

KONGRE-BİLDİRİ**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ VE
HEMŞİRELİK***Özlem ÖZKAN*, Saadet ÜLKER***

Bize ayrılan kısa sürede, Türkiye'de sağlık sistemi ve özellikle hemşirelik konusunu, temel olduğuna düşündüğümüz belirleyiciler esasında ele alarak tartışmaya çalışacağız. Bu yaklaşım, sağlık sistemimiz için denendi, deneniyor. Ancak, ülkemizdeki hemşirelik ile ilgili sorunlar şimdiye kadar olan tüm tartışmalarda "sorun sistemden soyutlanamaz" denilip, sistem tartışılmaksızın, hemşirelik özelinde ele alındı. Bu denememizin eleştiriyeye ve geliştirmeye açık olduğunu, dolayısı ile konuya bu doğrultuda yaklaşmayı benimseyenlere bir çağrı olduğunu bildirmek isteriz.

Bugün sağlık hizmetleri özelinde resmi politikaların temel söylemi kısaca şöyledir;

- Sağlık hizmetine yeterli pay ayrılmıyor. Bu nedenle sağlık hizmeti özelleştirilsin,

- Birinci basamak sağlık hizmetleri karşılığında halka makbuz kesilip, karşılığında para alınarak sağlık, devletin üzerinde bir yük olmaktan çıksın,

- Sağlık hizmeti örgütlenmesi bilişim çağına uygun bir yapıda değil, sosyalizasyon çalışmıyor; bir an önce sağlık reform paketleriyle yeni bir örgütlenmeye gidilsin,

Hemşirelik özelinde ise:

- Çalışma koşulları ağır, uygun ücret alınmıyor. Çalışma

koşulları düzeltilsin, ücretler arttırılsın,

- Ek gösterge haksızlığı giderilsin,

- Hemşirelerin sayısı yetersiz; arttırılsın,

- Hemşireler meslek dışı işlerde çalıştırılıyor. Bu durum engellensin,

- Hemşirelik yasası değişsin; meslek birliği kurulsun,

- Hemşireler ara insan gücü olarak nitelendirilmesin,

- Eğitim lisans düzeyinde olsun,

- Açık öğretim yoluyla lisans tamamlama hakkı verilsin.

Demokrasiye salt sayılar özelinde yaklaşan örgütsüz toplumlarda, bu taleplerin karşılanması yoğun biçimde yaşanan sorunlara ne denli köklü bir çözüm olabilir?(Cumhuriyet Bilim ve Teknik, 1999). Dikkat edilirse, sorunlar var oldukları alanda tanımlanıp o alan için çözümlenmek istenmektedir. Oysa her durumu yalnızca o durumu yaratan birkaç sınırlı faktörle açıklamaya çalışıp, çözüm üretmek ısrarla çözümsüzlük üretmekten başka bir şey değildir. Buradan hareketle, sağlık alanında yaşanan sorunları yalnızca sağlık sistemiyle, hemşirelikte yaşanan sorunları da yalnızca meslekle sınırlandırarak çözüm yolları aramak, bizi önemli açmazlara sokan bir hata olacaktır.

Bugün yeni dünya düzeni, globalleşme, özelleştirme, da-ha sonraki yıllarda da muhtemelen farklı isimlerle karşımıza çıkacak olan benzer üretim biçimleri, getirdiği

* Hemşire, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Öğrencisi, Türk Eczacıları Birliği AR-GE.

** Prof.Dr. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

kazanımların yanı sıra, dünyayı ve ülkemizi pek çok sorunla karşı karşıya bırakmıştır. Sağlık hizmeti ve hemşirelik bu sorunlar yumağının sadece bir parçasıdır.

25-30 yıllık süreç -ki bunu hazırlayan uzun bir geçmiş vardır- köy-kent, doğu-batı, gelişmiş-geri kalmış, kuzey-güney, zengin-fakir gibi katmanlara derinlik kazandırmıştır. Katmanlar arasında oluşan derinliği gösteren bazı veriler şunlardır;

Dünya için:

- Bu gün 358 zenginin geliri dünya nüfusunun yaklaşık yarısının toplam gelirinden fazladır (Belek İ., 1998).

- Gelişmekte olan ülkelerde yoksulluk sınırı altında yaşayanlar dünya nüfusunun beşte birini oluşturmaktadır (Belek İ., 1998).

- Bir zengine yaklaşık 78 yoksul düşmektedir (Belek İ., 1998).

- Dünya nüfusunun yarısı sağlıklı içme ve kullanma suyuna ulaşamamaktadır (Eren N, Tanrıtanır N., 1998).

- 300 bin çocuk savaşın içindedir (Ulusların Gelişmesi, 1999).

- 18 yaş altındaki çocuk, 62 ülkede gönüllü olarak askere alınmaktadır (Ulusların Gelişmesi, 1999).

- Gelişmekte olan ülkelerde her yeni doğan çocuk 417 dolarlık bir borç ile dünyaya gelmektedir (Ulusların Gelişmesi, 1999).

- Her yıl çoğu çocuk olmak üzere 17 milyon kişi bulaşıcı hastalıktan ölmektedir (Eren N, Tanrıtanır N., 1998).

- Her dakika 15 çocuk açlıktan (Ulusların Gelişmesi, 1999), her 25 dakikada da 30 anne ölmektedir. Dinlediğiniz bu sunum tamamlandığına dünyada yaklaşık 26 anneyi kaybetmiş olacağız (WHO).

- Çocuk risk ölçütü (ÇRÖ) (Bir çocuğun 18 yaşına gelinceye kadar yüz yüze geleceği beş yaş altı ölümler, ileri ya da orta düzeyde düşük kilo, ilkökul eğitimi, çatışma, HIV/AIDS gibi etmenler) 61 puan ortalaması ile Güney Sahra ülkelerinde en yüksek, Avrupa'da da 6 puanla en düşüktür (Ulusların Gelişmesi, 1999).

Ülkemiz için:

- Ülkemizde ise son dört yılda doğan her 1000 bebekten 43'ü birinci doğum gününü görememektedir (Tıp Dünyası, 1999).

- Özellikle bu bebek kırdı doğmuşsa kentte doğanlara göre 1.6 kat daha fazla ölme riskine sahiptir (Tıp Dünyası, 1999).

- Doğu Anadolu'daki bebek ölüm hızı Batı Anadolu'dan %88 daha fazladır (Tıp Dünyası, 1999).

- Doğum öncesi hizmet alamayan annelerin bebekleri, alabilen annelere göre aynı dönem içinde %972 oranında daha fazla ölmektedir (Tıp Dünyası, 1999).

- ÇRÖ; kendi grubu içinde bulunduğu 18 ülke içinde 15 puanla sondan 6. ülkedir.

- Ülkemiz GSMH'dan sağlığa % 3.8 (%2.7 kamu, %1.1 özel) kişi başına sağlık harcamasına 113 dolar ayırmaktadır (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1998). Bu pay pek çok ülkeye göre çok az bir miktardır.

- Kişi başına sağlığın korunması için ayırdığımız pay sadece %1'dir. Özel sektöre yapılan sağlık harcaması ise 1.945 dolardır (TTB, 1999).

Bu veriler sağlığımızın bulunduğumuz katman ya da katmanlara bağımlı olduğunu, şansımızın buna göre artıp, eksildiğini göstermektedir. Bu verileri çoğaltmak mümkündür. Sunduğumuz sınırlı verilerle küreselleşen Dünya ve Türkiye'nin durumu sanırız anlaşılacaktır.

Dünyada ve ülkemizde sorunlar yaşamın her alanında 1970'li yıllardan itibaren açıklanabilir nedenlerle belirginleşmiştir. Bu dönemden itibaren, soruna çözüm olarak gelişmiş ülkeler, Dünya Bankası ve IMF aracılığı ile gelişmekte ya da geri kalmış olan ülkelere krediler vermeye başlamıştır. Bu krediler ülkelere belirli koşulları yerine getirmeleri kaydıyla verilmektedir. Bu koşullar;

- Sosyal güvenlik kurum harcamalarının kısıtlanması,

- Kamu kuruluşlarının atıl oldukları gerekçesiyle özelleştirilmesi,

- Çalışanların ücretlerinin kontrol altına alınması,

- Gelişmiş ülkelerin ürettiği pahalı teknolojilerin satın alınması ve sağlık hizmetleri dahil tüm sistemlerin bu teknolojileri tüketecek şekilde yapılandırılmasıdır.

Türkiye'de Dünya Bankası ve IMF'den kredi alan ülkeler arasındadır. Adı "yapısal uyum" olan bu programa Türkiye, değinilen koşulları kabul ederek 1981'de dahil olmuştur. Bu durum da, genel olarak biraz önce değindiğimiz kredi koşulları ile kredi alan ülkelere Türkiye'deki sağlık dahil diğer göstergeleri ve özel olarak hemşirelerin yaşadıkları ve yaşayacakları sorunların nedenlerini bu ve bunun arkasında olan bağlantılar çerçevesinde sorgulamak gerektiği inancındayız.

Bu sorgulamayı hemşirelik özelinde öncelikle mevcut durumu gözden geçirerek yapmak gerektiğini düşünüyoruz. Mevcut durum ise, sağlık insan gücü, ücret, eğitim ilgili mevzuat ve örgütlenme başlıklarında incelenecektir.

1- SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

Genel olarak sağlık insan gücü sayı, dağılım ve kalite olmak üzere üç bileşenle değerlendirilmektedir.

Tablodan da görüleceği üzere hemşire sayısında artış, hemşire başına düşen nüfusta azalma olmuştur (Tablo 1). Bu değişim hekim, diş hekimi ve diğer sağlık çalışanları için de benzer şekilde seyretmektedir. Ülkemiz için yıllara göre artış olumlu bir durum olarak görülse bile, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Avrupa'dan üç, ABD'den iki kat daha azdır (Tıp Dünyası, 1999; TTB, 1997). Bu da hemşirelerin hizmetlerini beklendik düzeyde yerine getirebilmeleri için önemli bir engeldir. Bu görüş aklı hemen, o halde sayılar arttırılsın düşüncesini getirebilir. Peki sayılar neye göre arttırılsın? Arttırılırken nitelik nasıl korunsun? Niteliğin korunması yalnızca bir söylem olmaktan nasıl çıkartılsın? Belirli bir sayıya ulaşılırken ve istenilen niteliğe kavuşturulurken, bu insan gücünün işe alınması (kadro tahsisi), işe alınanların o işe istekle devamları nasıl sağlansın?

Tablo 1: Türkiye'de Cumhuriyetten Bu Yana Yıllara Göre Hemşire Sayısı ve Nüfus Başına Düşen Hemşire

Yıllar	Hemşire	Hemşire Başına Düşen Nüfus
1930	202	71485
1935	325	49717
1940	405	44002
1945	409	45941
1950	737	29053
1955	1400	15780
1960	2420	11469
1965	4592	6836
1970	8796	4080
1975	14806	2725
1980	26880	1664
1985	30854	1642
1990	45093	1255
1994	56.280	1718
1995	67490	1016
1996	71400	895
1997	75011	871

Kaynak: Eren, N., Tanrıtanır, N.; Cumhuriyet ve Sağlık. TTB. Aralık 1998.

Coğrafik bölgeler itibarıyla yalnızca hemşirelere ait veriler yoktur. Veriler hemşire, ebe, sağlık memuru ile birlikte ele alınmıştır. Bu insan gücünün sayısı Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgesinde en düşük, Marmara ve İç Anadolu da ise en yüksektir (Tablo 2). Sağlık personelinin illere göre dağılımına göre ise Bayburt (68), Şırnak (93), Ardahan (90), Kilis (91) Gümüşhane (105), Hakkari (108) en az, Ankara (7612), İstanbul (9685), İzmir (4914), Bursa (1844), Antalya (1506) hemşirelerin en yoğun bulunduğu illerdir (Sağlık Bakanlığı, 1997). Bu dağılım diğer sağlık çalışanları için de benzerlik göstermektedir. Bu durumda sağlık insan gücünün tüm ülkede dengeli dağılımının nasıl sağlanabileceği sorusuna yanıt aramak gerekir. Sağlık insan gücünün yalnızca Türkiye genelinde dağılımına bakılarak genelde sistem, özelde sağlık sistemi hakkında bir görüş sahibi olmak mümkündür.

1997 verilerine göre hemşirelerin %33.6'sı (N=25482) Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarında, %13.8'i (5366 sağlık ocağında 10 415 hemşire) sağlık ocaklarında çalışmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1997). Yine hemşirelerin %96. sı yıllara göre sayı biraz değişmekle birlikte kamuda çalışmaktadır (Tablo 3). Bu kurumların, mevcut sağlık politikaları bu şekilde devam ederse, özelleştirilmeye aday kurumlar olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Bu durumda, bekleyen en önemli tehlikelerden birisi ucuz emek gücü konumuna düşmek (vakif işçisi statüsünde 68.500.000TL ücretle çalıştırılan hemşireler olduğunu biliniyor), diğeri ise işsiz kalmaktır.

Yine tabloya göre özel sektör, hemşirelerin talep ettiği alan haline gelmektedir ve sayı giderek buraya doğru kaymaktadır. 1994-1996 yılları arasında %1'lik artışla hemşireler bu alanda çalışmaya başlamıştır. Hemşire, pratisyen hekim, eczacılar özel sektöre en fazla yönelen meslek gruplarıdır. 1998 verisine göre 12678 yatak kapasitesi olan özel hastanelerin (%8) yaklaşık üç yatağına bir hemşire düşmektedir (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1998). Ülkemizde özel sektörde çalışan hemşirelerin bu sektörü tercih etme nedenleri ile çalışma koşulları, mesleği icra etme biçimi ve ödenen ücretler konusundaki görüşlerinin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre gelişmiş ülkelerdeki hemşirelerin %45'ile gelişmekte olan ülkelerdeki hemşirelerin %43.'ü hemşirelik bakımı yönünden sektörü iyi olarak değerlendirmektedir (WHO, 1993).

2- ÜCRET

Ülkemizde izlenen politika gereği, kamu çalışanlarının ücreti için ayrılan ya da ayrılacak olan pay bellidir. Bu pay 1980'li yıllardan itibaren de azalma eğilimindedir. Tablodan da anlaşılacağı üzere, diğer kamu çalışanları gibi, hemşirelerin aldığı ücretler de zorunlu ihtiyaçları (konut, beslenme vb) karşılayamayacak kadar azdır.

3- EĞİTİM

Ülkemizde hemşirelik eğitimi, 1992-1996 yılları

Tablo 2: Coğrafik Bölgeler İtibarıyla Sağlık Çalışanı Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus (1992)

Coğrafik Bölge	Hekim Sayısı	Hekime Düşen Nüfus	Diş Hekimi Sayısı	Diş Hekimine Düşen Nüfus	Hemşire, Ebe, Sağ.Mem. Sayısı	Hem., Ebe Sağ.Mem. Başına Düşen Nüfus
Marmara	18066	736	4717	2803	24819	536
İç Anadolu	14337	694	2095	4746	23607	421
Ege	8796	863	1551	4897	17506	434
Akdeniz	5184	1355	1043	6737	13320	528
Karadeniz	5345	1517	731	11091	15438	525
Doğu Anadolu	3010	1777	279	19167	8851	604
Güney Doğu Anadolu	2247	2296	247	20883	6171	836

Kaynak: Bin Yıl Kapanırken Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, TTB, Mart 1999.

Tablo 3: Hemşirelerin Bazı Yıllara Göre Sağlık Kurumları İçindeki Dağılımı

	1994		1996		1998 (Yataklı Tedavi Kurumları İçin) Sayı
	Sayı	%	Sayı	%	
Sağlık Bakanlığı	35348	63	38954	60.0	26186
SSK	6826	12,0	7347	11.5	7614
Üniversite	7829	14,0	9762	15.2	10682
Diğer Kamu	4038	7,0	5313	8.3	1174
Özel	2239	4,0	3150	5.0	4477

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri, 1997. Türkiye Sağlık İstatistikler 1997, TTB. Haziran 1997, Ankara.

Tablo 4: Hemşirelerin Yıllara Göre TL ve Dolar Cinsinden Aldığı Ücret

Yıllar	Ankara	Hakkari	
	TL Olarak Ücret	TL Olarak Ücret	Dolar Olarak Ücret
1986	71.276	81.800	94
1987	110.311	114.050	108
1988	177.414	194.865	98
1989	454.247	550.635	197
1990	709.183	896.401	242
1991	1.303.200	1.624.300	257
1992	2.522.000	3.069.000	295
1993	4.162.000	5.058.000	288
1994	6.317.000	7.913.000	164
1995	16.473.000	19.376.000	277
1996	24.384.000	29.156.000	227
1997	48.960.000	57.296.000	
1998	85.384.000	99.818.000	

Kaynak: Bin Yıl Kapanırken Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, TTB, Mart 1999. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri, 1997.

arasında yürütülen yoğun çalışmalar sonucu idari kararlarla, lise üzerine dört yıl süreli eğitime temellendirilmiştir. Ancak, böylesi bir kararın alınması ihtimaline karşı hazırlıklı olmayan üniversitelerde, gerekliliği sorgulanmaksızın alt yapı, özellikle de öğretim elemanı yönünden yetersiz, çok sayıda okul açılmıştır. Bu, herhangi bir dayanağı olmaksızın yalnızca sayılara yönelik bir yaklaşımdır, ve nitelik tümüyle göz ardı edilmiştir. Nitelik konusunun ülke genelinde ve özelde hemşireliğin her düzeydeki eğitiminde, tüm zamanların en can alıcı sorunu olarak gündemi de olduğu bir durumda, sayılarının hızla artmasının doğuracağı sonuçları kestirmek için fazla düşünmeye gerek bile yoktur. Eğitimde yıllardır ısrarla sürdürülen model, akli özgürleştirmekten uzak, soru-cevap- eleştiri döngüsünden tümüyle kopmuş, ezbere dayalı, toplumun sağlık sorunlarından kaynağını almayan, bireyi toplumuna ve yaşadığı dünyaya yabancılaştıran bir modeldir.

Bu modelle biçimlenen zihinlerin ve oluşan kimliklerin, yaşadıkları toplum ve içinde yer aldıkları dünya ile ilgili serüveni köktenci bir yaklaşımla ele alarak sorgulamaları, çözüm yolları aramaları, göstergeleri anlamlandırmaları, politikaları kavramaları ve politika üretmeleri, ne denli mümkün olabilir? Yine bu modelle biçimlendirilen zihinlerin ve kimliklerin -BAĞIMSIZ BİR MESLEK OLMAK İSTİYORUZ-, -KARAR MEKANİZMALARINDA YER ALMAK İSTİYORUZ-, -ARA İNSAN GÜCÜ OLMAK İSTEMİYORUZ- söylemleri ne denli istek olmaktan çıkıp, gerçeğe dönüşebilir? Bağımsızlık birey, meslek, toplum özelinde hangi koşullarda mümkün olabilir? Hangi koşullarda emek değer kazanır ve kendi dışında sermaye yaratmaz?

4- MEVZUAT

Sağlık mevzuatı içinde hemşirelik, trajik bir kimlik olarak tanımlanmıştır. 1992- 1996 yılları arasında her sektörden hemşireyi temsilen Bakan onaylı bir komisyon tarafından Sağlık Bakanlığı'nda "Hemşirelik ve Türk Hemşireler Birliği" kanun tasarıları hazırlanmıştır. Ancak, bu tasarıya 1998 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı, Türk Hemşireler Derneği ilk müdahaleleri yapmış, ardından TBMM'nin ilgili komisyonunda içinde üniversitelerden yasanın oluşturulmasında birinci dereceden ilgisiz olmayan kişilerin de bulunduğu ortamda yapılan müdahaleler ve bu müdahalelerin kabulü sonucunda öz, geniş ölçüde zedelenmiştir. Hemşirelerin ne kadarı bu olup bitenin farkındadır ya da farkında olma sorumluluğunu taşımaktadır?

5- ÖRGÜTLENME

Hemşirelerin Uluslararası Hemşireler Konseyi'ne üye Türk Hemşireler Derneği aracılığı ile yıllardan bu yana toplumun ve bireyin sağlığını doğrudan ya da dolaylı tehdit eden, sosyal güvenlik, nükleer santraller, tahkim ve benzeri konularda tavırlarını ortaya koymamaları, bunun yerine seslerini, belirli zamanlarda, yalnızca hemşirelere yönelik belirli konularda çıkartmaları, sağlığın dinamik, ve kolektif bir doğası olduğunu derinlemesine nedenli kavradıkları konusunda kuşku duyurmakla kalmayıp, meslek örgütünün varlığını da tartışılır hale getirmektedir.

Sonuç olarak, sorun sistemden soyutlanamaz denildikten sonra, sistem bir tarafa bırakılarak, sorunları yalnızca hemşirelik özelinde kavrayıp, o özelde çözüm yolları aramak yıllardır sürüp giden sorunların yine yıllarca sürüp gitmesi için bir vasat oluşturmaktan başka bir işe yaramayacaktır.

KAYNAKLAR

- Belek, İ. (1998), "Sağlıkta Eşitsizlikler". Sorun Yayınları.
- Bin Yıl Kapanırken Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, (1999) TTB Yayını.
- Cumhuriyet Bilim ve Teknik, 20 Kasım 1999. Sayı: 661: 16.
- DSÖ, 1998 Raporu.
- Eren, N. Tanrıtanır, N., (1998); Cumhuriyet ve Sağlık. TTB Yayını .
- Nursing Personnel Resources WHO/HRH/NUR/9.4 September 1993.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri, 1997.
- Sağlık Hizmetlerine ulaşamamak öldürüyor. Tıp Dünyası 1 Kasım 1999. Sayı 51. S:1.
- Türkiye Sağlık İstatistikler 1997 TTB. Haziran 1997. Ankara
- Ulusların Gelişmesi, 1999. UNICEF.
- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1998.
- Why Did Mrs X Die? WHO. Video Cassette 25 minutes. Kopenhag.