

ÜLKEMİZ SAĞLIK MEVZUATI VE SAĞLIKLA İLGİLİ POLİTİKALARIN GENEL DEĞİŞİM DİNAMİKLERİ

Dr.Semih ŞEMİN*

Bilindiği gibi sağlık sorunları ve bunlarla ilgili çözüm önerileri özellikle son yıllarda ülkemizin tartışılan önemli konularındandır. 1991 yılı sonunda DYP-SHP koalisyon hükümetinin kurulmasıyla bu tartışmalara "yeni" boyutlar ve "halkalar" eklenmektedir. Gündeme getirilen bu yaklaşımların ülkemizin sosyo-ekonomik yapısına ve toplumun büyük bir kesiminin çıkarlarına uyup uymadığı, konusunun önemli bir yönü olarak eleştirilere neden olmaktadır.

Bu açıdan önümüzdeki süreç içerisinde gelişebilecek sağlık politikalarının genel dinamiklerinin netleştirilmesinde yarar vardır. Bunun için bugüne değin gündeme getirilen Sağlık Politikalarının ve onun önemli parçalarından biri olan "Sağlık mevzuatının" bazı ana hatlarıyla gözden geçirilmesi gerekli olmaktadır. Bu değerlendirme yalnızca hukuksal ya da tarihsel bir gözlem veya olgu olmaktan öte bu konuya ilişkin tarihsel deneyimlerin ve birikimlerin günümüze katkıları açısından da önemli bir noktadır.

Böyle bir bakış açısıyla. Sağlık sistemi ve onun içerisindeki sağlık mevzuatının gelişim dinamikleri ve etkileşimleri irdelenmeye çalışılacaktır.

SON DEĞİŞİK ÖNERİLERİYLE BİRLİKTE SAĞLIK MEVZUATINDA BAZI TEMEL NOKTALAR

Daha önceki anayasalarda söz konusu edilmeyen, 1961 Anayasası'nda "Devletin Görevi" olarak belirlenen, 1982 Anayasası'nda ise Devletin işlevinin "düzenleyici" ve "denetleyici" olarak saptandığı, ülkemizin sağlık hizmetlerine ilişkin kamusal görev, yetki ve sorumluluklar esas olarak Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. 1930 tarihli ve 309 maddeli "UMUMİ HIFZISSIHHA KANUNU" sağlık hizmetlerini devlet hizmetlerinden "sayarak (Madde 1), sağlıkla ilgili işlerin "ifasında" Sağlık Bakanlığı'na yetkili kılmıştır (Madde 2).

Bu kanunla Sağlık Bakanlığı'na verilen görevlerin (Madde 3) bazıları şunlardır: "Çocuk ölümünü azaltacak önlemleri almak", "Ana sağlığını sağlamak", "Bulaşıcı ve salgın hastalıklarla uğraşmak", "Tıp doktorluğu ve şubeleri sanatlarının uygulanmasına nezaret", "Gıda, ilaç, serum ve aşıları

denetleme" "Çocuk ve Gençlik Sağlığı", "Okul Sağlığı", "İş ve Sanat Sağlığı", "Tıbbi İstatistiklerinin düzenlenmesi" ve benzerlerdir. 1936 tarihli Sağlık Bakanlığı teşkilat ve memurları kanunu ile 1983 tarihli Sağlık Bakanlığı'nun görevleri hakkında kanun hükmündeki kararname de, Sağlık Bakanlığı için benzer görevlerden bahsetmektedir.

Yine aynı yasada, sağlığa ilişkin bazı işlerden özel idareler ve yerel yönetimler görevlendirilmiştir.

İl Özel İdareleri'nin "Göl ve bataklıkların kurutulması", "İl içinde fakir ve yoksulların tedavi ve yolluk masraflarını karşılamak", "tedavi kurumları açmak", "hasta naklini sağlamak" v.b. görevleri vardır(Madde 18).

Belediyelerise "topluma açık yerlerin temizliğini sağlama" "yiyecek, içecek maddelerinin sağlığa uygunluğunu denetleme", "bölgesine temiz ve sağlıklı su getirme", "Sağlığa ilişkin sosyal yardımlar yapma", "hastane, doğumevi gibi sağlık kuruluşları açma" v.b. görevlere sahiptir(Madde 20). Ayrıca 1930 tarihli Belediyeler Yasası'nda benzer görevlerin yanı sıra bu görevlere ilişkin konut, fabrika, içme suları v.b. nin denetim yetkisini belediyelere vermiştir. Yine 1925 tarihli köy kanununda köyde sağlıklı bir ortam yaratma hedefiyle bazı yaptırımlar getirmektedir. "Köyün çevre koşullarını düzeltme", "köye su getirme", "helaların yapımı", "bulaşıcı hastalıkları bildirme" v.b. köy ihtiyar heyetlerince yürütülmesi sağlanacak görevler olarak bu konuda belirtilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, temel sorumluluğu olan Sağlık Bakanlığı'na verilen bu görevlerin yerine getirilmesinde, Osmanlı Devleti döneminde başlayan hükümet tabiplikleri ve illerdeki Sağlık Müdürlükleriyle birlikte Sağlık Bakanlığı'nun merkezi örgütlenmesi 1960'lı yıllara kadar temel organizasyon biçimiydi. 1961 yılında çıkartılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"la sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde farklı bir yaklaşım tarzı gündeme getirildi.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı bir "hak olarak kabul eden" "Sosyalleştirme Yasası"nda "Hizmetin nüfus birimlerine göre düzenlenmesi" (Madde 2), Sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması (Madde 8), "Kademeli hizmet verilmesi" (Madde 13), "Koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi" (Madde 19), "tam süre çalışma" (Madde 3), "Sağlık Hizmetlerinin ekip işi olarak görülmesi" (Madde 10), "Vatandaşların ödedikleri prim ya da Kamu Sektörünün ayırdığı ödenek karşılığı, sağlık hizmetlerinden ücretsiz ya da masrafın bir kısmına iştirakle eşit şekilde faydalanması" (Madde 2), gibi temel bazı yaklaşımlar sözkonusudur. Ayrıca ilk defa bu kanunla "Sağlık hizmeti teşkilatıyla" halk arasındaki ilişkiyi temin maksadıyla "Sağlık kurulları" kurulması ve halkın sağlık hizmetlerine katılımı önerilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında çıkartılan

*İzmir Tabip Odası Büyük Kongre Delegesi

564 sayılı yönergede Sağlık Müdürlüklerinin, Sağlık Ocaklarının, Sağlık Evlerinin, Sağlık Grup Başkanlıklarının görev tanımları yaparak, bu yasanın işleyiş kurallarını belirlemiştir. Bu yasanın işleyişinde temel öneme sahip kurumlardan biri olan "Sağlık Ocakları", "Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş", "Nüfus Planlaması Hizmetleri", "Çevre Sağlığı Hizmetleri", "İş Sağlığı Hizmetleri", "Sağlık Eğitim Hizmetleri", "Hasta Bakım Hizmetleri", "Laboratuvar Hizmetleri", "Adli Tabiplik Hizmetleri", "Toplum Kalkınması Çalışmalarına Yardım Hizmetleri" v.b. görevler üstlenmişlerdir.

1960 sonrasında 1965 tarihli Sosyal Sigortalar Kanunu ile işçilere ödenen primler karşılığı koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri verilmesi öngörülmüştür. Yine 1962 yılında esnaf ve sanatkarlara yönelik çıkartılan "Bağ-Kur" Kanunu ile bu kesimin sağlık güvencesine alınması planlanmıştır. 1983 yılında çıkartılan iki ayrı yasada, "tarım işçileri" için SSK'ya tarımda kendi hesabına çalışanlar için Bağ-Kur'u süreç içerisinde sağlık sigortası yürütme görevleri vermiştir.

Yine 1963 yılından itibaren yapılan 6 tane 5 yıllık kalkınma planlarının, 1979-1983 dönemini kapsayan IV.'üncüsü hariç hepsinde "Genel Sağlık Sigortasının Kurulması" ve "Sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesi" temel hedefler olarak belirlenmiştir. 1969 ve 1972 yılında Genel Sağlık Sigortası kurulmasıyla ilgili kanun tasarıları TBMM'nin gündemine gelmiş ama gerçekleşmemiştir. 1982 Anayasası'nda da Genel Sağlık Sigortası kurulabileceği hükme bağlanmıştır (Madde 56).

1987 yılında çıkartılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" kapsadığı hükümler açısından ve sağlık hizmetlerine yaklaşım tarzıyla dikkat çeken, önemli bir girişimdir. "Sağlık Personelinin sürekli hizmet içi eğitimi" (Madde 3/9), "Hizmet içi eğitim programlarına uymayan veya katılmayanlara geçici veya daimi meslekten uzaklaştırma cezası verilmesi" (Madde 3/h) "Sağlık Sigortasının tek elden yürütülmesini sağlamak amacıyla, bütün sosyal güvenlik kuruluşlarının primlerinin tek elde toplanması", (Madde 4) "Kamuya ait Sağlık Kuruluşlarının Sağlık İşletmesine Dönüştürülmesi" (Madde 5) "sağlık işletmelerinde sözleşmeli personel çalıştırılması" (Madde 7) "Genel Sağlık Sigortasına geçiş sağlamak ve destekleme fonunun kurulması" (Geçici Madde 4) v.b. hükümler bu kanunla gündeme getirilmiştir. Anayasa Mahkemesi 3/h, 4, 7, v.b. bazı maddeleri Anayasa'ya aykırı bularak iptal etmiştir.

1992 yılında "Ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun" çıkartılmıştır. Bu kanunla hiç sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan ve aylık geliri net asgari ücretin 1/3'ünden az olanların Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçinceye kadar sağlık hizmetleri giderlerinin Devletçe karşılanması öngörülmüştür.

Bilindiği gibi Mayıs 1992'de Sağlık Bakanlığı'nca TBMM'ne sunulmak üzere "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı" hazırlanmıştır(1). Bu ortaya çıkış sürecinde, önce Şubat 1992'de "Sağlık Reformu çerçeve taslağı" Sağlık Bakanlığı'nca gündeme getirilmiş, Mart 1992'deki I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde bu çerçeve taslakla ilgili değişik çalışma grupları oluşturulmuş, ortaya çıkan raporlar Sağlık Bakanlığı'nca değerlendirilerek taslağı son şekli verilmiştir.

Taslak Dökümanda sözedilen bazı önemli tesbitler ve hedefler şunlardır:

-1996 yılı sonuna kadar Ulusal Sağlık Akademisi, tüm fonksiyonlarıyla kurulmuş olacaktır.

-1997 yılına kadar Sağlık Enformasyon sistemi tüm Türkiye'de işler hale getirilecektir.

-2000 yılına kadar "Sağlık Hukuku" kavram ve mevzuat olarak geliştirilmiş olacaktır.

-1995 yılından önce Sağlık teknolojilerinin uygun kullanımı için resmi bir mekanizma kurulmuş olacaktır.

-GSS sistemini kurmak için gerekli bilgileri elde etmeye yönelik araştırmalar 1992'de tamamlanarak, 1993'te GSS kanunu çıkartılacak 1998'de vatandaşları kapsayan bir GSS kurulmuş olacaktır.

-Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunu, 1993 yılı içerisinde çıkartılacak, 1998 yılına kadar desantralize bir sağlık yönetimi kurulmuş olacaktır.

-2000 yılından önce, rasyonel bir sağlık insangücü politikası uygulamaya konmuş olacaktır.

-Temel Sağlık Hizmetlerinin verilisini düzenleyen yasa 1993'te çıkartılacak, sistem ülke genelinde Genel Sağlık Sigortası uygulanması ile paralel yayılacak, 2000 yılından önce güçlü bir temel sağlık hizmetleri sistemi kurulmuş olacaktır. Kırsal alanda sağlık evi, sağlık ocağı yapıları sürerken kentlerde küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen/ aile hekimi sistemi oluşturulacaktır. Bu sistemin işleyiş kamusal sağlık merkezlerince planlanacak ve denetlenecektir.

-Hastanelerin özkerleştirilmesi ve verimlilik esasına dayalı kurumlar olarak çalışmasına ilişkin, 1993 yılında bitirilecek şekilde çalışmalar yapılacaktır. 2000 yılında uygun maliyetle ve kalitede hizmet sunan sağlık hizmeti sistemi kurulmuş olacaktır.

-2000 yılına kadar kaliteli ve ekonomik ilaç üretimine, rasyonel ilaç tüketimine dayalı bir sistem geliştirilmiş olacaktır.

-Fiyatlandırmaya ilişkin 1984 kararnamesinin uygulanmasına devam edilecektir. Uzun vadede ilaç fiyatlarının serbest bırakılmasının sağlık sektörüne etkileri konusunda araştırmalar yapılacaktır.

-Doğu ve Güneydoğu Anadolu Sağlık Projesi en geç 1993 yılı içinde hazırlanacak ve finansmanı sağlanacak 1994 yılında uygulamaya konarak 1999 yılında bitirilecektir.

2000 yılında bu bölgeler alt yapı açısından ülkenin diğer bölgeleri ile eşit düzeye gelmiş olacaktır. 2005 yılında bölgenin sağlık göstergeleri açısından dezavantajlı durumu %75 oranında alçaltılmış olacaktır.

Beş ana bölüm içerisinde (Sağlığın gelişmesine destek, Çevre sağlığı Yaşam Biçimi, Sağlık Hizmetlerinin sunumu, Sağlıklı Türkiye hedefleri) bahsedilen bu politika ve hedeflerin yanı sıra hava ve su kirliliğinin denetlenmesi, gıda emniyeti, işçi sağlığı ve iş güvenliği, bebek ve çocuk sağlığı, anne sağlığı, ruh sağlığı v.b. konularda da "Taslak Dökümünde" hedefler ve yaklaşımlar ortaya konmuştur.

Ulusal Sağlık Politikası taslak dökümanı Nisan 1990 yılında yine Sağlık Bakanlığı'nca ve yine geniş katılımlı bir komisyona "hatırlatılan" Türkiye Milli Sağlık Politikası (TMSP) dökümanı ile önerdiği politikalar ve yaklaşımlar açısından çok büyük benzerlik taşımaktadır (2). "GSS", "Aile Hekimliği", "Kamu Sağlığı Merkezleri", "Hastanelerin Özerkleştirilmesi", Sağlık Enformasyon Sistemi" v.b. her iki dökümünde de benzer biçimlerde gündeme getirilmektedir.

Bu iki taslak arasında farklı sayılabilecek noktalardan birisi TMSP (1990) taslağında "Halkın katılımı"nın sağlık hizmetlerinin organizasyonunda önemli bir nokta olduğunun belirtilmesi ve Ü.S.P.T.D. (1992) taslağında yeralan Ulusal Sağlık Akademisi yerine "Milli Sağlık Politikası Yüksek Koordinasyon Kurulu" önermesi ve il ve ilçelerde de bu kurulan organizasyonun gündeme getirilmesidir. Hatta "Milli Sağlık Politikası Sağlık Ocakları Kurulları"nın kurulmasından ve sağlık politikalarıyla ilgili her ilde en az bir dernek örgütlenmesine gidilmesinden de bu ilk taslakta bahsedilmektedir.

Ülkemiz Sağlık Politikalarının Gelişim Sürecinin Genel Bir Değerlendirilmesi

Görüldüğü gibi ülkemiz sağlık mevzuatı yüzlerce sayfa tutan, aynı zamanda eskiden ya da uygulanmayan "YASALAR MEZARLIĞI" gibidir. Bugün sağlık mevzuatının temelini oluşturan ve çoğu 1930'lu yıllarda çıkartılan bir çok kanun bugünkü nüfusumuzun %98'inin daha hayatta olmadığı dönemlerin eseridir.

Sağlık mevzuatının "eskiliği" kadar önemli olan bir diğer noktası pratik uygulanabilirliğinin ve geçerliliğinin sürekli sınırlı kalmış olmasıdır. Sağlık mevzuatında pratik bir anlam kazanan hükümler, kazanmayanların yanında oldukça az ve önemsiz bir bölümü oluşturmaktadır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'ndan Sosyalleştirme Yasası'na, Belediyeler Kanunu'ndan SSK Kanunu'na kadar bu durumun bir çok örneği gösterilebilir.

Bugünkü yasal mevzuat içerisinde işsizler hariç toplumun tüm kesimlerinin sağlıkla ilgili değişik güvenceler kapsamında olması gereklidir. (İşsizler ve çalışamayacak durumda olanlar içinde sosyal yardımlaşma fonu unutulmamalıdır). Kısaca GSS ile ilgili 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun iptal edilmeyen hükümleri söz konusudur. Yine 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinin doktor bulundurması 60 yıldan fazla bir zamandır, geçerli olan bir kanun hükmüdür (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu). SSK yasasında da bu kurumun koruyucu hizmetlere yönelik çalışmalar yapmasına ilişkin maddeler vardır.

Aynı şekilde yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerine ilişkin azımsanmayacak görev ve yetkileri söz konusudur. Bu arada sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin sosyalleştirme yasasını ve getirdiklerini de hatırlatmakta yarar vardır. Bu konuya ilişkin örnekleri değişik boyutlarda ve biçimlerde artırmak olasıdır ve bazen yanlış bir biçimde vurgulandığı gibi yasal mevzuatla uygulanmayanlar yalnızca "Sosyalleştirme kanunu" ile sınırlı değildir. Bu durum "iyi" veya "kötü", doğru veya "yanlış" bir olgunun "yasalara geçmesinin" hayata geçmesinden çok daha kolay olduğunun bizim gibi ülkelerde sık rastlanan örneklerinden yalnızca biridir. Ülkemizde sağlık sisteminin yasal mevzuat dışında "pratik" ve "geçerli" kanunlarını belirleyen ya da yapan başka güçler ya da dengeler söz konusu olmaktadır. Bu güçler ve dengeler kuşkusuz yalnızca sağlık sistemiyle ve yalnızca ülkemizle sınırlı olgular değildir. Yaşadığımız dünyanın çok iyi gösterdiği gerçeklerden biri de hiç bir olay, olgu ve değişimin bağlı olduğu ya da etkilediği toplumsal sınıflar arasındaki "güç dengelerinden" ayrı ele alınamayacağı gerçeğidir. Toplumsal kesimlerin ya da sınıfların ayrı istemlerinin ya da çıkarlarının olduğu günümüzde, bu çıkarlar temelinde şekillenen mücadelenin boyutları, siyasi ekonomik v.b. güçler dengesinin temel belirleyicisidir.

Daha açık bir anlatımla, ve somut bir örneklemeyle "Sosyal güvenlik" ya da "Sağlık güvencesi" gibi kavramların toplumsal tarihinde ortaya çıkışı temel olarak bazı "hayırsever kurumların çabasıyla" ya da "aklı evvel" politikacıların icad etmesiyle gündeme gelen bir olgu olmamıştır. Şu anda sosyal güvenlik sistemlerinin ülkemiz gibi az gelişmiş ülkelere nazaran çok aşama kaydettiği gelişmiş batı ülkelerinden bir çoğunda bu durum, bu konuya ilişkin yoğun mücadeleler ve örgütlenmelerin ürünü olmuştur. Batı ülkelerindeki Sosyal ve sağlık güvenlik sistemleriyle, emekçi sınıfların, sosyalist partilerin ve büyük sendikaların kuruluş zamanlarının yakınlığını gösteren aşağıdaki tablo bu olgunun somut örneklerinden biridir.

	Sosyalist Parti	Sendika	Sosyal Sağlık Güvenlik Sistemi
Almanya	1875	1868	1883
Avusturya	1888	1893	1888
Danimarka	1878	1898	1891
Norveç	1887	1877	1894
Fransa	1905	1895	1898
Belçika	1889	1910	1900
Hollanda	1894	1905	1901
İngiltere	1900	1868	1908
İsviçre	1888	1880	1911
İsveç	1889	1898	1913
İtalya	1892	1906	1914

Bazı batı ülkelerinde, sosyalist partilerin, sendikaların ve Sosyal-sağlık güvenlik sistemlerinin kuruluş tarihleri: (3)

Kuşkusuz 1900'lerden Batı ülkelerinde kurulan Sosyal-Sağlık Güvenlik sistemlerinde günümüze değin önemli değişimler gündeme gelmiştir. Bu süreçte emekçi kesimler açısından egemen güçlere karşı yürütülen mücadele içerisinde sosyal-güvenlik sistemlerinde yeni kazanımlar elde etme, varolanı koruma ve bazı hakları kaybetme v.b. boyutlar şekillenmiştir.

Gelişmiş kapitalist ülkeler açısından ilginç ve önemli bir örnek ABD'deki sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin gelişim dinamiklerinin içerdiği farklılıklardır. ABD'deki sosyal-sağlık güvenlik sistemlerindeki diğer batı ülkelerine göre olan eksiklikler ve yetersizlikler, bu ülkedeki emekçi sınıfların siyasal veya ekonomik örgütlenme ve mücadelelerindeki göreceli yetersizliklerden ayrı ele alınamaz. ABD yaklaşık 40 milyon kişinin (nüfusun %20'si) sağlıkla ilgili hiçbir güvenceye sahip olmaması bu durumun doğal sonuçlarından birisidir. Ayrıca böyle bir tablonun ortaya çıkmasında Amerikan "tıp çevrelerinin" olumsuz katkılarına da yadsınmamak gerekir. ABD'nin sağlık politikalarıyla ilgili büyük dergileri olan "The New England Journal of Medicine" "Health Affairs", "Journal of Health Politics", "Policy and Law" ve "Health and Society" de 1980-1986 arasında yayınlanan 5 binden fazla makalenin yalnızca iki tanesinin "**Ulusal Sağlık Programı**" ve "**Genel Sağlık Güvenlik Sistemini**" destekler mahiyette olması, diğer makalelerin sağlıkta özel sektör ve sağlık harcamalarıyla ilgili bulunması (3) yine bu ülke açısından ilginç örneklerden biridir.

Ülkemizde ise "Sağlık" mevzuatı ile sağlık sisteminin pratiği arasında toplum sağlığı açısından olumsuz yönde olan farklılıkların yanısıra sağlık

hizmetlerinde daha mevzuat kapsamına bile girmeyen birçok önemli sorunun bulunması temel olarak, yine toplumsal mücadelede ve örgütlenme boyutlarındaki yetersizlikle ilgilidir. Kuşkusuz sağlıkla ilgili sorunların güncelliği ve büyüklüğü içerisinde iyi bildiğimiz ülkemiz sağlık sisteminin diğer birçok az gelişmiş ülkeye nazaran bile "az gelişmiş" bir konuma sahip olmasının diğer bazı nedenleri de söz konusudur. Bununla birlikte, 1920'lerden itibaren sosyo-ekonomik yapımızın gelişim süreci ve niteliği, bu yapıdan kaynaklanan toplumsal sınıfların ve devletin örgütsel, siyasal kompozisyonu, sağlık sistemimizin ve uygulanan sağlık politikalarının somut belirleyicisi olmuştur.

Ülkemiz açısından, kapitalist gelişim sürecine geç ve bağımlı olarak girmenin doğal bir sonucu olarak "köylü toplum" olma özelliklerinin uzun yıllar devam edegeldiğini söyleyebiliriz. 1927'de nüfusumuzun ancak %5'i sanayi sektöründe istihdam edilmekteydi. 1923'lerden 1950'lere kadar nüfusumuzun yaklaşık %80'inin köylerde yaşadığı, gene aynı yıllar içerisinde kişi başına milli gelirin 45 dolardan 166 dolara ulaşabildiği hatırlanması gereken noktalar (4), (5).

Sosyalleştirme yasasının çıktığı 1960'ların başında 200 dolar olan kişi başına milli gelir seviyesine ABD 1832, İngiltere 1837, İsviçre 1839 yılında ulaşmıştı (6). Yine gelişmiş kapitalist ülkelerde köylü nüfus, daha 1960'ların başlarında %20'lerin altına düşmüştü.

Bu süreç içerisinde toplumsal-sınıfsal çelişkilere karşı egemen güçlerin, sınıfların ve devletin kullanmakta çekinmediği hatta alıştığı yöntemler anti-demokratik zor ve baskı yöntemleri olmuştur. Özellikle Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak zaten nicel ve nitel olarak güçsüz konumda olan işçi ve emekçi kesimlerin 1940'lara Sendika, dernek v.b. kadarı örgütlenmelerine izin verilmemiş, hatta, 1932 yılında İstanbul'daki bütün işçilerin parmak izlerinin alınması v.b. türden kararnamele dahi çikartılmıştır (7).

1950'ler sonrasında kapitalist pazar ekonomisine daha hızlı ve yoğun entegre olma sürecinin başlamasıyla beraber ülkemiz özelinde uygulanan zor ve baskının biçimsel anlamda da olsa daha farklı bir yapılanması gündeme gelmiştir. Teorik olarak anayasa ve yasalarda değişik hak ve özgürlüklerden söz edilir olmuştur. Her on yılda bir kesintilere uğrasa da "demokratik" bir görünüm ve işleyiş devam edegelmıştır. Ama pratikle toplumsal sınıfsal mücadelelerin seviyesine göre bazı hak ve özgürlükler, dönem dönem, belirli kalıplar içerisinde tanınmış veya yok edilmiş, yada özü boşaltılmış bir biçimde kalıcı hale getirilmiştir.

Bu arada 1950'lerde %20'ler civarında olan şehirleşme oranı 1970'te %40, 1990'da da %60 olmuştur. (Gelişmiş ülkelerde %95). 1960'larda 200 dolar civarında olan kişi başına milli gelirden artan

eşitsiz dağılım ve bölüşümle birlikte 1990'larda 2000 dolar (Gelişmiş ülkelerde 15 bin dolar) olarak gerçekleşmiştir(5). Şehirleşme oranındaki artışa karşın sanayi kesiminde istihdam oranı 1965'lerden günümüze değin önemli bir oranda değişmeyerek %13'ler seviyesinde kalmış, hizmet sektörü ise yaklaşık 3 katlık bir artışla %13'ten %38'e çıkmıştır(8). Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişiminde çok genel hatlarıyla bahsedilen sosyo-ekonomik duruma ve onun değişim dinamiklerine bağlı olarak şekillenmiştir. Şu noktanın altını çizerek belirtmek gerekir ki, cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlıkla ilgili saptanan politikalar ya da uygulamalar "iyi-kötü", "doğru-yanlış" toplumsal katılımın ya da tercihlerin çoğu zaman esamesi bile okunmadan, devlet eliyle yukardan-aşağıya bir model içerisinde saptanıp gerçekleştirilmiştir.

Genel olarak ülke gündeminde sağlık çoğu kez yeterli bir önem ve önceliğe sahip alanlardan biri olmamıştır. Sosyo-ekonomik yapıdaki çelişkilerden kaynaklanan bunalım ve krizlerin ağırlığında gelişen, tarihsel bir süreç içerisinde toplumun büyük çoğunluğunun yaşadığı ağır sağlık sorunlarına rağmen bu alana ilişkin toplumsal mücadele ve kazanımlar oldukça sınırlı kalmıştır.

Sağlıkla ilgili mevzuatta çoğu kez haklar ve kazanımlar açısından teoride bir "beden" büyük dikilmiş, sonra pratikte gerekli darlaştırmalar ve çıkarmalar yapılarak egemen güçlerin çıkarları doğrultusunda topluma giydirilmeye çalışılmıştır. Toplumsal yaptırımların yetersiz ve kısıtlı olduğu bir ortam içerisinde "yamalı bohçaya" benzeyen bu elbiseye pek yoğun bir itiraz da gelmemiştir.

Sağlık mevzuatının sağlıkla ilgili politikalarda ve uygulamalarda birincil derecede görev verdiği Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin genel bütçeye oranının cumhuriyet tarihi içerisinde gelişimi bu konuya verilen "önemin" boyutları ve bu boyutların değişimi konusunda fikir verebilir.

Bunlarla birlikte toplumun büyük kesiminin çıkarlarını temsil etmeyen egemen işleyişin sağlık politikalarına yönelik yeterli alternatifler konusunda dönem dönem varolan olumsuz işleyişin arttırılma çabalarına karşı frenleyici girişimlerde söz konusu olmuştur.

Görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı bütçe kaynakları cumhuriyetin ilk yıllarından beri hep küçük oranlarda kalmıştır. Dönemin politik ve ekonomik rüzgarlarına göre nisbi bazı değişiklikler ve dalgalanmalar gündeme gelmiştir.

Belirtmek gerekir ki, sağlıkla ilgili politikalarda kendi çapında da olsa meydana gelen önemli, politik değişiklikler ve ekonomik değişimlerle birlikte oldu. 1923, 1950, 1960, 1980 yılları ve arklarından gelişen süreçler, sağlık politikalarındaki gelişimin belirgin köşe başları olarak şekillendi.

1923'ten 1945'lere kadar sağlık sistemine ilişkin,

yasal çerçevenin çizilmesinin, toplum sağlığını önemli oranda tehdit eden verem, sıtma, trahom, frengi v.b. hastalıklara (bu hastalıkların önemli bir kesimi günümüzde de hala önemli bir toplum sağlığı sorunudur) yönelik "koruyucu" girişimlerin temel yaklaşım tarzı olduğu söylenebilir. Cumhuriyetin ilk yıllarında 25 bin kişiye düşen bir doktorla, 10 bin kişiye düşen 7 yatak kapasitesiyle ve diğer yetersizlikler içerisinde zaten tedavi edici politikalara öncelik vermenin nesnel bir olanağı da yoktu.

1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası toplanarak 10 yıllık Milli Sağlık Planı kabul etmiştir. Bu planda Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesi, köylük bölgelerin sağlık teşkilatına kavuşturulması, Milli Sağlık Bankası ve Milli Sağlık Sigortasının kurulması öngörüldü. Ama bu kararların bir çoğu da kısa bir süre sonra Sağlık Mevzuatının unutulmuş yapıları arasına katıldı(10).

1950'li yıllar ve sonrası sağlık hizmetlerinde ve politikalarında kapitalizmin ve dolayısıyla "kar" mantığının gelişmeye başladığı yıllar oldu. O yıllara kadar sayıları çok az olan doktorların bir kesiminin "özel muayenehaneleri" ve eczaneler sayılmazsa ticari bir mahiyeti yok denilecek düzeyde olan sağlık hizmetlerinin temel ağırlığı 1950'ler sonrasında tedavi edici hizmetlere yöneldi. Belediyelere ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredildi. 1950'de 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 9 iken, 1960'da 17 oldu. Yine 1928'de, 673 olan 1950'de ise 640 olan eczane sayısı 1960'da 1200'e ulaştı(11). 1954 yılında çıkartılan Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu ile ülkemizde yatırımları artan yabancı sermaye içerisinde ilaç sektörünün önemli bir ağırlığı oldu. 1954-1961 arasında gelen tüm yabancı sermayenin yaklaşık %22'si ilaç sektörüne yönelik idi(20).

1960 sonrasında sağlık hizmetlerinde ve ilaç sektöründe özel sektörün teşvik edilmesi ve geliştirilmesi daha da hız kazandı. Bu yıllarda bir yanda gelişmiş batı ülkelerinde esen "sosyal refah devleti" rüzgarlarının etkisi, bir yanda toplumsal çelişkiler ve beklentiler şehirlerde emekçi kesimlere yönelik SSK'nın sağlık hizmetleri vermeye başlamasını, daha çok kırsal bölgelere yönelik olarak da "Sosyalleştirme" politikalarını gündeme getirdi. Bu politikaların dolaylı olarak da olsa sağlık sektörüne ait "pazar" olgusunun ve ekonomisinin gelişmesine yarayan bir işlevi söz konusuydu.

Genelde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de kapitalist pazar ya da "serbest piyasa" ekonomisi adımlarının atılması özellikle 1980 sonrasında temel yaklaşımı oldu. "Değişim" in temel slogan yapıldığı bu dönem içerisinde yeni bir "sağlık ideolojisi" ve "yapılanması" gündeme getirilmeye çalışıldı.

Bu dönemdeki sağlık politikalarının genel çerçevesi sağlık hizmetlerinde "kâr" mantığının yaygınlaştırılması "amacına" yönelik gerçekleşti. Bu anlamda Devletin sağlık hizmetlerini bir görev olarak ele almaması, aynı zamanda sağlık

hizmetlerinden "kâr" elde etmesini bilinçli bir devlet politikası haline getirilmesi ve kâr elde etmek içinde sağlık hizmetlerini ücretli ve pahalı hale getirme politikaları benimsendi. Bunlarla beraber sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesine büyük önem verildi. Sağlık hizmetlerinde önemli bir işleve sahip olan hekimlerin sayılarını arttırmaya yönelik girişimlerle ve sağlık personelinin özlük haklarında yapılan kısıtlamalarla "ucuz işgücü" yaratılması hedeflendi.

1987'de çıkartılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" bu politikaların yaşamaya geçirilmesinde, eğer uygulanabilseydi önemli kilometre taşlarından biri olacaktı. Artan sağlık sorunlarının ve sağlık hizmetlerinde o döneme kadar yapılan tahribatın büyüklüğünün yarattığı tepkiler ve ülke yönetiminin 1987 genel ve 1989 yerel yönetimler seçimlerinde uğradığı güç kaybı bu yasanın uygulanmamasında belirleyici etkenler oldu.

1989'lar sonrasında ise "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" gibi sağlık sisteminden bahsedilen politikalar temelinde "Cepheden Saldırıları" yerine belirli bir "taktik" değişikliği söz konusudur. Gündeme getirilen politikaların özü kesinlikle değişmemekle birlikte bu politikalara yönelik kamuoyu yaratılmasına daha özel bir önem verilmesine başlanılmıştır. Sağlık sisteminin belirlenmesine yönelik "objektif girişimler" savıyla anket (1989'da Sağlık Bakanlığı'nca hekimlere uygulandı), tanıtım v.b. reklam düzeyini pek aşmayan girişimler gerçekleştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nca geniş katılım (400 kişi) komisyonlar kurularak Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu "Milli Sağlık Politikası" haline manüple edilmiştir. Bu konuya ilişkin "yeni, yeni" (GSS, Sağlık) yasa tasarıları hazırlanmıştır. Ama ne yazık ki bunlar "gerçekleştirmeye" 1991 Genel seçimleriyle birlikte ANAP hükümetlerinin ömrü yetmemiştir. 20 Ekim 1992 genel seçimleri sonrasında kurulan DYP-SHP koalisyonu sağlık alanında koalisyon protokolünde hükümet programında ve 1992 yılı programında yer alan geniş bir "repertuar" ve "kavramlar koalisyonu" ile gündeme geldi. Bu repertuarda ve kavramlar koalisyonunda "Yeşil Kart", "Genel Sağlık Sigortası", "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunun Uygulanması", "Sosyalizasyon", "Aile Hekimliği" v.b. söz konusuydu.

Sağlık alanında koalisyon yönetimince gerçekleştirilen yaklaşımların geçmiş dönemde kalman yerden devam etmek olduğunu söylemek yanlış olmasa gerekir. Yine geniş katılımlı komisyonlar (477 kişi) kurulmuş ve Sağlık Kongresi (1992) toplanmıştır. Ortaya da 1990 yılındaki Milli Sağlık Politikasından nitelik açısından bir farkı olmayan "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı" (U.S.P.T.D.) çıkmıştır. Bu arada önemli bir seçim vaadi olan ve geçmiş dönemde "hastanelerde rehin kalma" v.b. olaylar nedeniyle önemli eleştirilere neden olan toplumun en yoksul kesimlerine yönelik ama ne

işe yarayacağı ve kimi kapsayacağı tartışma götürür Yeşil Kart Kanununun çıkartılması da ihmal edilmemiştir.

Gündeme getirilen Ulusal Sağlık Politikası'nın "GSS", "Aile Hekimliği", "Özelleştirme" v.b. yönleriyle kuşkusuz içeriğinin tartışılmasında yarar olmakla birlikte, bu politakanın genelde "kim tarafından", "ne zaman", "nasıl", "niçin", "kimin için" getirildiğine ve gelişim dinamiklerine ilişkin sorulardan soyutlanmaması da gereklidir. Kamuoyunda ulusal sağlık politikasına yönelik tartışmalarla bu politikalara yönelik tepki ve eleştirilerin "normalize" olması beklentisinin varlığı da yadsınmamalıdır. Bu anlamda U.S.P.T.D.'nin getirdiklerinin değil, söylemediği bazı noktaların ele alınması daha bir önem taşımaktadır.

Öncelikle belirtmeli ve hatırlanmalıdır ki, Cumhuriyetin ilk yıllarından beri bir çok olgu ve alanda (ekonomi, eğitim, dışişleri v.b.) "Milli" ya da "Ulusal" politikalar gündeme getirilmiştir. "İmtiyazsız" sınıfsız bir millet olduğumuz savıyla gündeme getirilen bu politikalar artan imtiyazların, toplumsal sınıf ve çelişkilerin perdelenmesine yönelik bir işlev veya niyet taşımışlardır. Ulusal ya da Milli laflarının çok sevildiği ve kullanıldığı ülkemizde, kapitalizmle bütünleşme süreci içerisinde hangi niteliklerimizin bu vasfı taşıdığı tartışma götürür bir olgudur. Sağlık alanında ulusal politikaların da bu genel çerçeveden ayrı ele alınmaması gereklidir.

Daha başlangıçta bu politikanın getiriliş tarzında dahi toplumun büyük kesimlerinin katılımı söz ve karar hakkı açısından "ulusal" bir nitelik yoktur. Ulusal Sağlık Politikası taslak dökümanında toplum katılımının adı dahi ciddi bir ağırlık taşımamaktadır. Bu ülkenin insanlarının kendisi sağlıklarıyla, sağlık sistemleriyle ilgili söylecek ya da söylemesi gereken hiç sözleri yok mudur? Sonuçları temel nitelikler açısından daha önceden saptanmış kongrelerle, yine yukardan aşağıya bir tarz içerisinde sağlık politikaları üretmenin toplumsal katılım sayılmayacağı açık bir gerçektir. Toplumsal denetimin katılım olmadığı hatta bundan özellikle kaçınılan bir sağlık sisteminin teoride dünyanın en iyi sistemi de olsa, pratikte hizmet yerine "eziyet" üretmesini kim engelleyebilecektir? Enazından son yıllarda yerel seçimlerin bir kaç ay önceye alınmasına ilişkin olarak bile referanduma gidildiği ülkemizde (1989) sağlık politikalarında toplum tercihlerinin belirlenmesine yönelik bir referanduma gidilebileceği nedense pek hatırlara gelmemektedir.

Ulusal Sağlık Politikası taslak dökümanına kesin şeklini vererek yasalaştırılacak olan TBMM'deki dengelerin de toplumsal katılım yönünden pek iç açıcı olduğu söylenemez. 1983'te milletvekillerinin %34'ü işadamı iken bu oran 1987'de %39'a, 1991'de de %46'ya yükselmiştir. Aynı şekilde 1991'de seçilen milletvekillerinin %15'i de bürokrat-yöneticidir. İşçi kökenli (sendikacı) milletvekili sayısının oranı da

yalnızca %2'dir(12).

Ayrıca 1992'de halkın milletvekillerinin kendisini temsil edip etmedikleri konusunda düşüncelerini araştıran bir anketin sonuçları da dikkat çekicidir. Halkın %76'sı milletvekillerinin kendisini temsil ettiğine inanmamakta, %15'i inanırken, %9'u görüş belirtmemektedir(13).

Belirtmeden geçilmemesinde yarar olan bir diğer nokta da Sağlık Bakanlığı'nın, Sağlık Politikalarının belirlenmesindeki etkisinin oldukça sınırlı olduğudur. Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanının temel ilkeleri ve hareket noktalarının önemli bir kesimi Dünya Bankasının bizim gibi ülkeler için önerdiği modelin patentini taşımaktadır(14). Sağlık alanındaki yatırımlar, kaynaklar, bütçe ödenekleri, teşvikler, "özel sektör girişimleri" gibi konularda da Sağlık Bakanlığı'nın çok fazla ilgisi ve bilgisi olmamaktadır. Sağlık alanındaki teşvik usulsüzlüklerine ilişkin (teşvikler Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı'na belirlenmektedir). Sağlık Bakanı Dr.Yıldırım Aktu'nun haftalık bir dergiye verdiği demeç dikkat çekici bir örnek oluşturmaktadır.

TABLO 14: BAZI ÜLKELERDE KİŞİ BAŞINA SAĞLIK HARCAMASI (ABD \$)

ABD	2051
Kanada	1483
İzlanda	1241
İsveç	1233
İsviçre	1225
Norveç	1149
Fransa	1105
Almanya	1093
Lüksemburg	1050
Hollanda	1041
Finlandiya	949
Avusturya	982
Avusturya	939
Japonya	915
Belçika	879
İtalya	841
Danimarka	792
İngiltere	758
Yeni Zelanda	733
İspanya	521
Portekiz	386
Yunanistan	336
Türkiye	40

Kaynak: OECD (1987)

"Kime teşvik verilecek, ne şekilde verilecek Sağlık Bakanlığı'na bu konuda kimse bir şey sormuş değil. Yapılacak teşvik uygulamalarında Sağlık Bakanlığı'nun fikrinin alınmasında yarar var". Şu ana kadar bizim hiç bir rolümüz olmuş değil"(15).

Bunlarla birlikte "Ulusal Sağlık Politikası"nın gündeme getiriliş amaçlarının daha iyi anlaşılmasında; Sağlık hizmetlerinin "finansman"ının nasıl ele alındığı ya da harcandığı bu politikadan beklenen çıkarların (kârların) neler olduğu netleştirilmesi gereken temel noktalar olmaktadır. Ulusal sağlık politikasının getirilmesinin işlevlerini de bu sorular çerçevesinde iki ana noktada toplamak yanlış olmasa gerekir. Birincisi "ideolojik işlev"dir. Sağlık gibi muazzam sorunlara sahip bir alanda ülke yönetimlerinin gündemin doldurulmasında ve "bir şeyler yapıyor görünmesinde" kendileri açısından büyük yararların olduğu inkar edilemez. İkincisi ise sağlık hizmetlerinde kaynak- kârlılık ilişkilerinin yeniden organize edilmeye yönelinmesini sağlamasıdır.

TABLO 18: BEBEK ÖLÜM HIZI (BİNDE)

Türkiye	77.0
Portekiz	14.2
Yunanistan	11.7
ABD	10.0
Avusturya	9.8
Y. Zelanda	9.8
Belçika	9.7
İtalya	9.6
Lüksemburg	9.3
İngiltere	9.1
Avusturya	8.7
İspanya	8.7
Norveç	8.4
Danimarka	8.3
Almanya	8.3
Kanada	7.9
Fransa	7.6
İrlanda	7.4
İzlanda	7.2
İsviçre	6.8
Hollanda	6.4
Finlandiya	6.2
İsveç	6.2
Japonya	5.0

Kaynak: OECD (1987)

Son 10 senede verilen teşviklerle sağlık hizmetlerinde özel sektör yatırımlarının tüm yatırımlar içerisindeki oranın yaklaşık 10 kat artmasının bu alandaki kâr elde etme yaklaşımlarından ayrı ele alınması beklenemez. Daha da somut bir örnekte tüm yatırımlar içerisindeki oranı 1990 yılında %0.4 olan Sağlıkta Özel Sektör yatırımlarının 1992 yılında %1.02 olması

planlanmasıdır. Böylece sağlık yatırımları içerisinde kamu kesiminin 1990 senesinde %75 olan payının 1992'de %60'a düşmesi hedeflenmektedir.

Ulusal Sağlık Politikası taslak dökümanında sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin bazı veriler de dikkat çekicidir: Sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içerisindeki payının %3-3.5 düzeyinde olduğu ülkemizde GSMH'den ayrılan payın yaklaşık %50'sini vatandaşların doğrudan yaptığı ödemeler, %15'ini sigorta primleri, %35'ini ise Devlet Bütçesi'nden yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Yine tüm bu kaynakların yalnızca %2'si sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere giderken, %60 birinci basamak tedavi hizmetlerine %38'i yataklı tedavi hizmetlerine, harcanmaktadır (1).

Sağlık harcamalarının GSMH içerisindeki payına bakıldığında ülkemizin dünyanın en geri kalmış ülkeleriyle benzer bir orana sahip olduğu söylenebilir. Az gelişmiş ülkelerde bu pay ortalama %3, orta düzeyde gelişmiş ülkelerde %5, gelişmiş ülkelerde %7'dir. Bu düşüklüğe ilişkin daha başka örnekler vermek gerekirse, 1991 yılında Koç Holding'in cirosu aynı yıl ülkemizdeki tüm sağlık harcamalarının iki katı, Sabancı Holding'in cirosu eşit miktardadır. Aynı yıl Eczacıbaşı Holding'in cirosu Sağlık Bakanlığı bütçesinden fazladır (16). Sağlık harcamalarının %65'inin halkın yaptığı doğrudan ve sigorta primlerine giden harcamalardan oluşması bu konuda toplumun üzerine düşeni fazlasıyla yaptığını göstermektedir. Sağlıkta özel sektörün en yaygın olduğu ABD'de bile bu oran %60 civarındadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında yükü doğrudan topluma maletmede, yani bir yönüyle "özelleştirme"nin gerçekleştirilmesinde önemli adımlar atıldığı söylenebilir. Daha 1978'lerde hane halkı tüketim harcamalarından sağlık harcamalarına ayrılan pay, hane gelirinin %3'ü civarındayken, bu oranın 1990'lara doğru %10'a çıkması bu durumun önemli bir göstergesidir (19). Üstelik bu kaynakların yalnızca %2'sinin koruyucu hizmetlere ayrılması bebek ölüm oranlarının Afrika ülkeleri düzeyinde olduğu ülkemizde Ulusal Sağlık Politikası taslak dökümanının bu konuda "somut" ve "yeni" bir şey getirmemesi, tercihlerin ne yönde olduğunun ayrı bir ifadesidir.

Sağlık harcamalarında devletin doğrudan yaptığı harcamaların daha da azaltılması ya da sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın U.S.P.T.D.'da belirtildiği gibi GSMH'nin %5'leri düzeyine çıkartılması için toplumun yoksul ve dar gelirli kesimlerinin olanaklarını daha fazla zorlamanın pek olanağı yok gibidir. Bu konuda var olan sistem içerisinde "yeni" ve "kolay" bir gelir kaynağı ancak devlet memurlarından da sağlık harcamalarına ilişkin prim toplanması olabilir ki, U.S.P.T.D. da bu "yeniliği" getirmektedir. Sağlık harcamalarının finansmanında öncelikli olarak devlet memurlarına yeni yükler ve kesintiler getirilmesinin planlandığını varsaymak

yanlış olmasa gerekir.

Ülkemizde geçerli olan egemen işleyiş, gelir dağılımında ve vergilendirmede adaletli ve eşitlikçi bir yaklaşımın gündeme getirilmesini değil, pratikte hafızalarda dahi pek hatırlatmak istememektedir. Bu durumu bir yana bırakalım Sağlık harcamalarına, ilişkin toplumun ücretli-dargelirli kesimlerinden toplanan kaynaklar, SSK örneğinde olduğu gibi, "başka" alanlara kaynak olarak transfer edilebilmektedir.

Sağlık alanında ayrılan kaynağın miktarı kadar, diğer önemli bir nokta bu kaynağın nerelere gittiğinin daha açık ve somut belirlenmesidir. Aşağıdaki tablo bu konuya ilişkin genel bir fikir vermektedir:

Harcamanın Cinsi	Tüm Sağlık Harcamaları Oranı (%)
İlaç harcamaları	% 34
Muayenehaneler, Özel Sağlık Kuruluşları, hastahane döner sermayesine giden harcamalar	% 27
Kamu Sağlık Kurumlarında çalışan personelin maaş harcamaları	% 22
Sağlık Yatırım Harcamaları	% 9
Diğer Harcamalar	% 8

Kamu-Özel Tüm Sağlık Harcamalarının Dağılımı 1987 (17) (Yaklaşık Olarak)

Tablodan da görüldüğü gibi sağlık harcamalarında aslan payını %34'lük bir oranla ilaç harcamaları oluşturmaktadır (gelişmiş ülkelerde bu oran %10 civarındadır) (18). Yılda yaklaşık Sağlık Bakanlığı bütçesi kadar ilaç harcaması yapılan ülkemizde bu harcamaların ne kadarının gerekli, ne kadarının gereksiz olduğu tartışma götürür bir olgudur. Ülkemizde ilaç üretiminde yaklaşık 12 bin kişi çalışırken, doktor ve eczacılara yönelik ilaç tanıtım görevi yapan 2 bini aşkın ilaç tanıtım müessilliğinin olması ve ilaçla ilgili yakından bildiğimiz reklam promosyon giderlerinin boyutları bu konu açısından çarpıcı çelişkilerdir.

Ayrıca ilaç fiyatlarını serbest bırakan 1984 yılındaki kararnamenin U.S.P.T.D.'da uygulanmaya devam edileceğinin vurgulanması "uzun vadede ilaç fiyatlarının serbest bırakılmasının sağlık sektörüne etkileri konusunda araştırmalar yapılacaktır" denmesi ilaç harcamalarına ilişkin tercihlerin değiştirilmesinin

"uzun vadeye" bırakıldığıının bir diğer göstergesidir.

Sağlık harcamaları içerisinde ikinci büyük payı özel hastaneler, muayenehaneler, hastane döner sermayeleri almaktadır. Bu harcamalarla birlikte ilaç harcamaları ele alındığında sağlık harcamalarının yaklaşık %61'lik bölümünün "pazar ekonomisi" kuralları çerçevesinde şekillendirildiği görülür.

Kamu sağlık kurumlarında çalışan personelin ücretleri tüm sağlık harcamalarında üçüncü sıradadır. Tüm sağlık harcamaları içerisinde kamuda çalışan hekimlerin maaş tutarları %3.5 civarındadır. Özel muayenehane hekimliğinin tüm sağlık harcamaları içerisindeki payı ise asgari olarak bu orandan 4 kat daha fazladır. U.S.P.T.D.'de sağlık harcamalarının bölüşümünün planlamasına yönelik somut bir değerlendirme olmamakla birlikte, tercihlerin ve niyetlerin Kamu Sağlık Kurumları işletme yatırım ve personel harcamalarını kısarak sağlık özel sektör harcamalarını arttırmaya yönelik olduğu açık bir gerçektir.

Tüm sağlık harcamaları içinde yatırımların payı da çok düşüktür. Üstelik bu yatırımların büyük bir oranını (yaklaşık tüm sağlık harcamalarının %3'ü) tıbbi teknoloji ithalatı oluşturmaktadır ki, bu oran koruyucu hekimliğe ayrılan orandan (%2) daha fazla olmaktadır.

Sonuç olarak; ülkenin sağlık mevzuatının ve sağlık sisteminin dinamiklerinin çok genel hatlarıyla irdelenmesi bile bu konuya ilişkin geçmişten alınması gereken önemli derslerin deneyimlerin olduğunu göstermektedir.

Sağlık politikalarında ve sistemlerindeki olumlu veya olumsuz değişimlerin ülkemizdeki toplumsal sınıfsal mücadele ve güçler dengesindeki değişimlere bağlı olarak gündeme geldiği bundan sonra da ancak böyle gelebileceği bu dinamizmin temelini oluşturmaktadır. Sağlık alanında "ciddi" ve "doğru" alternatiflerin üretimi de bu nesnel zemin üzerinde olanaklı olabilecektir.

Oysa varolan resmi ideoloji çerçevesi içerisinde sağlık alanındaki politika değişikliği yaklaşımlarının ciddi bir toplumsal gündem ve kamuoyu oluşturması bile oldukça zordur.

Yaşanan siyasi-ekonomik bunalım ülke yönetiminin bu konuda hareket olanaklarını önemli oranda kısıtlamaktadır. Bununla beraber sağlık hizmetleri "tarlasında" hala 12 Eylül sonrasında ekilen "acı tohumlar" vardır ve ülkemizin egemen ideolojileri bunların daha da boy vermesini ve güçlenmesini istemektedir, beklemektedir.

Böyle bir gelişimin pratik işleyiş ve süreç içerisinde çok da kolay olmadığı söylenebilir. Sağlık politikalarına ilişkin yeni yasalar çıkartılsa bile, bu yasaların "sağlık mevzuatı mezarlığının" yeni sakinleri olması azımsanmayacak bir olasılıktır. Ya da bir süre sonra günümüzün "Ulusal Sağlık

Politikası"nın karşımıza aynı içeriğiyle "milli sağlık politikası" olarak çıkmasını da pek yadırgamamak gerekir.

Günümüzden yaklaşık 150 yıl önce yaşanan sorunlara karşı okunan Tanzimat Fermanı'nda "bazı yeni kanunların konulması ve lüzumlu şeylere teşebbüs olduğu takdirde beş-on yıl içinde istenilen şeylerin nasıl olacağı" söylenmekteydi. Ülkemizde böyle umutlarla yaşanan kaç tane "5-10 yıl" geçtiğini artık saymak bile zordur(14).

Ne yazık ki bazı filmlerin tekrar etmemesi için seyircilerin de bıkmaması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı, Sağlık Bakanlığı 1992.
- 2- Türkiye Milli Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı, 1990.
- 3- Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have Not National Health Services and The United States Has Neither, Vicente Navarro, International Journal of Health Services, Volume 19, 1989.
- 4- Batılılaşma Çağdaşlaşma-Kalkınma Paradigmanının İflası Fikret Başkaya 1991
- 5- Ekonomimizin 1923'ten 1990'a sayısal görünümü, Prof.Dr.Ekrem Pakdemirli 1991.
- 6- Az gelişmişliğin Sürekliliği, Fikret Başkaya, 1986.
- 7- Türkiye'de Devlet ve Sınıflar, Çağlar Keyder, 1989.
- 8- 1992 yılı programı, Resmi Gazete 31.1.1992
- 9- Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, Sağlık Bakanlığı 1992.
- 10- Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Emin Haluk Ayhan 1984.
- 11- İstatistik Göstergeler 1923-1990, Devlet İstatistik Enstitüsü 1991.
- 12- Özgür Gündem Gazetesi, 20.7.1992.
- 13- Interlink Araştırma Şirketinin kamuoyu araştırması 1992.
- 14- Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector, The World Bank 1990.
- 15- Nokta Dergisi 30.8.1992
- 16- Sabah Gazetesi 3.7.1992
- 17- Türkiye Sağlık Sektörü Finansman Raporu: Mehmet Tokat(1989) ve Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü (1989) verilerinden yapılan hesaplamalar
- 18- Cumhuriyet Gazetesi, 1.8.1989
- 19- D.İ.E. Hane Halkı, Tüketim Araştırmaları -1978-1987.
- 20- Türkiye'de Yabancı Sermaye Yatırımları. T. Güngör Uras, 1979.