

bize yukardakilere benzer birtakım ipuçları verebilir. Örneğin 1971 tarihli Sovyet Hekim Andında, tedavi edici hekimliğin yanında koruyucu tıbbı yer verilmesi, hekimin bilimsel bilgi ve (teknik) becerilerini geliştirmesi ile kendi alanında bilime katkıda bulunması gibi, yukarda önemine değindiğim noktalar dikkatimizi çekmektedir. Bu andla ilgili ilginç bir nokta da, genç hekimlerin onu sözlü yerine getirmekle kalmayıp metnin bir örneğini imzalamaları zorunluluğudur⁽¹¹⁾. Amerikan Tıp Kurumu'nun 1957 yılında kabul ettiği tıbbi etik ilkelerinin içinde de bizim açımızdan ilgi çekici şu konular yer alıyor: hekimin bilgi ve becerisini geliştirmek üzere sürekli çaba göstermesi; bilimsel temele dayanan bir iyileştirme yöntemi uygulaması; kendisine yapılacak ödemenin verdiği hizmete ve hastanın ödeme gücüne uygun olması; uğraşın ülküleri ve hekimin sorumluluklarının yalnız bireye değil toplum^a karşı da olduğu; onun bireyle toplumun iyilik ve sağlığını geliştirmek amacıyla yapılacak etkinliklere katılması⁽¹⁰⁾.

Bütün bunlardan sonra, Birleşik Devletler'deki bir Kanser Hastanesinde hazırlanan etik ilkeler metninin sonundan yapılabilecek kısa bir alıntı, bu yazıdaki temel kaygı ve eleştirel tutumu en iyi biçimde özetleyecektir kanısındayım: "ilkeler metnini zaman zaman gözden geçirmek düşüncesindeyiz. Onun altındaki amaç değişmesi de dil hızla gelişmekte, sözcüklerin değiştirilmesi gerekebilmektedir. Bundan başka, toplum gelişip beklentiler değişirken ilkelerin bir bölümünün de yeniden düşünülmesi gerekebilir"⁽¹²⁾.

Bu metnin hazırlayıcıları yazılarının sonunda, çalıştıkları kurumun yorum ve eleştirilere açık olduğunu yazmaktadırlar. Üç beş yıllık bir yaşta bulunan çağdaş bir değerler düzenlemesi değişme niteliğini içinde taşıyabiliyorsa, yüzlerce yıllık bir etik ilkeler bütünü neden değişik bir gözle görülmesin? Değişik biçimde yorumlanmasın? Eleştirilemesin? Değiştirilemesin?

KAYNAKLAR

1. Örs, Y.: "Eleştirel Yaklaşımın Işığında Hekim Andı", **Hekim Forumu**, 10: (Sa. 64) 38-39, 1991.
2. Göksel, F. A.: "Hekimin Andı", **Türkiye Klinikleri**, 1: (Sa.1) 88-89, 1981.
3. Roemer, M. I.: "Medical Ethics and Education for Social Responsibility", **World Health Forum**, 3: (Sa. 4) 357-363, 1982.
4. Göksel, F.A.: "Hipokrat Andı" - Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Mezunlarının Diploma Töreninde Uygulanan Metin, 1985.
5. Riad, N.: **La Médecine au Temps des Pharaons**, Maloine, Paris, 1955, s. 303-305.
6. Örs, Y.: "Tıp Aktöresi ve Hekimlik Görevleri Tüzüğü", **ATO**, 1: (sa. 2) 24-32, 1975.
7. Ashoor, A. A.: "Hostipals during the Islamic Empi-

re", **The Islamic World Medical Journal**, 1: (Sa. 5) 50-51, 1984.

8. Örs, Y.: "Les Rapports Médecin-Malade á la lumière de l' Evolution Médicale et Psychiatrique", **Clio Medica**, 18: (Sa. 1-4) 101-111, 1983
9. Gordon, B. L.: **The Romance of Medicine - The story of the evolution of medicine...**, F. A. Davis, Filadelfiya, 1945. S. 530
10. Vanderpool, H. Y.: "Etik Düzenleme"; "Tıpta değerlerin ve Tıbbi Etiğin Kaynakları ve Niteliği" başlıklı ders notları içinde, Erde, E. L. ve Vanderpool H. Y. (Ortak yazar ve derleme sorumluları); Teksas Üniv. Tıp Dahı, Galveston, 1981-1982.
11. Reich, W. T. (Baş yayın sor.) **Encyclopedia of Bioethics**, 4. Cilt, The Free Press, New York ve Collier Mecomillan, Londra, 1978, s. 1754-1755.
12. Van Eys, J. ve ark.: "Code of Ethics for The University of Texas System Cancer Center M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute", **Texas Medicine**, 81:

Türkiye'de ana ve çocuk sağlığı ve beklentileri

Prof. Dr. Olcay NEYZİ*

Toplumların "gelişmiş" ve "gelişmemiş veya gelişmekte" olarak ayırımında "sütçocuğu ölüm oranı"; eğitim, gelir, endüstrileşme düzeyleri gibi ölçütler kadar, belki de birçok ekonomik ve sosyokültürel etmenlerin bileşik etkisini yansıtması açısından da geçerli bir indekstir⁽¹⁷⁾. Bu indeks kriter olarak alındığında, batı ve kuzey Avrupa ülkeleri ile Türkiye arasındaki uçurumun, bundan yüzyıl önce de, hatta çok daha önceden var olduğu görülmektedir. Örneğin İsveç'te 18. yüzyılın ikinci yarısında görülen sütçocuğu ölüm oranları binde 200 olarak belirmekte ve Türkiye'nin 1950 yıl oranları düzeylerine benzerlik göstermektedir.

Batı Avrupa rönesans hareketi ile kültür ufukları genişlemeye başlamış, özellikle 19. yüzyılın endüstrileşme aşamaları bu ülkelerin insanlarına giderek refah, eğitim, ulaşım, daha iyi çevre koşullarında yaşama olanakları sağlamış ve bu değişimlere paralel olarak kademe kademe oluşan birikim sonucu bir "sağlık kültürü geleneği" yerleşmiştir. Bugün Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ve UNICEF'in öncülükleri ile gelişmekte olan ülkelerde yürütülmeye çalışılan "Çocukları Yaşatma ve Çocuk Sağlığını Geliştirme" programlarına gerek kalmadan, henüz aşı teknolojinin, süt formülleri endüstrisinin, oral ve intravenöz elektrolit solüsyonlarını, etkin antiinfeksiyöz ilaçların

* İ. Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü ve İ.T.F. Çocuk Sağlığı A.B. D., Çapa, İstanbul

dünyada var morbiditesi azalmı, bunu hemen izleyerek doğurganlık hızı düşmüştür

Osmanlı İmparatorluğunun Türkiye Cumhuriyetine bırakmış olduğu maddi ve manevi miras içinde, "sağlık kültürü yoksunluğu" da önemli ve belimizi büken bir engel olarak belirmektedir. Türkiye Cumhuriyetinin, okur-yazar oranı %10 dolaylarında olan, % 80 i kırsal kesimde ve birçoğu ulaşım, iletişim ve sağlık hizmeti olanaklarından yoksun olarak yaşayan bir toplum devralmış olduğunu biliyoruz. 1923 - 1940 arası yıllarda sağlık alanında önemli adımlar atılmıştır. Hıfzısıhha Yasası çıkarılarak ilaç, besin maddeleri, çevre hijyenine ilişkin kurallar ortaya konulmuş, öncelikli sağlık programları hazırlanarak çiçek, sıtma, trahom gibi hastalıkların kökü kazınmaya çalışılmış, verem savaşı programı ile tüberküloz ölümlerinde önemi düşme başlanmıştır. Bu arada dönemin gereksinimi olarak bir nüfusu artırma politikası izlenmiştir (5). Ancak tüm bu çalışmalar içinde "Çocuk Sağlığı" ve "Ana Sağlığı" ayrı programlar olarak gündeme gelmemiştir. Bunun nedenleri kanımızca iki ana noktada toplanabilir:

1) Ana Çocuk Sağlığı sorunlarının çözüm yolunun ayrı bir programlama ile değil, ancak ülkenin her tarafına, her bireyine ulaşan bir sağlık hizmeti olarak düşünülmüş olması. Bununla birlikte yine bu dönemde, bazı yörelerde dispanserler ve özellikle doğum amaçlı, 10 yataktan oluşan, aynı binada ebe ve ailesi için lojman da içeren küçük üniteler başlatılmıştır. Yine bu dönemde "Doğum ve Çocuk Evi" adı altında birçok doğumevi açılmış, pekçok yerde bu hizmet, Devlet Hastanelerinden ayrı tutulmuştur (5).

2) 1920 - 30 yılları, sağlık hizmetlerinde ve tıp eğitiminde pediatri nin koruyucu yönlerinin henüz batı ülkelerinde de ağırlık kazanmamış olduğu bir dönemdir. Tıp Fakültelerimizde Pediatri kürsülerinin ilk kuruluşu da bu yıllara rastlar. Eğitim modeli Batı ülkelerinden alınmış ve tedavi hekimliğinin ağırlık taşıdığı bir model olmuştur. Türkiye'de Tıp Fakültelerinde günümüzde yürütülen pediatri eğitiminde bu eski yılların etkisi bir ölçüde devam etmektedir.

Türkiye'de üzerine eğilinmesi gereken, öncelik taşıyan bir konu olarak "Çocuk Sağlığı"nın gündeme gelmesi 1950'li yıllardır. Konu, DSÖ ve UNICEF yardım ve önerileri ile gündeme gelmiştir ve ilk uygulamalar Ana ve Çocuk Sağlığı merkezlerinin açılmasıyla başlatılmıştır. Bu dönemde, eskisinden farklı olarak, hızlı nüfus artışı da bir sorun olarak belirmeye başlamıştır. 1960'lı yıllarda ilk defa çocuk ölümleri ile ilgili sayısal veriler toplanmaya başlanmış, Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuş ve 5 yıllık planlarda çocuk sağlığı ile ilgili hedefler yer almaya başlamıştır. Bu dönemde, sunulan tablonun acıklı olmasına karşın, Devletin yetkili ağızları çocuk sağlığı konusunun önceliğini açıklıkla ve istatistik verilerle belirtmeye başlamışlardır. Ancak, etkin bir uygulamaya gidilememiştir. 1961 yılında başlatılan sağlık hizmetlerini sosyalleştirme girişiminde çeşitli nedenlerle, ülkenin sağlık istatistiklerini olumlu yönde etkileyecek yaygınlığa ve verimliliğe kavuşamamıştır. Örgütlenmede

düzenlemenin yeterli olarak yapılamaması, sağlık hizmetlerinde bütçe ve diğer olanakların koruyucu hizmetlere kaydırılması, nitelikli eleman eksikliği sorunları devam edegelmiş, ancak çocuk sağlığı konusu sürekli gündemde kalmıştır. 1960-1980 arası yıllarda Türkiye'de çocuk sağlığı sorun ve çözümlerinin tartışıldığı çok toplantı düzenlenmiş, raporlar hazırlanmış, ancak bu faaliyetler genelde öneri aşamasında kalmıştır. Ana ve Çocuk Sağlığı konusunda bilgili, bilinçli ve motive eleman yetiştirmede Üniversitelerimiz de konuya çok uzaktan bakmıştır.

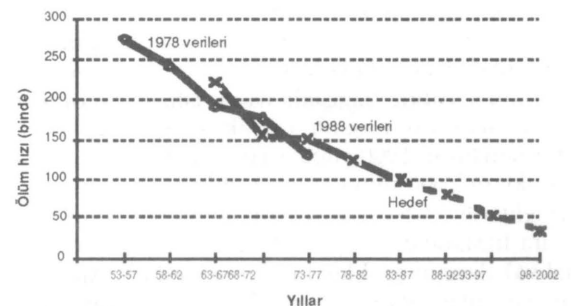
Türkiye'de 1950'de binde 200 bebek ölüm hızı, 1980'li yıllarda binde 70-80 düzeyine inmiştir. (15,16). Hemen eşdüzeyde bir tempo ile oluşmuş bu düşüşü sağlık hizmetlerinin bir etkisi olarak yorumlamak olanaksızdır. Bebek ölümlerinde azalma ülkemizin yaşam standardına göreli düzelme ile ilişkilidir (15). Yakın yılların verileri de, Türkiye'de bebek ölümlerinin, uygarlık ölçüleriyle bağdaşmayacak bir hızda devam ettiğini göstermektedir. (Şekil 1)

1980'li yıllarda 5 yıllık planlarda çocuk sağlığı konusu daima ön sıralarda belirmiş ve bir Devlet politikası olarak deklare edilmiştir. 1988-89 yılları Uluslararası Çocuk Zirvesi için bir hazırlık dönemi olmuştur. Çocuk Sağlığı konusu daha kapsamlı olarak ele alınarak incelenmiştir. Ayrıca, Türkiye'de ilk kez Ana Sağlığı ve Çocuk Sağlığı konularının birbiriyle olan yakın ilişkisi de gündeme gelmiş ve Kadın Sağlığı, Kadınların Eğitimi konularına ve çalışmalarında ayrı bir yer verilmiştir. Uzmanlar birçok toplantılar yapmışlar, hedefleri ve strateji ilkelerini saptamışlar ve hazırlanan raporlar 26-27 Mayıs 1989'da Ankara'da toplanan "1990 ların Çocuk Politikaları Ulusal Konferansı"nda sunulmuştur. "Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması" grubunun bu toplantıda sunmuş olduğu rapor ana başlıklarıyla aşağıda özetlenmiştir.

1. Türkiye'de Ana ve Çocuk Sağlığı konusunda ana hedefler, 200 yılına kadar bebek ölüm hızını binde 25, 0-5 yaş ölüm hızını binde 35, anne ölüm hızını yüzbin canlı doğumda binde 50 altına indirmek; etkin aile planlaması uygulayan aile oranını %60 üzerine çıkartmak olarak belirlenmiştir. Ana ve çocuk sağlığı açısından bölgeler arası farklılıkları azaltmak diğer bir ana hedefdir.

2. Bu hedeflere erişmek için öncelikle koruyucu,

Şekil 1. Türkiye'de yıllara göre bebek ölüm hızı



izleyici, tedavi edici ve gerektiğinde sevk edici bir ilk basamak sağlık hizmeti sisteminin sayı, nitelik, sevk, sayıt-izleme denetim yönlerinden geliştirilmesi gereği vurgulanmıştır. Bu sistemin verimli şekilde çalışabilmesi için tüm ilgililerin ve halkın bilincini arttıracak ve sektörler arası işbirliğini geliştirecek önlemler gereklidir.

3. Raporda evlenme başvurusu yapan çiftler, gebe kadınlar, doğum yapanlar kadınlar, yenidoğanlar ve bebekler ile 5 yaş altı çocuklar AÇS açısından ilk basamak hizmetlerde grupları olarak tanımlanmıştır.

4. Hedef gruplara sunulması hizmetler, örgüt ve hizmetiçi meslek eğitimi ve yönetim konularına ilişkin öneriler de ayrıntılı olarak raporda ele alınmıştır.

Bu raporun okunduğu Mayıs 1989 toplantısında "Çocukları Yaşatma ve Geliştirme için Sektörlerarası Komite-ÇYGSK" adlı yüksek düzeyde bir komisyon kurulması kararlaştırılmıştır. ÇYGSK'nin kuruluş amacı çeşitli kamu kuruluşlarının devreye girmesiyle AÇS programlarının yürütülebilmesi ve nitelikli hizmet sağlanabilmesi için olanak yaratılması, ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyecek uygulamaların da (okullarda sağlık eğitimi, çeşitli iletişim araçlarıyla halkın eğitimi, sağlık görevlilerinin örgün ve hizmetiçi eğitimi, ulaşım kolaylıkları, vb) program kapsamına alınmasıdır.

Bu hazırlık çalışmaları ve belirlenen hedefler, UNICEF-Türkiye Hükümeti İşbirliği Anlaşması başlığı altında 22-10-1989 tarih ve 2320 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Bunu izleyerek ÇYGSK, 1990 yılında birkaç kez toplanarak Durum, Strateji ve Program raporlarını tartışmış ve onaylamıştır. Halen bu programlar yürütme aşamasındadır.

BUGÜNKÜ DURUM:

UNICEF - Türkiye Hükümeti anlaşmasında da yer alan ve devletimiz tarafından benimsenmiş "Çocukları Yaşatma ve Çocuk Sağlığını Geliştirme" programları aşağıda sıralanmıştır. Bu programların Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetleri kapsamında yürütülmesi öngörülmektedir.

1. Çocukların bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklanması
2. İshalli hastalıkların ve solunum yolu infeksiyonlarının kontrolü
3. Doğumların sağlıklı aralıklarla yapılması
4. Doğumların iyi koşullarda yapılması
5. Nitelikli doğum öncesi bakım verilmesi
6. Yenidoğan bebeğin sağlığının korunması
7. Büyümenin izlenmesi
8. Anne sütü ile beslenme ve süttten kesme konularını da içeren bebek ve çocuk beslenmesi

Bunlar içinde bağışıklama ve ishallerde oral sıvı uygulamaları en başarılı olarak yürütülmekte olan programlardır. 1990 yılında Türkiye'de 12-23 ay arası çocukların %60 ının tam aşılı olduğu raporlarda belirtilmektedir⁽¹⁾. İshalden ölüm oranlarının, bunun yanı sıra hastanelere başvuran ağır dehidratasyonlu ishal vakalarının azaldığı bildirilmektedir⁽⁸⁾. Ancak diğer sorunlar, etkin bir uygulama ile çözüm beklemekte.

Ülkemizde 1-12 ay ve 13-24 ay arası dönemlerde pnömoni ölüm nedeni olarak ilk sırada belirmektedir^(3,7). Alt solunum yolu hastalıklarının erken tanı ve tedavisi konusunda UNICEF ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile birçok hizmetiçi eğitim programları yürütülmekte ve basit, standart tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygın olarak uygulamaya girmesi için çalışılmaktadır.

Kanımızca Türkiye'de perinatal sorunlar, birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, rakkamların da gösterdiklerinin ötesinde bir durumdadır.⁽⁶⁾ Süt çocuğu ölümlerinin en az yarısı neonatal dönemde olmaktadır⁽⁷⁾. İstanbul'da bu oran % 64 tür ve tüm bebek ölümlerinin %44 ünü erken neonatal ölümler oluşturmaktadır^(2,3). Büyük olasılıkla ilk aydan sonraki ölümlerde de perinatal sorunlar etkili olmaktadır. Diğer taraftan, Türkiye'de etkin aile planlaması uygulayan kadın oranı ancak % 25 tir. Kadınların % 42 sinin doğum öncesi bakım gördüğü bildirilmekte, ancak doğum öncesi bakım verilen gruplarda da perinatal sorunların sık görülmesi, bu bakımın niteliğinin çok iyi olmadığını düşündürmektedir. Doğumların sadece % 61 in hastanede yapılabileninde, % 24 doğum ise ehil olmayan kişilerce yapılmaktadır⁽⁷⁾. Aile planlaması, doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinin yetersizliği, çocuk sağlığını olduğu kadar anne sağlığını da etkilemektedir. DIE'nin verilerine göre, 1978 yılında Türkiye anne ölüm oranları yüzbin canlı doğumda 146 olarak bildirilmektedir⁽¹⁸⁾. Bu sayı, gelişmiş ülke oranlarının 10 katından fazladır.

Annelerin ve çocukların sağlığı açısından sık doğumların önlenmesi, doğum öncesi bakımın nitelik ve yaygınlığının artırılması ve doğum koşullarının iyileştirilmesi en öncelikli ve hizmetin iyileşmesi ile en kısa zamanda sonuç alınabilecek konulardır. Gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelere bu önlemlerin alınmasıyla kısa sürede anne ölümlerinde ve perinatal ölümlerde önemli azalmayı gösteren örnekler vardır^(4,8,10,11,14). 2000'li yıllarda Türkiye'de çocuk sağlığı düzeyinin uygar ülkelere benzer bir görünüm alabilmesi, bu hizmetlerin yaygın ve etkin sunulması ile bir ölçüde gerçekleşebilir.

Son olarak, nüfus artmasının, göçler sonucu oluşan nüfus yoğunluğu dengesizliğinin ve bunların yanı sıra çevre kirlenmesinin, 21. yüzyılda tüm dünyada beklenen korkutucu sorunlar olduğunu belirtmek gerekir. Bazı yazarlar "2000 Yılında Herkese Sağlık" sloganının, "2000 li Yıllarda Sağlıklı Bir Ekosistem İçinde Herkese Sağlık" olarak değiştirilmesini önermektedir⁽⁹⁾. Türkiye'de de bu üç önemli sorunun üstüne gidilemez ise, 21. yüzyılda çocuk sağlığı konusunda olumlu bir görünüm beklenemez.

KAYNAKLAR

1. Biliker MA, Eker, L, Örtün K: Türkiye Bağışıklık Düzeyi Araştırması Sonuçları. Yalınlanmamış Çalışma, Sağlık Bakanlığı, Ankara (1989)
2. Bulut A, Gökçay G, Neyzi O, Shorter F: İstanbul'da bebek ve çocuk ölümleri. Nüfusbilim Derg. 12:5-18 (1990)
3. Bulut A, Gökçay G, Neyzi O, Shorter, F.: Perinatal, neo-

- natal and under 5 mortality in Istanbul based on representative samples of burial records, Proceedings of Seminar on Measurement of Maternal and Child Mortality, Morbidity and Health Care: Interdisciplinary Approaches. Publ. IUSSP '1991) (baskıda)
4. David RJ, Siegal E: Decline in neonatal mortality, 1968 to 1977; better babies or better care* Pediatrics 71:531-40 (1983).
 5. Fişek N.: Çocuk sağlığı yönünden sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi H. Günöz, O. Neyzi (ed). 0-6 Yaş Çocuğun Korunması. 5. ve 6. Pediatri Günleri Raporları, Kent Basımevi, İstanbul (1985).
 6. Harrison KA: Childbearing, health and social Priorities: a survey of 22774 consecutive hospital births in Zaria, Northern Nigeria, Br J Obstet Gynaecol 92 (suppl 5): 1-119 (1985).
 7. Hacettepe University Institute of Population Studies, 1988 Turkish Population And Health Survey (1989).
 8. Kaumitz AM, Spence C et al: Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetrics care. Am J Obstet Gynecol 150 826-31 (1984)
 9. King M: Health is a sustainable state. Lancet 336: ii, 664-667 (1990).
 10. Köhler L, Jacobsson G: Children's health and well being in the Nordic countries. Clin Dev Med no 98, Oxford: Meckeith Press (1987).
 11. Lucas SB, Mati JKG, Aggarwal VP, Sanghvi H: Pathology of perinatal mortality in Nairobi, Kenya. Bul Soc Path Ex 76: 579-583 (1983)
 12. Macfarlane A: The downs and ups of infant mortality. BMJ 296:230-1 (1988).
 13. Mosley, WH: Child survival: reseach and policy. Population and Development Review (Suppl) 10: 3-25 (1984).
 14. Pickkala P. Enkkola R et al: Declining mortality, 1968 to 1978. Br J Obstet Gynaecol 87: 833-38 (1980).
 15. Shorter FC: "Türkiye'de bebek ve çocuk ölümlülüğündeki azalmalar-sayım tahminleri". The Population Council Regional Papers West Asia and North Africa. 34:19-20, (1989).
 16. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Ölüm İstatistikleri 1987. Ankara (1989).
 17. UNICEF, Measuring Real Development, The State of the World's Children, pp 75-87 (1989).
 18. WHO Maternal Mortality A Global Factbook WHO/MCH/MSM/91.3 ISBN 92 4 1590017.

Genel Sağlık Sigortası çözüm olabilir mi?

Doç. Dr. Osman HAYRAN

Uzun yıllardır sözü edilen Genel Sağlık Sigortası'nın ne getirip ne götüreceğini anlamak için benzer uygulamaların geçmişine ve ülkemizdeki gerçeklere bir göz atmakta yarar vardır.

Sağlıklı insan gücü demek olan sağlık yatırımları genellikle uzun vadede yüz güldürücü sonuçlar yarattığından özellikle gelişmekte olan ülke politikacıları-

nın pek önemsemediği, öncelik tanımadığı yatırımlardır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi ne olursa olsun finansman konusu bu ülkelerde her zaman sorun olmuştur.

İnsanların sağlıklı yaşaması için gereken para kimlerden ve hangi yöntemle bulunmalıdır?... Bu soruya çok kaba bir yaklaşımla üç türlü yanıt verilebilir:

1. Kişiler sağlık hizmeti için kendi ceplerinden harcama yapmalıdır.

2. İster hasta ister sağlam olsun her vatandaşın sağlıklı yaşaması için devlet genel bütçeden harcama yapmalıdır.

3. Her vatandaş sağlık için her an belirli miktarlarda para ayırmalı, bir havuzda biriken bu paralar gerektiğinde hasta olanlar için kullanılmalıdır.

Bu üç yanıtın birincisi gerek sosyal devlet anlayışıyla gerekse sağlığın bir insan hakkı olduğu gerçeğiyle bağdaşmayacağı için doğru sayılamaz.

İkincisi ülkemizde halen yürütülmeye çalışılan uygulamadır. Devlet vatandaşlardan vergi toplamaktadır ve toplanan bu vergilerin bir kısmı vatandaşların sağlıklı yaşaması için kullanılmak zorundadır. Ancak politik nedenlerle bu para ağırlıklı olarak başka yatırım alanlarına kaydığından sağlığa ayrılan pay yetersiz kalmaktadır.

Nitekim, iktidarda kim olursa olsun ülkemizde yıllardır genel bütçeden sağlığa ayrılan payın %3-4'leri geçemediği bilinmektedir.

Üçüncü yanıt sağlık alanında sigortacılığın temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sigortacılık uygulaması aslında bir risk paylaşımıdır. Bu paylaşım risk altındaki bir grup için sınırlı kalabileceği gibi tüm toplum için de sözkonusu olabilir. Ülkemizdeki Sosyal Sigortalar Kurumu sınırlı uygulamanın bir örneğidir.

Sanayilemiş ülkelerde özellikle sanayi devrimini izleyen yıllarda bazı toplum gruplarının gönüllü olarak örgütlendiği ve sağlıklarını korumak için bir fon oluşturdukları, kendilerine sağlık hizmeti verecek örgütler kurdukları bilinmektedir. Ekonomik ilişkilerin griftleşmesine, sağlık alanında üstün teknoloji kullanımına ve risk gruplarının artışına paralel olarak gönüllü sigortacılığın zamanla zorunlu sigortacılığa dönüştüğü ve bu anlamda bir uygulamanın ilk kez 1883'te Almanya'da başlatıldığı daha sonra diğer Avrupa ülkelerinin de aynı yolu izlediği görülmektedir.

Çeşitli aşamalardan geçen sigortacılık günümüzde çeşitli ülkelerde farklı şekillerde sürdürülmektedir.

Bazı uygulamalar yalnızca doktor ve ilaç ücretini kapsarken, bazıları hastane masrafını da kapsamaktadır.

Bazı ülkelerde yıllık kişi başına ödene ve harcama temel alınırken, bazılarında doktora her başvuru için yada yapılan her işlem için ödeme temel alınmaktadır.

Bazı uygulamalarda fonlar işyeri bazında oluşturulurken, bazılarında coğrafi bölge bazında oluşturulmaktadır.

Bazı uygulamalarda fonların kontrolü çalışanlarda

* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı.