

SAĞLIK HİZMETLERİNDE GENEL DEĞERLENDİRME*

(EYLÜL 1991)

Türk Tabipleri Birliği

Toplumsal yaşantının dinamikleri üretim temelinde yükselir. Üretimin maddi sonuçlarının artırılması ve toplumsal zenginlik olarak biriktirilmesi ölçüsünde, tek tek ve tüm bireylerin yaşam standartlarının da artacağı beklenir.

Oysa, tarih sürecin sanıldığı gibi gelişmediğini gösterir. İlk çağlardan beri her toplumsal sınıf, yaşamın içeriğini oluşturan çalışma, beslenme, barınma, bilgilenme ve bunlar yeterince karşılanmadığında ortaya çıkan aksaklıkları gidermeye yönelik olarak kurumlaştırılan klasik anlamdaki sağlık hizmetinden farklı düzeylerde yararlanmıştır/yararlanmaktadır.

Kısaca, toplumsal artı ürüne-zenginliklere geniş halk kesimleri dışındaki azınlık bir sınıfa el konulduğu ve bunun süreklileştirilmesi yolunda her türlü mekanizmanın "yasallaştırıldığı" Toplumsal Yapı sağlık sorunlarının nedenidir. Aynı süreç içerisinde, toplumun sözü edilen geniş kesimleri kendi yaşantıları üzerindeki bütün düşünme ve gerçekleştirme haklarını yitirmiş ve yaşamsal olanaklar açısından yoksullaşmışlardır.

Ülkemizde, kabaca 1950'lerden beri ve son 11 yıldır iyice belirginleşmek üzere, dışa-bağımlı kapitalizmin sınıflı yapısı yaşanmakta, sınıflı toplumun sorunları dışa-bağımlılıkla perçinlenmektedir. Bu süreç şu şekilde somutlanmaktadır;

a) Tarımsal ürünlerin taban fiyatları düşük tutulmakta, buna karşın sanayi ürünleri çok daha pahalıya pazarlanmaktadır. Sonuçta, Köy-Kent, Doğu-Batı farklılaşmaları artmakta, köysel-toplumsal yapılarıdaki tabakalaşma derinleşmektedir.

b) Sanayi işçilerinin ücretleri ile memur maaşları reel anlamda düşürülmektedir.

c) İktisadi alandaki bu düzenlemeleri sürdürebilmek için demokratik hak ve talepler ola-

bildiğince baskılanmaktadır.

d) Böylece, Türkiye dünya kapitalist pazarı için ucuz hammadde ve emek gücü ülkesi durumuna getirilmekte, kapitalist sistem içerisinde emek-yoğun üretim yapan bir gelişim çizgisine oturtulmaktadır.

e) Buna karşın doğal olarak, bir yandan halkın yoksulluğu ivmelenmekte, bir yandan da dış borçlar artmaktadır.

Bu tablo ilk elde kendisini ülkemiz toplumsal sınıfları arasındaki gelir dağılım bozuklukları biçiminde ortaya koymaktadır.

a) Türkiye ağır bir dış borç yükü altındadır. Geçtiğimiz 10 yıl içerisinde dış borçlar % 189 oranında artmıştır. Bu borç yüküyle insan sağlığını geliştirici alanlara yatırım yapılabilmesi olanaksızdır.

b) Gelir dağılımı açısından en yukarıda bulunan % 20'lik grup toplam ulusal gelirin % 76'sını alırken, en alttaki % 20'lik grup % 4'ü ile yetinmek zorunda kalmaktadır.

c) Son 10 yıl içerisinde ulusal gelir içinde tarımın payı % 24'ten % 15'e, ücret ve maaşların payı % 33'ten % 15'e düşerken, kâr-faiz-rant üçlüsünün payı % 43'ten % 70' yükselmiştir.

d) Aynı süre içerisinde asgari ücretin satın alma gücü % 12 oranında azalmış, ortalama reel ücret düzeyi % 56 oranında küçülmüştür.

e) Tarım sektöründe arazilerin az sayıdaki işleme elinde toplanma eğilimi gösterdiği, topraksız aile sayısının arttığı gözlenmektedir.

Bu durumda işçi, memur ve yoksullaşan köylülerden oluşan geniş halk kesimlerinin, temel yaşamsal olanaklardan, ekonomik açıdan toplumun en tepesinde yer alan gruplar kadar yararlanamayacakları açıktır.

KISACA, TÜRKİYE'NİN DIŞA-BAĞIMLI
KAPİTALİST YAPISININ YUKARIDA

* 1991 Genel Seçimleri öncesi yayınlanan
TTB Değerlendirme Raporudur.

SIRALADIĞIMIZ DİNAMİKLERİ TOPLUMUN GENİŞ KESİMLERİ İÇİN GEÇERLİ OLAN BÜYÜK BOYUTLU SAĞLIK SORUNLARINI BELİRLEMEKTEDİR:

1- ÜRETEENLERİN SAĞLIK SORUNLARI SON 10 YILDA DAHA DA BOZULMUŞTUR:

a) Çalışan toplum kesimlerinin üretim süreci üzerindeki denetimlerini yitirmelerinin sonucu, çalışma sürelerinin uzaması, iş koşullarının kötüleşmesi, çalışmanın sıradan tekrarlar ve gelişici yönü olmayan bir angarya biçimini alışı, kısaca yabancılaşmadır. Bu nedenle üretimde insanca ilişkiler ve üretimin yapısının bu yönde değiştirilmesi, insan sağlığı için kazanılmazdır.

b) Ülkemizde ücretlerin yükseltilmesi, çalışma koşullarının düzeltilmesi v.b. gibi konular işveren-işçi çevreleri arasındaki keskin çelişkilerden biridir. Dolayısıyla iş koşullarının kötülüğü ve güvensizlik son derece önemli bir sorunu oluşturmaktadır. Tüm sendikal hakların, son 10 yıldır, büyük ölçüde askıya alınması, bu sorunların halen çözümsüz oluşlarının başlıca nedenlerindedir.

c) Ülkemizde iş kazaları ve meslek hastalıkları önemli sorundur. İş kazaları nedeni ile ölüm riski Avrupa ülkelerinde % 10 iken, Türkiye'de % 40'dır.

d) İşsizlik üretim içinde gelişen insanlığa sınıflı toplumların bir "armağanı"dır. Bu "armağan"ın insan fizyopsikolojisi üzerinde olumsuz etkileri pek çok araştırma ile saptanmıştır.

Türkiye'de işsizlik oranı dünyanın pek çok ülkesinden fazla olup, % 14 civarındadır.

e) Türkiye'de işçi kesiminin çoğunluğu sağlık açısından hiçbir güvenceye sahip değildir. Bu alanda hizmet üretmesi beklenen SSK ise tam bir Sosyal Soygun Kurumu durumundadır. SSK'nın son Faaliyet Raporu'ndan (1989) elde edilen verilere göre işveren kesiminin prim borçları toplamı 670 milyar liradır. Bu miktar Kurum'un 1989 yılında tedavi gideri olarak yaptığı harcamanın 15, sigortalı ve emekli işçiler ile ailelerinin ilaç bedeli olarak ödediği paranın 10 katıdır. İşçilere hizmet verecek bir kurum olmakta birlikte, hiçbir demokratik denetim mekanizması işletilmemektedir. SSK sağlık bütçesi sürekli kâr etmesine karşılık, sağlık yatırımı yapılmamaktadır. Son 10 yıl içinde hiçbir yeni hastane açılmamış, yatak sayısı ise çok az artırılmıştır (1982'de 17365, 1986'da 18220). Daha da önemlisi SSK'nın koruyucu sağlık hizmetlerini hedeflememesidir. Dolayısıyla işyeri düzeyinde sağlık örgütlenmesi yoktur. Oysa SSK harcamalarının yaklaşık yarısı ilaç için ayrılmaktadır.

f) Son derece önemli bir işlevi olan Ankara Mes-

lek Hastalıkları Hastanesi'nin yatak kapasitesi 50'den 15'e düşürülmüştür. İstanbul'daki ise sıradan bir SSK Hastanesi'ne dönüştürülerek birçok bölümü kapatılmıştır.

g) İşçilerin, memurların ekonomik, sosyal haklarını savunabilmeleri her türlü eylem ve örgütlenme biçimleri engellenmiştir. Oysa ki, bireylerin kendi yaşamlarıyla ilgili her düzeydeki soruna ilgi duyabilmeleri ve kendilerini bu sorunlara el atıp, çözümlenebilecek yetkinlikte görmeleri Politik Etkinlik hissi olarak adlandırılmakta ve önemli bir ruhsal sağlık kriterleri olarak alınmaktadır. Bu durumda Türkiye'de pısrık, depressif bir toplum yapısının koşullandığını belirtmek yanlış olmayacaktır.

2- TOPLUMUMUZ BİLGİ VE BİLİMSEL DÜŞÜNCEDE DAHA DA UZAKLAŞTIRILMIŞTIR:

a) Bilinçli insan sağlıklıdır. Ülkemizde insanlar giderek daha fazla oranda bilgiye ve bilimsel düşünceye yabancılaştırılmaktadırlar. Çünkü, bilinçli insan tüm çevresini de sorgulamaya yani politik etkinlik hissi edinmeye ve yaşatmaya başlar. Türkiye'de ise böylesi bilinçli insanların varlığı sistem için tehlike olarak algılanmaktadır.

b) Türkiye'de bilgi üretimi amaca yönelik değildir; eğitim işlevsizdir. Bu olgu en çarpıcı biçimde üniversiteli işsizler ordusunda yansımaktadır.

c) Türkiye'de eğitim bir kâr metaı, durumundadır. Bu çeşitli sosyal sınıfların bilgilenme ve eğitim fırsatlarından eşitsiz yararlanmalarının nedenidir.

d) Ülkemizde, kitlelerin yoksullaştırılması sürecinde, bilim dışı öğelerin genç nesillere bilgi gibi sunulduğu ve bunun siyasi bir tavır olarak benimsendiği görülmektedir. 1970'te 40 olan imam-hatip okulu sayısı 1987'de 717'ye çıkarılmıştır.

e) Bütün toplumsal-demokratik taleplerin kısılması siyaseti eğitim sistemine de yansıtmıştır. YÖK bunun en çarpıcı örneğidir.

3- BESLENME YETERSİZLİĞİ, GİDEREK DAHA DA ÖNEMLİ BİR SORUN OLARAK, YAYGINLIĞINI SÜRDÜRMEKTEDİR:

a) Gelir dağılımındaki bozukluk temel besin maddelerinin tüketimini azaltıcı etki yapmaktadır.

b) 1974 ve 1984 yıllarında yapılmış, Türkiye'yi temsil eder nitelikte olan iki araştırma, geçen 10 yıl içerisinde toplumumuzdaki süt, yoğurt, et, sebze ve meyve tüketimlerinin azaldığını, buna karşın kurubaklagil ve şekerin daha fazla tüketildiğini göstermektedir. Protein tüketimleri açısından durum şöyledir:

Yıl	Protein Tüketimi (gr)	
	Hayvansal	Toplam
1974	22.5	85.0
1984	17.3	75.3

c) Türkiye'de en yüksek ve en düşük gelirli toplumsal grupların kalori ve protein tüketimlerinde, ikinciler aleyhine belirgin farklar bulunmaktadır:

**Çeşitli Besinlerin Tüketimleri (1974 için)
(Standartlaştırılmış)**

Gelir Grupları	Ekmek	Süt	Yoğurt	Peynir	Et	Yumurta
En düşük	100	100	100	100	100	100
En yüksek	83.5	290	66	351	439	371

**Çeşitli Besinlerin Tüketimi (1984 için)
(gr. ve kalori olarak)**

Gelir Grupları	Hayvansal Protein	Top. Protein	Kalori	Yoğurt	Et	Peynir	Ekmek
En düşük	7	54	1890	20.3	1.4	14	321
En yüksek	31.5	73.5	2240	109.9	78.4	29.4	235.9

d) Okul öncesi yaş grubu çocukların %20'sinde büyüme geriliği vardır. Bu oran Doğu Bölgelerinde %40'a çıkmaktadır. Beslenme ile ilgili olan hastalıklardan kansızlığın 0-5 yaş çocuklardaki oranı %40, okul çağı çocuklarındaki oranı %26'dır. Ailelerin %25'inde enerji, %22'sinde demir, %45'inde A vitamini, %84'ünde C vitamini eksikliği saptanmıştır (1984).

4- BARINMA SORUNLARI, KIRDAN KENTE GÖÇÜN GECEKONDULAŞMA BİÇİMİNDE YAŞANMASI İLE DAHA DA AĞIRLAŞMIŞTIR.

a) Kırsal kesimin ihmal edilmiş yapısı nedeniyle devam etmekte olan göç olgusu, kentlerdeki aşırı nüfus yığılması ve gecekondulaşmayı koştulamaktadır. Gecekondu nüfusun kentsel nüfus içindeki payı %30 civarındadır. Bu oran, üç büyük il dikkate alındığında %70'ten fazladır.

b) Gecekondu nüfusu işçiler, memurlar, zanaatkarlar ve belirli bir işi olmayanlar oluşmaktadır.

c) Türkiye'de 100.000'den fazla insan mağara, kovuk, çadır gibi yerlerde yaşamaktadır.

d) Köylerde ve kentlerde "normal" konut olarak değerlendirilen konutların önemli kısmının sağlık açısından durumları kötüdür. Konutların %22.8'inde ayrı bir mutfak (bu oran kırsal kesimde %54.6, Doğu'da, %50.2, Güney'de %38.8 dir) yoktur. İçme

suyu yetersiz olan 12.000, temiz içme suyu olmayan 22.000 yerleşim yeri bulunmaktadır. Kentlerde nüfusun yaklaşık %20'si, kırsal yörelerde de %85'i kanalizasyon sisteminden yoksundur. Kentsel nüfusun yalnızca %18'i atık işleme tesisine sahiptir.

e) Kimi üretim sektörlerinin geçici işçi çalıştırdıkları bilinmektedir. Bu, ülkemizin bazı bölgelerinde belirli aylarda görülen aşırı nüfus yığılmasının nedenidir. Bu yolla, her yıl yaklaşık 1 milyon insanın hareketlendiği bilinmektedir. Buna karşın aynı nüfusun gereksinimi olan yeterli barınma olanaklarının sağlanmadığı açıktır.

5- TÜRKİYE'DE İNSANLARIN YAŞAM HAKKI GASPEDİLMİŞTİR, İŞKENCE KURUMLAŞTIRILMIŞTIR:

Yukarıda da sözü edildiği gibi, Türkiye'de sağlığın temel koşulları olan katılım, beslenme, barınma, bilgilendirme ve insanca çalışma hakları bile yaşama geçirilebilmiş değildir. Öte yandan bu sorunları yaşayan toplum kesimlerinin sağlıklı yaşam yönündeki talepleri örgütlü ve etkin olmaktan uzaktır ve siyasi iktidarcı acımasızca baskılanmaktadır. Bu baskılar 12 Eylül ve izleyen dönemde doruğa çıkmıştır. İnsanlar düşüncelerinden dolayı olmadık işkencelerden geçirilmişler, yıllarca hücrelerde tutulmuşlar, çeşitli hakları ellerinden alınmıştır. Bu baskıların günümüzde özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da Kürt kökenli insanlara karşı daha da tırmandırıldığı izlenmektedir. Sözü edilen bölgede Olağanüstü Hal Uygulaması olağanlaştırılmış, işkence günlük yaşamın bir parçası durumuna getirilmiştir.

6- SAĞLIK SİSTEMİ DERİN VE İZLENEN POLİTİK TERCİHLER İÇİNDE ÇÖZÜMÜ OLANAKSIZ GÖRÜNEN SORUNLARLA YÜKLÜDÜR:

Gelişmiş batı toplumlarında, sağlık hizmetinin boyut ve niteliğini belirleyen bileşenler şöyle sıralanabilir:

a) O ülkeye özgü üretimin gerekli kıldığı üretimci işgücünün niteliği,

b) Halkın sağlık hizmetini alım gücü,

c) Sağlık hizmeti sunan çeşitli çaptaki özel işletmelerin, ilaç ve tıbbi teknoloji üreten, pazarlayan

kapitalist işletmelerin sağlık pazarına yönelik beklenti ve girişimlerinin hacmi,

d) Halkın sağlık hizmeti talebi,

e) Halkın ve çeşitli demokratik örgütlerin daha iyi bir sağlık sistemi ve genel anlamda daha sağlıklı yaşam koşulları yönündeki mücadeleleri,

f) Sistemin sağlık alanındaki manipülatif girişimleri.

Sonuç olarak bugün, batılı toplumlarda, endüstrinin ihtiyaç duyduğu nitelikli emekgücü ve 19. y.y. sonlarında düzenli sağlık hizmeti yönündeki demokratik mücadele ortamı tüm topluma yönelik, asgari düzeyde standardize edilmiş, her an ulaşılabilir bir sevk zincirini izleyen ve çeşitli kamu kurumlarınca sunulmakta olan bir sağlık örgütlenmesini ortaya çıkarmıştır. Öte yandan, toplumsal yaşantının her alanında işleyen pazar koşulları ve yaşam standartları farklı/değişik toplumsal sınıfların kaçınılmaz-varlığı özel sağlık işletmelerinin varlığının nedenidirler. Bu mekanizma içinde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini tamamen kamu sektörü sunmaktadır. Özel sektör ise daha çok kâr getirici, sistemce kolayca manipüle edilebilir, reklam konusu yapılabilir, pazarlanabilir ve kolay "eskitebilir", pahalı teknoloji ile pahalı hizmet üreten tedavi edici sağlık hizmetlerini sunma eğilimindedir.

Türkiye için durum incelenirse;

A) SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN SORUNLARI:

a) Türkiye'de sağlık sektörünü belirleyen bileşenler sağlık sistemindeki dağılımı koşullayacak yönde etkilemektedir:

Türkiye'de uluslararası sağlık kuruluşlarınca önerilen ve batı standartlarını tutturabilecek bir sağlık örgütlenmesinin nesnelliği yoktur. Uluslararası işbölümü çerçevesinde Türkiye'ye biçilen rol görece olarak çok daha niteliksiz emek-yoğun üretimdir. Sistem açısından, bu nitelikteki emek gücüne daha fazla sağlık yolunda yatırım yapmanın anlamı yoktur. Öte yandan halkın belirginleşmiş bir sağlık talebi de yoktur. Batı ülkelerinde yıllık kişi başına hekime başvuru sayısı 6-14 arasındaki iken, Türkiye'de bu sayı 0.5 civarındadır. Bu talep eksikliği batıda gözlenen tekeli hastane zincirlerinin Türkiye'de tutmayışının nedenini de açıklamaktadır. Öte yandan daha sağlıklı yaşam yönündeki her türlü demokratik mücadele biçimi en başından baskılanmış durumdadır. Bu durumda ne daha nitelikli sağlık hizmeti talepleri gelişebilmiştir ve ne de özel sağlık işletmelerinin, büyük ölçüde kârlılığın koşulları (1979'da 90 olan

özel sağlık kurumu-hastane sayısı, 1989'da yalnızca 115'e, yatak sayıları ise 3850'den 5469'a ulaşmıştır) sağlanabilmiştir.

b) Türkiye'de devlet çağdaş sağlık hizmeti sunmak niyetinde değildir:

Bu durumda devletin sağlık hizmeti üretmek gibi bir niyeti olmamaktadır. Sağlık örgütlenmesi son derece dağınıktır. Dışa-bağımlı olmanın sonucunda Batılı ülkeler artideğer aktarmak zorunluluğu ve tırmanan dış borçlar nedeniyle sağlık alanındaki tüm kamu harcamaları olabildiğince sınırlanmakta, boş kalan ortamı irili-ufaklı özel sağlık işletmeleri doldurmaktadır. Özel sağlık sektörünün desteklenmesi devletin ve sermaye çevrelerinin politikasıdır. Son yıllarda iyice belirginleşen bu süreç en üst düzeydeki yasal düzenlemelerde dile getirilir olmuştur.

1982 Anayasası'nın 56. maddesinde sağlık alanında ilk kez "özel kesim"den sözedilmiş ve devletin bu alandaki sorumluluğu "ödev" olmaktan "düzenleyici" ve "denetleyici" olmaya indirgenmiştir. 1983 programında sağlık alanında "özel sağlık müesseselerinin kurulması, teşvik edilmesi, ... rekabetin sağlanması için tedbirlerin alınacağı"ndan bahsedilmiştir. 5. Beş Yıllık Planda "özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır" denilmiştir.

Öte yandan TÜSIAD'ın 1983 tarihli Kamu Bürokrasisi adlı raporunun konuyla ilgili yaklaşımı, süreci bütüncü niteliktedir; "Kamu yönetiminden beklenen, özel girişime en elverişli koşullarda, en az bürokratik karışma ile hizmet sunmasıdır".

c) Sağlık hizmetinin finansmanına ilişkin veriler olumsuzdur:

Türkiye'de devletin sağlığa verdiği "önem" in en temel göstergeleri genel bütçeden sağlık için ayrılan pay ile ulusal gelir içinde sağlık harcamalarının oranının düşüklüklere düşürülmesidir.

GSMH içinde sağlık harcamalarının (SH) payı batılı ülkelerde %13'e kadar çıkmakta ve %6-13 arasında değişmektedir. Yine bu ülkelerde bu payın %64 ile %96'sını kamu harcamaları oluşturmaktadır. SH/GSMH oranı, orta gelir düzeyindeki ülkelerde %2.6-5.4, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde %2-4.2 arasında bulunmaktadır. Orta gelir düzeyindeki ülkeler arasında gösterilen Türkiye, bu açıdan - Endonezya hariç son sırada yer almaktadır.

Türkiye'nin bu konuda giderek daha olumsuz bir duruma geldiği görülmektedir:

Türkiye'de SH/GSMH Oranları (%)

	1981	(%)	1987	(%)
Kamu	2.32	66.5	1.54	51.4
Özel	1.17	33.5	1.44	49.6
Toplam	3.49	100.0	2.98	100.0

1987'deki %51.4'lük kamu harcamalarının da, ancak %34'ü genel bütçenin payı olup, kalan bölüm çeşitli sigortaların harcamalarıdır.

Öte yandan GSMH içindeki savunma harcamaları hiç bir zaman %4'ün altına inmemiştir. Türkiye, bu açıdan, Avrupa ülkeleri arasında İngiltere'den sonra 2. sırada bulunmaktadır.

Genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay ise %3-4 arasında değişmektedir (Milli Savunma Bakanlığı bütçesi %10 dolayındadır). Bu konuda Türkiye Cumhuriyeti'nin en düşük oranı 1989'da %2.7 ile gerçekleşmiştir. Türkiye bu oran yönünden de kendi grubundaki ülkeler arasında Endonezya ile birlikte en son sırada yer almaktadır:

5YKÖO(*) Binde 71-140 Olan Ülkeler	Bütçeden Sağlığa Ayrılan Pay (%)	Kişi Başına GSMH (ABD Doları-1988)
Fildişi Sahili	4	770
Zambiya	5	290
Kenya	7	370
Endonezya	2	440
El Salvador	7	940
Türkiye	2	1280
Zimbabve	8	650
Ekvador	7	1120
Papua Yeni Gine	10	810
Donimik Cumh.	12	720
Filipinler	6	630

(*) 5YKÖO, 5 yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı (Yukarıdaki tabloda ülkeler 5YKÖO'larına göre en yüksekte en alçağa doğru dizilmiştir).

Öte yandan 1982-85 arası toplam kamu yatırımları %8 artarken, kamu sağlık sektörü yatırımları %40 azalmıştır.

d) Kamu sektörünün sunduğu sağlık hizmeti pahalılaştırılmıştır:

Türkiye'de yıllardır kamu sağlık harcamalarının düşük düzeyde tutulması politikasının yanısıra izlenen diğer bir eğilim kamu sağlık hizmetlerinin pahalılaştırılmasıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tedavi kurumlarındaki fiyat artışları bu gerçeğin tipik bir göstergesidir:

Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kurumlarda Hizmetlerin Fiyat Değişiklikleri (TL):

	1981	1985	1988	1991
Poliklinik	100	500	2000	15000
Enjeksiyon	50	250	1500	5000
Yoğun Bakım	5000	7500	25000	200000
Röntgen	150	500	3000	25000
Kan sayımı	100	500	1500	20000
Özel Oda	1500	2500	50000	150000
Küçük cerrahi	2500	10000	60000	400000

Görüldüğü gibi 1981-91 döneminde fiyat artışları 100-150 kat dolayındadır. Aynı dönemde enflasyon artışı ise, 40 kat civarında gerçekleşmiştir. 1981'de özel muayenehane muayene fiyatları Sağlık Bakanlığı'ndaki muayene fiyatlarının 4.8 katıyken, bu oran 1991'de 3.3'e düşmüştür.

e) Tıbbi-endüstriyel kompleks yoğunlaşmıştır:

Kamu sağlık harcamalarının azaltılması ve kamu sağlık hizmetlerine yapılan astronomik zamlarla, politik düzeyde hedeflenen özelleşmenin ekonomik temeli oluşturulmaya çalışılmaktadır. Ancak yukarıda da belirtildiği gibi dışa bağımlı ve az gelişmiş bir ülke olması sıfatıyla Türkiye'de büyük ölçekli özel sağlık işletmelerinin yaşaması zordur. Nitekim şimdiye dek bu konuda önemli bir gelişme olmamıştır.

Buna karşın, özellikle büyük illerde, ucuz hekim emeği kullanarak, eksik olan birinci basamak sağlık hizmetini veren polikliniklerin sayısında büyük artış olmuştur.

Özelleşme yönündeki süreç daha çok tıbbi endüstriyel kompleks olarak tanımlanabilecek olan tekelci çevrelerin işine yaramıştır. Son 3 yılda yaklaşık 600 milyon dolarlık tıbbi cihaz ithalatı yapılmıştır. Hangi gereksinime yanıt vereceği bile düşünülmezsizin sağlanan bu gelişme, Türkiye için yeni bir dışa bağımlılık yolu yaratmaktadır.

1980 sonrası yapılan düzenlemelerle; önce Sağlık Bakanlığı'nın ilaç hammaddeleri ithalatındaki yetkisi kaldırılmış, üreticilerin zam isteminde bulunabilmeleri için gerekli olan sinai maliyet artış oranı %20'den %10'a düşürülmüş, Sağlık Bakanlığı'nın "sürümü" olan ilaçların kâr hadlerinde indirim yapma yetkisi elinden alınmış; sonra da ilaç fiyatlarının Sağlık Bakanlığı'na bildirdikleri fiyatların 10 gün içinde reddedilmemesi halinde aynen yürürlüğe girmesi kabul edilmiştir (1984 İlaç Fiyat Kararnamesi). Bu kararnameden sonra, ilaç şirketlerinin bilançoları 5 yıl Sağlık Bakanlığı'na gönderilmemiştir. İlaç fiyatlarını önemli ölçüde artıran ilaç reklamları izine tabi olmasına karşın, bunun için izin alınmamaktadır.

İlaç ile ilgili alınan önlemlerin en belirgin sonucu, en çok satan ve en çok ihtiyaç duyulan ilaçlara astromonomik zamların yapılmasıdır. İlaç fiyatları Aralık 1981-Aralık 1984 arasında %125 artarken, 1984 kararnamesinden sonraki 3 yılda bu artış %300'e ulaşmıştır. İlaç şirketleri, pazar payı büyük olan ilaçlarına yüksek zamlar, pazar payı küçük olan ilaçlara ise daha az zam yapmaktadırlar. İlk 10 ilaç şirketi, toplam satışların yaklaşık 3/4'üne sahip 3-4 "lokomotif" ilaç üreterek kârlılıklarını artırmışlardır.

1980-89 arasındaki ilaç fiyat artışları; Becozym C 378 kat, Natisedin 375 kat, Bactrim tablet 285 kat, Kofilin Şurup 259 kat, Visine damla 257 kat, Purinol eff. 244 kat, Bemiks Drj. 299 kat, Novalgin tablet 225 kat olarak gerçekleşmiştir. Bu arada aynı etken maddeyi taşıyan ilaçlar %200 oranında farklı fiyatlarla satılabilmektedir. Fiyat kontrolü yapılmamaktadır. Satılan 14 kalem pahalı ilaç yerine, onlarla eşdeğer çok daha ucuz ilaçlar alındığında sadece bu ilaçlarda yapılan tasarrufun 1989 için 100 milyar olduğu, 350 kalemde ise bu miktarın 250 milyara ulaştığı hesaplanmıştır.

İlaç piyasasının yaklaşık 2/3'ü 10 büyük firmanın denetimindedir. 1971'de %24 olan en büyük 5 ilaç firmasının pazar payı, 1980'de %43.98, 1982'de %43.82, 1985'de %44.99, 1988'de %41.05 olarak hesaplanmıştır.

En büyük 10 ilaç firması toplam üretiminin %63.4'ünü, en büyük 20 firma da %84.37'sini gerçekleştirilmektedir.

Yerli üretimin yoğun olduğu ileri sürülen ilaç sanayinin büyük ölçüde ithalata (özellikle hammadde ithalatına) bağımlılığı söz konusudur. Toplam ilaç ihracatı 1983'de 12.8 milyon dolardan 1988'de 62.6 milyar dolara yükselirken; toplam ithalat 107.7 milyon dolardan 293.3 milyon dolara çıkmıştır. 1983'te ilaç hammadde ihracatı, ithalatın %5'i oranında gerçekleşmişken, bu oran 1988'de ancak %16 olmuştur.

Sağlıkta özelleşme eğilimlerinin bir diğer boyutu hekim kitlesi içindeki tabakalaşmadır. Farklı nitelikteki sağlık kurumlarında (devlet ve çeşitli boyutlardaki özel işletmeler gibi) çalışmak ve hatta bu sağlık kurumlarını mülkiyetinde bulundurmamak durumu, bu ayrışmanın nesnelligidir. Yalnızca devlet kurumlarında çalışanların yanında kendi özel işletmelerine sahip olanlar ve hatta başka hekimleri ücretli olarak çalıştıranlar ya da bu işletmelere emeklerini satarak geçinenler bu katmanlar içinde ayırdedilebilirlerdir.

f) Tedavi edici hizmetlere yönelim sürmektedir:

Sağlık hizmetinin pazar koşullarına terki tedavi edici hizmetlere öncelik verilmesini koşullamaktadır.

Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde tedavi hizmetlerine ayrılan pay %40'dan (1986) %58'e (1990) çıkarılırken, koruyucu hizmetlerin payı %3.7'den %1.8'e düşürülmüştür. Koruyucu hizmetlere ayrılan pay, tüm sağlık harcamaları içinde değerlendirildiğinde durumun daha da kötü olduğu anlaşılmaktadır. 1987'de koruyucu hizmetlerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı ancak %1.8'dir.

Tedavi edici hizmetlere ayrılan para 1986-1990 arasında 16.5 kat artarken, bu artış veremle savaş hizmetlerinde 9.2, sıtmayla savaş hizmetlerinde 6.2, anaçocuk sağlığı hizmetlerinde 6.6 kat olmuştur.

g) Temel sağlık hizmetleri anlayışı geridir:

Türkiye'de standardize edilmiş, herkesin her an ulaşabileceği ve birinci basamak sağlık kurumları olan sağlık ocaklarında verilmesi beklenen temel sağlık hizmetleri son derece yetersizdir.

Normalde 5000-10000 kişilik bir nüfusa bir sağlık ocağı düşmesi beklenirken, sağlık ocağı başına düşen nüfusun 1981'de 12600 ve 1990'da 16502 olduğu görülmektedir. Bu alanda bölgeler arasında da dengesizlik bulunmaktadır. Aynı sayı İstanbul'da 100000, Ankara'da 50000, İzmir'de 25000 kişidir.

Buna karşın temel sağlık hizmetlerinin yürütüleceği asıl birimler olan sağlık ocağı ve sağlık evi durumlarında belirgin, niceliksel bir artış da görülmemektedir:

	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87
	Değişimi	Değişimi	Değişimi	Değişimi
	%	%	%	%
Sağlık Ocağı	10.4	3.6	5.7	1.6
Sağlık Evi	0.9	3.3	4.2	9.6

Varolan sağlık ocaklarının fiziki koşullar ve araç-gereç donanımı açısından son derece yetersiz olduğu bilinmektedir.

Bir ülkede sağlık sisteminin düzenli işleyebilmesi için gerekli olan birinci basamak ile ikinci basamak (hastaneler) arasındaki sevk zinciri oluşturulmuş durumda değildir.

Yetkili makamlara bu konuda danışmanlık verecek, temel sağlık hizmetleri içinde çalışacak çeşitli düzeydeki personelin eğitimini gerçekleştirecek olan Hıfzıssıhha Okulu 1980 sonrasında işlevsizleştirilmiştir.

h) Kaynak dağılımında büyük dengesizlikler vardır:

Çeşitli sağlık personelinin illere göre dağılımında belirgin farklılıklar bulunmaktadır.

Değişik Tipteki Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus (1987) (*)

	Hekim	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Eczacı	Diş Hekimi
Kalkınmada					
1. Derecede					
Öncelikli İller					
Diyarbakır	1986	4921	3358	7363	9745
Muş	6088	23540	8212	23540	44138
Ortalama	3924	11456	5968	12643	26229
Kalkınmada					
2. Derece					
Öncelikli İller					
Erzurum	1463	4442	2182	12324	13258
Tokat	5458	10916	10916	7939	19406
Ortalama	2930	7505	4806	7955	17223
Adana	1810	3394	3880	4766	7895
Ankara	529	1096	1022	2259	1259
İzmir	607	1069	1404	1883	3328
İstanbul	537	818	1563	1988	2411
Türkiye					
Ortalaması	1361	2468	3034	3866	6153

(*) 1. ve 2. derecede kalkınma öncelikli iller arasından seçilenler, hekim dağılımı açısından durumları en iyi ve en kötü olanlardır.

Görüldüğü gibi 1. derecede kalkınma öncelikli illerin durumu Türkiye ortalamasına göre 2-4 kat, 2. derecede kalkınmada öncelikli illerin durumu ise 1.5-3 kat daha kötüdür.

Öte yandan tedavi edici hizmetlere birincil öncelik veren politikalara karşın, halen 10000 kişiye düşen yatak sayısı Hakkari'de 3.3, Ağrı'da 3.6, İstanbul'da 43.7 olup, Türkiye ortalaması 20.5'tir. Varolan yatakların ise ancak %50'sinin doldurulabildiği bildirilmektedir (Aynı oran AET ülkelerinde %85'tir).

1) Türkiye'de sağlığı korumak olanaksızdır:

Yukarıdaki verilerden anlaşılacağı gibi Türkiye'de insan sağlığı koruyabilmek hiçbir zaman amaçlanmadığı gibi, yine hiçbir zaman ekonomik-politik sistemin yapabilirlik sınırları içinde de olmamıştır. Çünkü, sağlıkta koruyuculuk, üretim sürecinin çalışanlar tarafından doğrudan denetlenmesi, üretim içinde ortaya çıkan her türlü riskin saptanıp, elimine edilmesi gerçekleştirilmeden ve aynı anda yaygın ve etkin sağlık eğitimi yapılmadan olanaksızdır. Türkiye'nin verili koşullarında bunun amaçlanamayacağı açıktır. Yani Türkiye'de halkın sağlık hizmetlerine katılımı yoktur/olamaz. Çünkü siyasal katılım olmaksızın, sağlığa katılım da olanaksızdır. Sağlık hizmeti sistemi yönetim gerektirir. Yönetim ise eninde sonunda siyasal bir iradeyi yansıtır. Bu nedenle Türkiye'de sağlıkla ilgili olaylar tartışılırken siyasal iktidarı sorgulamak kaçınılmaz ve gereklidir.

B) HEKİMLERİN SORUNLARI:

Yukarıda belirlenen toplumsal yapı ve sağlık sistemi hekimlerin sorunlarının içinde beklendiği koşullardır.

a) Sağlık personelinin emeği önemli ölçüde yabancılaşmıştır:

Sağlık personeli, giderek olumsuzlaşan toplumsal koşullar ve halkın sağlık sorunlarının varolan yapısı içinde emeğinin anlamsızlaştığını, sıradan tekrarlar halini aldığını hissetmektedir. Kısaca, sağlıkçı yaptığı işe ve emeğine yabancılaştırılmaktadır. Mevcut iktisadi-siyasal yapının her türlü zorla korunmaya çalışıldığı 12 Eylül sonrası dönem için bu olgunun daha da ağırlaştığı söylenebilir. Bu olgu "sağlıkçının kimlik bunalımı" denilebilecek bir sorunu yansıtmaktadır.

Ankara'da yapılan bir araştırmaya göre hekimlerin %81'i çalışmalarının bir işe yaramadığını hissettiklerini, %32'si mesleklerine giderek köreldiklerini, %16'sı işlerine gitmek istemediklerini, %13'ü mesleklerini bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir.

b) Sağlık personelinin örgütlenme hakkı baskı altındadır:

Genel olarak sağlık emekçileri (ve özel olarak hekimler) toplumsal konumları ve çalışma koşulları üzerinde denetim kurabilecekleri demokratik katılım mekanizmalarından yoksun bırakılmaktadır.

1980 sonrası dönemde TTB ve Tabip Odaları üzerinde baskılar kurulmuştur. 1980-84 arasında TTB'nin faaliyetleri durdurulmuş, TTB İstanbul Tabip Odası yöneticileri tutuklanmış, İstanbul Tabip Odası bir süre için sıkıyönetimce kapatılmış, TüS-Devrimci Sağlık İş, Tüm Hak İş kapatılmış, yöneticileri tutuklanmıştır. 1987 yılında eski TTB yöneticileri, 12 Eylül öncesi faaliyetleri nedeniyle gizli örgüt üyesi olmaktan yargılanmışlardır.

TTB yasası 1980 sonrası iki kez değişikliğe uğratılarak etkinlikleri kısıtlanmış, kamuda çalışan hekimlerin Tabip Odalarına üyeliklerinde zorunluluk kaldırılmış, böylece TTB bütünüyle özel hekimlerin örgütüne dönüştürülmek istenmiş, siyasi partiler, sendikalar ve diğer meslek örgütleri ile ilişkileri yasaklanmış, hükümetin ya da il yöneticilerinin görevden alma dahil Tabip Odaları üzerindeki yetkileri genişletilmiştir. İdam cezasına karşı çıktıkları gerekçesiyle TTB yöneticileri 1985'te yargılanmışlar, Ankara, İstanbul, İzmir, İzmit, Hatay Oda yöneticileri çeşitli yargılama ve soruşturmalara uğratılmışlardır.

Geçtiğimiz 2 yıl içinde övgüye değer bir kararlılıkla yürütülmüş olan sağlık işkolunda sendikalaşma çalışmaları sürekli bastırılmaya çalışılmış,

emek verenler çeşitli baskılara maruz kalmışlardır.

c) Zorunlu hizmet bu haliyle bir aldatmacadır:

1981 tarihinden beri uygulanmakta olan zorunlu hizmet bu durumuyla yalnızca hekimlerin özlük haklarına saldırı niteliği taşımaktadır. Sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması etkin bir sağlık hizmetinin asgari gerekliliklerinden olmakla birlikte, kesinlikte yeter koşul değildir. Sağlık sistemin finans, araç-gereç v.b. gibi diğer kaynaklar açısından mevcut aksaklıkları giderilmeksizin, toplum katılımı sağlanmaksızın, hizmet basamakları arasındaki ilişki kurulmaksızın ve en önemlisi gelir dağılımındaki dengesizlikler ve toplumsal sınıflar arasında derinleşen ekonomik-sosyal çelişkiler biçiminde yansıyan ekonomik-politikalar düzeltilmeksizin hekim personeli ile oynamak bir aldatmacadır.

d) Hekim emeği karşılıksızdır:

Türkiye'deki toplumsal yapı içinde diğer emekçi kesimler için söz konusu olduğu gibi hekim emeği de ucuza kapatılmaya çalışılmaktadır. Hekimler için haftalık çalışma saati halen 45 saattir. Nöbetlerle birlikte bu sürenin 60-98 saate kadar çıktığı bilinmektedir. 1989 yılına kadar nöbet karşılığı hiçbir ücret ödenmemiştir. Şu anda verilenler ise komik düzeydedir.

1978-91 yılları arasında hekimlerin reel ücretlerindeki azalma %60-68 arasındadır.

e) Sağlık çalışanları mesleki sağlık risklerine karşı korumasızdır.

Sağlık meslekleri, doğaları gereği, meslek mensupları için yoğun sağlık riskleriyle yüküldürler. Ancak asıl sorun bunlara karşı hiçbir önlem alınmıyor oluşudur. Bu sorun çalışma sürelerinin uzaması ölçüsünde ağırlaşmaktadır. Ölümle sonuçlanan vakalar sıklaşmaktadır (Dr. Nezih Varol, Dr. Muhsin Yiğiter olayları).

f) Hekim sayısını artıran politikanın bilimsel dayanağı yoktur:

"AT standartları düzeyine çıkılması" gibi hiçbir bilimsel dayanağı olmayan gerekçelerle hekim sayısı sürekli artırılmaktadır. Bu artışı sistemin istihdam edebilmesi olanaksızdır. Çünkü sağlık sorunlarının boyutları ve halkın sağlık hizmetine olan talebi düşünüldüğünde, Türkiye'ye gerekli olan hekim sayısı kabaca 45000 civarındadır. Bugün bu sayı aşılmış durumdadır ve önümüzdeki 4-5 yıl içinde yaklaşık 1.5 katına çıkarılması düşünülmektedir. Öte yandan 2000 yılı için olası işsiz hekim sayısı 8000 olarak hesaplanmaktadır.

g) Tıp fakülteleri asgari eğitim koşullarından yoksundur:

1978-79 döneminde 17 olan tıp fakültesi sayısı nitelik ve nicelik açısından gerekli koşullar sağlanmaksızın artırılarak 24'e çıkarılmıştır. Bunun yanında 1983'ten beri, tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı yıllık 5000'e çıkarılmıştır. Mevcut tıp eğitimi sistemi bu kadar öğrenciyi (toplam 33000) eğitebilecek ve onların daha sonraki sürekli hizmet içi eğitimini sağlayabilecek düzeyde değildir. Sonuç; niteliksiz hekim yetiştirilmesi ve sağlık sisteminin bir kez daha zedelenmesidir.

h) Tıp mesleği yıpranma sürecindedir:

Sonuç olarak tıp mesleği son 10 yıl içinde görülmedik ölçüde değer yitirmiş, yıpranmış, hekimler büyük oranda gelecek belirsizliği içine itilmişlerdir. 1980'lerin başına kadar üniversite sınavlarının en parlak öğrencileri tıp fakültelerini tercih ederken, bugün sınavlarda ilk 10'a giren öğrencilerden ancak birinin tercihi tıp fakültesi olmaktadır.

C) SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN YARATTIĞI SORUNLAR:

Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nun büyük kaynaklar ayrılarak gerçekleştirilen uygulamaları tamamen bir şov niteliğindedir;

a) Sağlık hizmetlerinin "tedricen" özelleştirilmesi ve denetim dışı sağlık harcamalarını toplamadan öte bir anlamı olmayan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası 1983-87 arası neredeyse Hükümet'lerin en önemli gündem maddesi olmuş, ancak 1987'de çıkarılmasına karşın bugüne kadar yaşama geçirilememiştir.

b) Sağlık Bakanlığı bu süre zarfında oldukça sık ve çeşitli kampanyalar yapmış, ama sürekli bir hizmeti pek düşünmemiştir. Aşı, aile planlaması, sigara, okul taramaları, ruh sağlığı gibi, kampanyalar; üzerinde yeterince düşünülmemiş, gerekli planlama yapılmamış, siyasi şov niteliğinde, sınırlı kaynakları heba eden kampanyalardır.

c) Son 10 yılın en büyük icraatı olarak öne çıkarılan aşı kampanyası, UNICEF, Rotary ve Rockefeller Vakfı'nın desteği ile YÖK ve Sağlık Bakanlığı'nun birlikte yürüttüğü; aşı üretiminin artırılması gereken bir dönemde, milyonlarca doz aşının ithali ile gerçekleşen bir kampanya olmuştur. Bu kampanya döneminde aşı kontrol laboratuvarları çalışmaları bir kenara itilmiş, 75 milyon enjektör ithal edilmiş; Aşılama çalışmaları kampanya sonrası sürekli hizmete dönüşmemiştir.

d) Bol bol vakıf kurulmuş, sağlık bütçesine aktarılacak birçok kaynak, bu vakıflara kaydırılmıştır.

e) Sağlık hizmetlerinin fiilen özelleştirilmesi karşısında ödeme gücü olmayan insanların tepkisi, siyasi malzeme yapılan fonlarla giderilmeye çalışılmış,

bir yandan da denetim dışı harcama olanakları elde edilmiştir.

f) Seçim dönemleri yaklaştığında hastanelerdeki tedavinin parasız olduğu ilan edilmiş, seçimleri takiben ise zamlar gelmiştir.

g) Irak'ın Kuveyt'i işgali bahane edilerek, Sağlık Bakanlığı Cumhuriyet tarihinin en büyük "sağlık hareketi"ni yapmış, 3800 sağlık personelini hiçbir insani önlem almadan bölgeye sürmüştür. Mali boyutu 1.2 trilyon olan bu sürgün sırasında günde 1.5 milyon lira harcanarak şişirilen, fiatı 250 milyon lira olan ve söndüğü için gösteriden başka bir şey yaramayan 10 adet balon hastane alınmıştır. Sürgün olarak gönderilen hemşireler, Diyarbakır Devlet Hastanesi'nin 650 yatağının 350'sinde yatırılmışlardı. Bu arada 600 muayene masası, 500 paravan perdelik kumaş, v.b. geresiz araç alınmıştır.

h) Sağlık Bakanlığı, güvenlik gerekçesini ileri sürerek, onlarca sağlık personelini işe almamış ya da çeşitli sınavlara sokmamıştır. Örneğin, 1985 yılında yapılan uzmanlık sınavına 90 hekim, güvenlik soruşturması gerekçe gösterilerek sokulmamıştır.

Buna karşın, Sağlık Bakanlığı merkez kadrolarında siyasi kadrolaşma tamamlanmış, hatta bir ara teknik işleri yapabilecek personel bile bulunamaz hale gelmiştir. 1983 sonrası uzmanlık sınavlarındaki kayırmalar ile uzman kadrolarına da kendi yandaşlarını tayin eden Sağlık Bakanlığı yetkilileri, her türlü yasal-ahlaki ilkeyi gözardı eden düzenlemelerle büyük hastanelerde de kadrolaşmayı sürdürmüşlerdir. Şef-şef yardımcılığı sınavları ile baş asistan atamalarında nesnel ölçütler yerine, siyasi ölçütler hakim olmuştur.

1) Kendilerine yakın pratisyen hekimleri, yurt dışında eğitim koşulları olmayan hastanelerde ihtisasa başlatıp, daha sonra ülkedeki eğitim hastanelerine naklederek ödüllendirmişlerdir.

SONUÇ:

a) Türkiye'nin mevcut halk sağlığı sorunları ve sağlık sisteminin yapısal hata ve yetersizlikleri dışa-bağımlı kapitalist toplumsal yapının sonucu olarak ortaya çıkmaktadırlar ve bu çerçevede ele alınmalıdırlar. Uluslararası işbölümü çerçevesinde Türkiye'ye biçilen rol gereği çeşitli toplum kesimleri arasındaki ekonomik-çelişkileri keskinleştirici, ülkeyi yoksullaştırıcı, bunlara karşı olası muhalefetin soruşturulması amacıyla geliştirilen anti demokratik politikaları değiştirmedikçe de çözümleri beklenmemelidir. Bu anlamda 24 Ocak-12 Eylül ikilisi yalnızca bir vurgu noktasıdır.

b) Bu yapı içinde sağlıklı yaşam koşulları ne sistemin gündemi olmakta ne de halkın demokratik talepleri arasına girebilmektedir.

c) Sonuçta devlet sağlıkla ilgili her alanda katkısını olabildiğinde çekmekte ve sistemin mantığı gereği bu yere özel sermaye yönelmektedir. Son 10 yıl içinde sağlıktaki özelleşme eğilimleri ve ilaç sektöründeki sermaye yoğunlaşması ve tekelleşmesi bunun kanıtıdır. Özelleşme eğilimi hekimler arasındaki katmanlaşmayı da koşullamaktadır.

d) Sürecin bir başka boyutu sağlık hizmetlerinin tedavi edici yönünün ağırlık kazanmasıdır. Bu boyut özelleşme eğilimleri ile bütünleşmektedir. "Kâr getirmez" olan koruyucu sağlık hizmetleri ise "devletin elinde bulunmakta"dır. Öte yandan sağlıktaki koruyuculuk üreten kesimlerin kendi yaşam koşulları üzerindeki doğrudan denetiminin sonucudur ve sağlığın korunabilmesi verili ekonomik-politikalarda değişiklikleri gerekli kılmaktadır.

e) Tıp mesleğinin dikkati çeken bir yıpranma sürecinde olduğu söylenebilir. Önemli olan nokta bu yıpranmanın sağlık sistemindeki ve halk sağlığı sorunlarındaki derinleşmeyle birlikte oluşudur. Kısaca hekimlik sorunları (özlük sorunları v.b. de içinde olmak üzere) ile halk sağlığı sorunları aynı zeminden beslenmektedirler. Sonuçta çözümleri de aynı mücadele süreci içerisinde gelişecektir.

TALEPLER

1- Türkiye'de çeşitli toplumsal sınıf ve katmanların gelir ve yaşam düzeyleri arasındaki farklılıkları derinleştiren ve tüm kesimler için standart bir sağlık hizmeti uygulanmasını engelleyen ekonomi-politikalar terkedilmelidir.

2- Tüm halkı kapsayan bir sosyal güvenlik sistemi getirilmelidir. Bu sistem kamu kaynaklarından beslenmeli ve toplumun demokratik denetimine açık olmalıdır.

3- Sağlık hizmetlerinin planlanmasından uygulanmasına, yürütülmesinden değerlendirilmesine kadar her aşamada halkın ve sağlık çalışanlarının katılım ve denetime açık bir Ulusal Sağlık Sistemi kurulmalıdır.

4- Sağlığa ayrılan kamu payı artırılmalı, GSMH'nin en az %5'ine çıkarılmalıdır.

5- Çalışma ve yaşam koşulları iyileştirilmelidir. Sağlık çalışanlarının katılım ve örgütlenmesi önündeki engeller kaldırılmalıdır.

6- Tıp eğitimi, toplumun temel sağlık sorunları öncelikli ve gelişen tıp dinamiğini kavrayıcı nitelikte olmalıdır. Gerek bu özellikler, gerekse öğretim koşulları açısından yeterli olmayan tıp fakülteleri yeterli hale getirilmeli, yeni tıp fakülteleri açılmamalıdır.