sağlık Bakanlığı'nın bütçedeki payı %65-7 dolayında idi. Ama para nereye gidiyordu? Daha çok maaşlara gidiyordu. Önemli olan o değil. Önemli olan şu; devlet, çok da geçmişte değil bundan on yıl önce, bütçesinin şimdiki iki katı kadar (ilan kısmını Sağlık Bakanlığı'na ayırabiliyor. O halde, eğer hükümet sığılğa öncelik verdiği takdirde, programında belirttiği şekilde gerçekten değer verdiği takdirde, bütçedeki payı arttırabilir.

Gelelim gerçek para ihtiyacımıza. Tabii bu payı verirken bir başka sektörden kesip vermek lazım. Diğer sektörlerin aleyhine gibi görünüyor. Yeni finans kaynakları yaratmak, ekonomistlerin hep aklında. Ve dön dolaş sigortacılık bir çözüm gibi çıkıyor karşımıza. Bana kalırsa öyle değil. Bugün Türkiye'de %40 dolayındaki kitleyi sigortaya kavuşturmak, yeni bir finans kaynağı bulmak anlamına gelmez. Çünkü, bu kille zaten Türkiye'nin sosyal yönden alt tabakalarını oluşturmaktadır. Bunların en azından yarısından, hatta daha fazlasından prim toplamak mümkün değildir.

1988 yılında o zamanın hükümetince Meclise sunulan sigorta yasasında prim alınacağı söyleniyordu. Aynı tasarıda, fakirlerden prim alınmaması öngörülmüştü. Hangi hükümet başa gelirse gelsin, prim veremeyecek kişilerden bunu alamayacaktır. Kimdir bu kişi? Kim prim veremez ve fakirdir? Fakirin tanımı nedir? Herkes değişik tanımlayabilir. Bana göre, asgari gelirin altında geliri olan kişi fakirdir. Peki, Türkiye'de ne kadar kişi asgari gelirin altında gelire sahiptir? İşte, bir sosyal güvenlik şemsiyesinin altında olmayan bu %40, zaten Türkiye'nin fakiridir. Bunların arasında, belki prim alınabilecek kişiler vardır. Ama onlar, veremeyen diğerleri tarafından götürülecektir. Bu birbirini götüren kaynakla, yeni bir gelir kaynağı yaratamazsınız. Bana kalırsa, sigortacılıkta ek finans

kaynağı bulmanın en iyi yolu, İngiltere'de olduğu gibi, vergi sistemine dayanmaktır. Bugün İngiltere'de sigorta-cılık var. Fakat vatandaş ödediği verginin ne kadarı sağlığa, ne kadarı ise başka hizmetlere gitmiştir bilmez. Bunu devlet ayarlar. Yani bir prim sistemi değildir. Yine İngiltere'de sağlık sigortasına, hizmet başına değil, kişi başına ödeme yapılır. Devlet eliyle yürütülen bir sigortacılık vardır. Öte yandan, Almanya'da iş başına ödeme yapılır. Yani, muayene yaptın yaz, röntgen çektin yaz, kültür aldın yaz, idrarına baktın yaz, kanına baktın yaz... Sonra topla. Ne kadar para tuttu ise sigortadan talep et. Bu, gereksiz muayene ve tetkikleri arttırır. Hekimleri, deontolojik olmayan bir takım yollara itebilir. Nitekim Almanya'nın şu andaki çıkmazı da budur.

Amerika'daki sigorta sistemine gelince; o bambaşka bir iş. Tamamen özel sigortalara devredilmiş, kimin parası varsa ona bakılıyor. Bugün otomobilinizi götürüyorsunuz sigorta ettirmeye, yaşına bakarlar, değerine bakarlar ondan sonra fiyat biçerler. Sizden ona göre prim alırlar. İnsan öyle değil ki. Gençten az prim almak, daha çok hastalanacak ve daha çok hizmet kullanacaktır diye, yaşlıdan daha çok prim almak insanlık mıdır? 13ü, İnsan Hakları Beyanname-si'ne uyan bir şey midir? Bu, ben halkıma sağlık hizmeti götüreceğim, bu devletin güvencesidir diyen bir devletin yapabileceği bir şey midir? Her şeyden önce insanlar arasındaki eşitliğe terstir. Bana kalırsa, Amerika'daki sigortacılık bizim Anayasa' mıza uymaz. Bizim devlet politikamıza, hükümet politikasına da uymaz. Ama korkarım bu iş başladı. Televizyonda reklamlar görmeye başladık. Olabilir, ona da iltifat eden kişiler bulunabilir ve bazıları primleri verebilirler. Önemli değil. Bence, kitleleri sağlık hizmetlerine, ücretsiz sağlık hizmetlerine kavuşturmanın yolu vergi sistemi, adaletli bir vergi sistemidir.

Sigortacılığa geçmenin birtakım ön koşulları vardır. Bunlardan bir tanesi, hizmetleri her tarafta var etmektir. Eğer bir devlet, köyünde, mezrasında yaşayan kişi ile kentte yaşayan kişiye hizmetleri eşit bir şekilde, en azından asgari hizmetleri ulaştıramıyorsa, orada sigortacılığa geçemezsiniz. Çünkü, eğer köylerde de kentlerde de aynı primi alıyorsanız, köydeki adam ne diyecek? Aynı parayı veriyoruz, ama hizmetler kentlerdekilere gidiyor diyecek. O halde sigortacılığa geçmeden önce, tüm ülke sathında bu eşitliği ve dengeli hizmet dağılımını sağlamamız gerek. İkincisi, gelir dağılımını dengelememiz lazım. Yani eşitlemek ya da tam adil bir şekilde dağıtmak gerekir. Alt ve üst gelir grubu arasındaki bu uçurumu mümkün olduğu kadar azaltacaksınız ki, işte o zaman hizmetler dengeli gitsin, primler doğru dürüst toplanabilsin. Aksi takdirde fakir çok, zengin az. Zenginden aldığı fakire gider. Bu da sigortacılıkta mümkün değil. Bence bu iki noktayı halletmeden sigortacılığa geçmek hata. Hasta ile hekim arasında para girmemesinden yanayım. Bu konuda, Dikka-

tinizi çekerim, Türkiye'de yasal boşluk yoktur. 224 Sayılı Yasa'yı dikkatlice incellerseniz; görürsünüz ki, evde ve ayakta bakım bedavadır. Yasaya göre, vaka sağlık ocağından hastaneye sevk edilmiş ise, hastanede ameliyat dahi olsa bu da ücretsizdir. Ücretli olan, sağlık ocağına başvurmadan hastaneye gidilmesi halidir. Kendi bölgesi dışında bir ocağa giderse parasını öder. Bunlar da caydırıcı unsurlardır. Ayrıca ocak hekiminin yazdığı bazı ilaçlar ücretsiz, diğer bazıları ise ücretlidir. O halde Kanunda hekimle hasta arasında (özellikle kamu kesiminde) paranın girmeyeceği konusunda bir hüküm var. Yasal boşluğumuz yok, bazı düzeltmeler yapılabilir. Mesela, diğer ilaçları da devlet karşılayacaktır şeklinde bir değişiklik yapılabilir. Yani sigortacılığı savunmada yasal boşluğu gerekçe göstermek bence yersiz. Eğer sigortacılık getirilecekse, bu kaçınılmaz ise, bir hükümet politikası ise; o zaman ne tip bir sigortacılık yapılacağı konusunda karar vermek lazım. Onda da biraz evvel saydığım üç modelden en akla yatkını İngiltere modeli gibi geliyor bana.

İnsangücü konusuna daha önce de değindim. Burada tıp fakültelerinin eğitiminden tutun Sağlık Bakanlığı'nın meslek liselerine kadar görev düşüyor. Yalnız kritik noktayı söyleyeyim. Biz eğitimde olaya tersten başlamışız. Yani önce eğitim programını çizmişiz. Kişileri mezun etmişiz. Ondan sonra, bunlara uygun işler arar durumuna düşmüşüz. Oysa, önce o insangücünün nerede kullanılacağı, ne iş yapacağı planlanır. Yani görev tanımı yapılır. Ondan sonra eğitime geçilir. Bu görevler kaç yıllık ve ne gibi bir eğitim gerekiyor önce bu belirlenir. Bundan sonra oturup bunun planı yapılır. Ben Türkiye'de bunun tersten yapıldığı görüşündeyim.

Tıp fakültelerine gelince. Bana göre hafife alındığı görüşündeyim. Bu kadar tıp fakültesi açmak, bu kadar hazırlıksız başlamak, bu kadar dağınık tıp fakültesi açmak! Sanki bir Devlet Hastanesi, bir ilçe hastanesi açıyormuş gibi fakülte açmak, bence olayı hafife almaktır. Oysa, hekimlik çok ciddi bir eğitim ister. Her fakültede, her hastanede, her yerde tıp eğitimi olmaz, olmamalıdır. Bence temel latalarımızdan bir tanesi de budur. Sayı olayını daha önce söylemişim. Hekim sayısının böylesine arttırılmasına temelden karşıyım. Gerekçelerimi burada söylemiyorum.

Ç. Güler- Sayın Özbek'in bütün söylediklerine katılıyorum. Ben tam anlaşılır olması için, birkaç can alıcı noktayı özellikle vurgulamak istiyorum. Dikkat ettiyseniz, birinci konuşmamda, genel kaniya ters bazı şeyler söyleyerek iyi bir tartışma ortamı yarattım. Bundan memnunum.

Şimdi, bir kere politikacıların sağlığa yapılan harcamaların ekonomik bir yatırım olduğunu anlamaları lazım. Yoksa ben, politikacının yönetici olmasına karşı değilim. Tabii ki, seçilmiş insanlar gelecektir. Bilinçsiz bir yaklaşım var. Onun için böyle el yordamıy-

la arama savaşı içindeler. Konuya bir yatırım olarak değil de bir harcama olarak bakıldığı için, alınan önlemler, hep günü birlik önlemler olmaktan öteye gidemiyor. Sonuçta olayı, toplumun isteğine geçici tavizler vermek olarak görüyorlar: Bunun için de olay bir poliklinik ve muayene sadakası haline dönüyor. Hatta bu zaafımızı bazı ülkeler de keşfetmiş. Birisi Amerika, birisi Rusya. Amerika bize bir uçak gönderdi. Uçağın içine göz hekimleri kovdu, tıbbi sihirbazlık yaptı. Biz de memnun olduk. Aynı şeyi Rusya gemi göndererek yaptı. Bu, politikacıların kullandığı toplumdaki zaafi, diğer ülkelerin de reklamları amacıyla kullandığı sonucuna götürüyor bizi. Bu çok korkunç bir şey.

Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun en büyük handikaplarından bir tanesi, koruyucu hekimlikle tedavi edici hekimliği birbirinden ayıracak öğeler içermesi. Sanki ayrı bir koruyucu hekimlik uygulaması, ayrı bir tedavi edici hekimlik uygulamaları var yaklaşımını getirecektir. Olumsuz bir sonuç getirecektir. Aksine, 224'ün en önemli sonuçlarından bir tanesi; koruyucu hekimlikle tedavi edici hekimliğin bir bütün olduğunu ortaya koymasıdır. Bu kanunun getireceği ikinci bir tehlike, ülkemizde birinci basamak hizmetleri geleneği tam yerleşmeye başlamışken, yeniden ve Osmanlı'dan beri uygulana gelen, birinci basamağı göz önüne almaksızın, sadece üst düzeyde bir sağlık örgütlenmesi ve hizmet sunma anlayışına yol açacak olmasıdır. Tarihsel gelişim içerisinde, halkın koruyucu hekimlikle ilgili tek uygulaması, bir tek, nazar boncuğu vardı. Onun dışında hep tedaviye yönelik arayışlar içinde olunmuştur. Gerçek anlamda koruyucu hekimlik uygulaması 224 Sayılı Yasa ile gelmiştir. Birinci basamağı kurma amacı 224'ün özünde vardır. Bizim özendiğimiz ileri ülkeler, ister sağlık sigortası getirsin ister başka bir şey getirsinler. Bunların hepsinin tuzu kuru. Şu nedenle tuzları kuru; taa tarihsel gelişim içerisinde birinci basamak hizmetleri var bu adamların. Bizim ise hiç olmadı. Ben, özellikle birinci basamak yerleşinceye kadar, sıkı bir merkezîyetçilikten vanayım.

Son olarak, ikinci bir konuya değinmek istiyorum. Biz halk sağlıkçıları, farkında olmadan bir tuzağa düşürdüler. Ama bilinçli, ama bilinçsiz. Tartışmayı açarken hep 224'ün çalışmadığını, sonuçsuz kaldığını, başarılı olamadığını söyleyerek bir tartışma ortamı yaratıyorlar. Tabii bizde 224'ün uygulanmadığını, gerçek uygulamaya imkan vermediğini savunarak ortaya çıkıyoruz. Politikacılar şunu anlamalı; biz halk sağlıkçıları körü körüne ve sadece 224'ü savunmak üzere yetişmiş insanlar değiliz. Bizler, birtakım alternatifler tartışabilecek kişileriz. Biniz (ince, bunun en güzel örneğini savın Oztek gösterdi. Tamam 224'ü neden savunduğunu, söyledi, ama onların getirmek istedikleri sistemin neden çalışmayacağını da gösterdi. En

azından asgari düzeyde çalışabilmesi için de nasıl getirilmesi gerektiği konusunda öneriler getirdi. İşte bu tartışma ortamını yaratmalıyız. Bizlerin, gerçekten alternatifler üretmek üzere yetiştirilmiş insanlar olduğumuzu, değişik alternatifleri her zaman tartışabilecek boyutta kişiler olduğumuzu göstermemiz gerekir. Benim katacaklarım bu kadar.

R. Akdur - Ben şöyle başlamak istiyorum. Bizde en çok karıştırılan konunun, birinci, ikinci, üçüncü basamak tedavi hizmetleri ile birincil, ikincil, üçüncül koruma hizmetleri kavramlarının olduğu inancındayım. Tedavi edici hizmetlerinin basamaklarından çok sık bahsedilirken, koruyucu hizmetler geri planda kalmaktadır. Ben olaya birincil, ikincil ve üçüncül koruma bazından başlanması, daha sonra tedavi hizmetlerinin basamaklarına gelmesi taraftarıyım. Böyle bir başlangıcın daha doğru olacağı inancındayım.

Konuya böyle yaklaştığımız zaman, birincil koruma dediğimiz şey; insanın çevresindeki sağlığını olumsuz etkileyebilecek her türlü olumsuzluğun giderilmesi demektir. Hadise böyle olunca, birincil koruma dediğimiz olay tamamen sağlık sektörünün dışında, dolayısı ile de sağlık personelinin dışında olan bir olaydır. Birincil korumayı yapabilmenin, yerleştirebilmenin ise, ancak GSMH'yı arttırmakla ve üleşiminin eşitlikçi hale getirilmesiyle olası olduğuna inanıyorum. Temel ve nihai çözümün yolu budur. Ancak böyle bir ortam sağlandığı zaman, konut sorunu hallolacak, beslenme sorunu hallolacak ya da çözüm yoluna girecektir.

Yalnız bundan şu anlam da çıksın istemiyorum. Türkiye'de pasta büyüsün, pastadan ayrılacak pay da büyüyecektir ve ancak o zaman sağlık hizmetleri düzelecektir demek istemiyorum. Bu kolaycı bir yaklaşım olur. GSMH'daki küçüklüğe rağmen yapılabilecek bir şeyler, önemli şeyler olduğuna da inanıyorum. Bunun en açık ifadesi de çok sık kullandığımız bir lafta vardır. "Türkiye'nin sağlık düzeyi, içinde bulunduğu ekonomik düzeyin de gerisindedir", diyoruz. İçinde bulunduğumuz ekonomik düzeyi, sağlık alanında da yakalayabilme şansımız var. İşte, bu şans nasıl yakalayabiliriz diye sorduğumuzda; bu sorunun cevabını, burada dile getirilen sorunların çözümünde aramak gerekir.

Finansman konusunda kesin olan bir şey var ki, şöyle ya da böyle GSMH'nın %5'i olmalıdır. Bunu sağlamanın yolu nedir diye sorulduğunda; bunun yolları bellidir. Bir, kamu bütçesidir diyoruz. İki, kamu sigortacılığı diyoruz. Üç, özel sigortacılıktır diyoruz ve nihayet dördüncüsü hizmet başı ödemedir. Türkiye'ye baktığımız zaman, bu yolların hepsi var ve bir arada var. Genel bütçeden sağlığa pay ayrılıyor. Kamu sigortacılığı var (SSK, Bağ-Kur). Hizmet başı ödeme var ve nihayet özel

sigortacılık da var. Arlık, bu yollardan birisi seçilmeli ve bu karmaşadan kurtulunmalıdır. Hep, bir sağlık politikasından, devletin sağlık politikasından söz edilir. Devlet kaynak yaratma olayında bu yollardan hangisini seçmiştir? Belli değildir. Eğer devlet politikası olarak bir şey belirleyeceksek önce bunlardan birisine karar vermemiz gerekecek. Size göre, bu yollardan hangisi seçilmelidir diye sorulur ise; inancım odur ki, kaynağın, kamu yoluyla toplanmak suretiyle yaratılması en doğru yoldur. Aynı şekilde dağıtımın da kamu tarafından yapılması gerekir. Bu genel bütçe de olabilir, kamu sigortacılığı şeklinde de olabilir. Sözü edilen sigortacılıktan kamu sigortacılığı kastediliyorsa, ona karşı fazla rezistans değilim. Ancak yürütülebilmesi zor. Bu konuda, Sayın Öztekin getirdiği zorluklara aynen katılıyorum.

Finansman konusundaki diğer bir olay ise, yaratılan bu kaynağın akılcı ve verimli kullanılmasıdır ki, onun da yolları belli. Burada detayına ve tartışmasına girmek istemiyorum. Yalnız Çağatay Bey'in daha önce belirttiği bir konuyu tekrar vurgulamak istiyorum. Kaynakta, miktarın yanında, akılcı ve verimli kullanmanın yanında, en az bunlar kadar önemli olan bir nokta daha vardır. O da varolan ya da yaratılan kaynağın, toplumun tüm kesimleri tarafından eşit bir şekilde kullanılmasıdır.

İnsangücü konusuna gelince; bana göre temel sorunun ne olduğunu daha önce belirtmiştim. Çözümün de buna yönelik olması gerekir. Yani her şeyden önce, başta hekimler olmak üzere, personelin geliş kaynağının toplumun tüm katmanlarına, o katmanların toplumda sahip oldukları paya uygun olarak, yayılması gerekir. Bence temel çözüm burada yatıyor. Yoksa, bugün dile getirildiği gibi sayısal sorun o kadar önemli değil. Hatta, bazı koşullarda, eğitimin niteliği de o kadar önemli değildir. Hekimlerin geliş kaynaklarının toplumun kompozisyonunu yansıtacak duruma gelmesi halinde, bunun bir sonucu olarak, tıp fakülteleri de topluma yönelik ve toplumla bütünleşmiş bir yapıya kavuşacaktır. Ancak, tıp fakültelerinin topluma yönelmeleri ve onunla bütünleşmeleri için personel kompozisyonunun değişmesine kadar beklemeye de gerek yoktur. Bir an evvel çalışmalara başlanabilir. Beş Yıllık Planlardaki "Ülkenin sorunlarını bilen ve onları çözecek nitelikte ve beceride hekim yetiştirilmesi" sözleri, bu iki olayın açık ifadesidir. Yani hekimler, ülke sorunlarının içinde yaşayan kesimlerden gelmiyor ve fakülteler onlara bu bilgileri ve alışkanlıkları veremiyor. Hemen bütün planlarda bu konu dile getirilmiş ama bir türlü çözüm bulunamamış.

Elbette ki, insan gücü için bir projeksiyon ve planlama yapılması gerekir. Sayılar gerçekten yeterli mi? Yetersiz mi? Günümüzde çok hararetli bir şekilde

tartışılıyor. Yalnız, tarafların bilimsel bazda ve sağlıklı bir projeksiyon yaparak konuya cevap verdiklerini henüz göremiyoruz. Bugünkü koşullarda sağlıklı bir projeksiyon yapmak da olanaksız gibi görülüyor. Çünkü, henüz topluma sunulacak ya da sunacağımız sağlık hizmetinin kapsamı belirlenmiş değil. Personelin sayısını belirleyecek olan da budur.

Bence, insan gücü konusunda acilen halledilmesi gereken konu, personelin özlük hakları konusundaki sorunlarıdır. Ücretlerin, çalışma koşullarının yanında personelin atama, yer değiştirme, terfi gibi işlemlerinin bir an önce demokratikleştirilmesi gerekir.

Sağlık ve Toplum - Pardon burada devreye girmek istiyorum. Tıpkı Hakimler Kurulu gibi bir hekimler kurulundan söz ediliyor. Bu konudaki görüşlerinizi de eklemlisiniz?

R. Akdur - Bu konuda çeşitli alternatifler üretilebilir. Bir "Yüksek Hekimler Kurulu" kurulması, eskiden beri katıldığım bir görüştür. Yalnız burada bu kurulun yapısı, bileşimi çok önemli. Yani Yüksek Öğretim Kurulu gibi, Yüksek Hakimler Kurulu gibi bir kurul kurarsanız bunun bir anlamı yok. Bu da benim anlatmak istediğim gibi bir demokratik işleyişi getirmez. Bunun dışında da bir takım alternatifler geliştirilebilir. Önemli olan, gerçek anlamda bir atama, yer değiştirme ve terfi sisteminin kurulmasıdır.

Örgütlenme konusunda temel sorunun, Anadolu'ya gidememek, tüm toplumu kucaklayamamak olduğunu söylemiştim. Bunun altında yatan nedenin biraz önce söz ettiğim insan gücünün temel sorunu ile finans yetersizliği olduğunu düşünüyorum. Artı, kırsalın yapısıdır. İnancım odur ki, bu sorunlar çözümlenmeden örgütün Anadolu'ya yayılması gerçekleştirilemez. Nihai çözüme ulaşamaz. Ancak, bunu bekleyecek miyiz? Hayır. Şu anda ne yapılmalı, ne yapılabilir diye sorarsanız; şurası kesin, adı ya da yöntemi ne olursa olsun örgüt kırsala gitmelidir. Sosyalleştirme buna güzel bir örnektir, modeldir. Ama Sayın Öztekin konuşmasında belirttiği gibi, katı bir sosyalleştirme taraftarı değilim ben. Bir örnek vermek gerekirse; biraz önce niteliğini belirttiğim bir insan gücüne/insana, gel kırsalın bilmem neresinde her türlü çevre ve sosyal olanaklardan yoksun bir ortamda otur ve hizmet ver diyeceksiniz. Doğru, en azından gerçekçi bulmuyorum. Buralara hizmeti götürmek için, yerel birtakım alternatifler geliştirilebilir. Sosyalleştirme'nin yerleşmemesi / yaygınlaşmaması ve benimsenmemesinde en önemli yanlışın, işe Doğudan ve kırsaldan başlanması olduğuna inanıyorum.

Örgütlenmede, çok sık dile getirilmeyen ve bence çok büyük bir önemi olan diğer bir konu var. O da, örgütün, özellikle yönetsel anlamda toplumla bütünleşmesi ve toplumun katkı ve katılımının sağlanmasıdır. Diğer bir anlatımla, sağlık birimlerinin yöneti-

mine toplumun ve çalışanların katılmasının sağlanması. Yani buraların demokratikleştirilmesi. Arkadaşlarımın, Sosyalleştirme de o da vardır dediklerini duyar gibi oluyorum. Evet Sosyalleştirme’de bunun kurulları vardır. Ancak, çalıştırılmamıştır. Demokratikleşemeyen bir örgüt ise, ayaklan havada kalmaya mahkumdur.

Son olarak planlama konusunda da bir kaç söz söylemek istiyorum. Ben, planlama denilince, biraz önce dile getirdiğim sorunlara çözüm getirecek ya da en azından çözümü yönünde bir kanala oturtacak planlamayı anlıyorum. Planlar, artık kaynağı net bir

şekilde göstererek GSMH'dan yeterli pay ayıracak planlar olmalıdır. Personelin kendine özgü yapısını bozup, toplumun kompozisyonunu yansıtacak bir yapıya kavuşturucu yönde olmalıdır. Aksi takdirde bir takım teorik sözlerin tekrarından başka bir şey olmayacaktır. Bu durumda ise, geçmişte olduğu gibi, kağıt üzerinde kalmaya mahkum olacaktır. Planların teknik içeriğine gelince, hem daha önce dile getirildi, hem de sağlık yönetiminin alfabesi gibidir, burada üzerinde durmak istemiyorum.

Sağlık ve Toplum - Teşekkür ederiz, katkılarınız için.