

BELGE**TÜRKİYE İŞÇİ PARTİSİ'NİN DEMOKRATİKLEŞME İÇİN PLANI'NDA "SAĞLIK"**

Ata SOYER*

"Yine bir Ekim ayında yitirdiğimiz Behice Boran'ın anısına"

1978 yılında Türkiye'de sağlık hizmetlerinin durumu ile ilgili bir rapor yayınlandı. Ama, başka sektörlerdeki durum raporları ile birlikte. Üstelik tüm bu durum saptamaları, bir 5 yıllık gelecek perspektifi ile ve bir siyasal çatı altında sunulmuştu: "Demokratikleşme İçin Plan 1978-82".

NE ÖZELLİĞİ/ÖNEMİ VAR?

1. Sağlık, kendi başına bir alan gibi ele alınmamış, tüm başka sektörlerle birlikte ve ilişkili olarak ele alınmış. Üstelik, gerçekleştirilebilir siyasal, toplumsal ve iktisadi tasavvurlar çerçevesinde. Sağlığın soyut ve kendi başına bir olgu olmadığı gerçekçiliğinin somut bir örneği.

2. İkinci somutluk, söz konusu alanın hangi ülkede (hangi dünyada) ele alındığı noktasında. Kendi tarihsel ve coğrafi bağlamından kopuk bir ele alış yerine, dönemiyle, coğrafyası ile bağlantılı bir ele alış.

3. Bir de bir iddia ile birlikte. Daha demokratik bir toplumda sağlık, sosyalist bir toplum hedefinde sağlık. Burada da bir somutluk var; propagantif bir söylem yerine, gerçekleştirilebilir bir toplumsal dönüşüm bağlamında ele alınan sağlık. Bu haliyle de ülkemizde ilk örnek demek mümkün.

4. Sağlıkla ilgili bir konuda kalem oynatmayı, bir mesleki ya da bilimsel kurum değil de-mesleki ve bilimsel düzeyi düşürmeden-bir siyasi partinin, üstelik de sosyalist bir siyasal partinin yapması da, özgün bir durum. Bugüne kadar da, düzen partileri dahil propagandif broşürler dışında, benzeri adım atıldığını görmüyoruz. Sosyalist Parti/İşçi Partisi'nin benzer çabaları hariç.

Aslında uzun da bir çalışma ürünü. Gerçi 1960'lı yılların sonuna doğru böyle bir ürün oluşturma fikri oluşmuştu, Türkiye İşçi Partisi'nde. 1976'da dönemin TİP Genel Başkanı Behice Boran'ın bu fikri yinelemesi ile yeniden gündeme geliyor. 1977'de tartışmalar ve taslak metinler oluşmaya başlıyor. 1978'de plan ortaya çıkıyor.

Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

PLANIN KAPSAMI

İçerik ve biçim olarak birçok tartışılabilir eksiği kapsasa da, birçok nedenle tek ve ilk olan Demokratikleşme İçin Plan, bugün bile güncelliğini yitirmeden-ama çok bilinmeden-duruyor. Bir kere, "plan" adı taşısa da, daha çok özel sektör merkezli kalkınma planlarına alternatif olma iddiasında değil. Onun ötesinde bir savı var. Emekçilerden yana olası bir dönüşüm ile birlikte ele alınması gereken bir plan. Bir iddiası var! Demokratikleşme ve sosyalizm için mücadeleyi elle tutulur hale getirme iddiası. İkincisi, "plan"ın teknik ve bilimsel düzeyi, hiç de kalem oynatılan alanların söz konusu düzeylerinin gerisinde değil. Hatta, resmi verilere bağlı kalmak yerine özgün hesaplama ve çalışmalar var. Bunda "plan" sürecine "partili" aydınların yanı sıra, "partisiz" bilim adamları, teknik adamlar, aydınların katılabilmiş olmasının da etkisi vardır. Genel bir dünya tahlilinin üzerine-bu alanda Türkiye'nin gerilimlerini de içeren-Türkiye'nin iktisadi durumu ele alınmıştır. Daha sonra emek, sanayi, altyapı, tarım açısından plan hedefleri incelenmiş, işgücü, sağlık, çevre, yerel yönetimler, eğitim, kitle iletişimi, vb. konularda özgün sorunlar değerlendirilmiştir.

PLANDA SAĞLIK

Sağlığın dışında özel olarak beslenme, çevre ve işçi sağlığı alanlarının ele alınması gündeme gelmiştir. Sağlık konusu da, ekteki metinden anlaşılacağı gibi, "sağlıklı yaşama hakkı" bağlamında temellendirilmiştir. Sağlık hizmetinin "mal" karakterinin, sağlıktaki sorunların kaynağı olduğu, teknoloji ve eğitim olarak dışa bağımlı bir özellik arzettiği, düzeyinin diğer ülkelere kıyasla oldukça geri olduğu saptamalarının ışığında, ülkemizde sağlık hizmetlerinde yaşanan kargaşanın aşağıdaki noktalarda tezahür ettiği belirlenmiştir: "Hizmet karşılığı para ödenmesi, bölgesel dengesizlik, hizmetin eğitim ve araştırmadan kopukluğu, hizmetin kişiye götürülmemesi, tedavi hizmetlerinin ağırlık taşıması". Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunun sorunlarının, bu sunumun egemen sınıfların çıkarlarına bağlı olarak belirlenmesine bağlı olduğunu ileri süren "plan", çözümün de bu bağlamda ele alınması gerektiğini vurgulamıştır.

Yaklaşık çeyrek asır öncesi yazılan ve ülkemizde önemli bir örnek olan "Demokratikleşme İçin Plan", bugün bize ne yapmamız gerektiğini işaret ediyor. Başka söze gerek yok!

GENEL OLARAK SAĞLIK SORUNU**Sağlıklı Yaşamak Tüm Bireylerin Doğuştan Hakkıdır**

Sağlıklı yaşama hakkı, tüm bireyler için doğuştan kazanılmış bir haktır. Bu hak tarih boyunca süren mücadeleler sonucu kazanılmıştır. Birleşmiş Milletler'in İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde sağlıklı yaşama hakkı "Herkes, kendisi ve ailesinin sağlıklı ve iyilik halinde yaşaması için, yiyecek, giyecek ve barınak, sağlık hizmeti, gerekli sosyal hizmetler hakkına ve gerektiğinde işsizlik, işgöremezlik, dulluk, yaşlılık ve başka yaşam koşullarının bozulmasında güvenlik hakkına sahiptir. Analık ve çocukluk, özel ilgi gerektiren durumlardır. Evlilikte, ya da evlilik dışında doğmuş olsun, tüm çocuklar aynı sosyal güvenlikten yararlanırlar" şeklinde yasallaştırılmıştır. Ülkemizde de sağlıklı yaşama hakkı 1961 Anayasası'nın 49. maddesi ile tanınmıştır.

Sağlık, kişinin bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden "tam iyilik halinde" olması anlamını taşır. Bu tanım, kişiyi tek başına değerlendirmek yerine, fiziksel ve toplumsal çevresi ile bir bütün olarak düşünmeyi getirmektedir. Toplum sağlığı ve sağlık hizmeti, hekimle hasta ve toplum arasında tek boyutlu bir ilişkiye değil, işsizlik ve yoksulluk, elverişsiz sağlıklı konutlar, beslenme yetersizliği ve bozukluğu, bilgi yetersizliği, elverişsiz çalışma koşullarıyla belirlenen karmaşık bir ilişkiler bütünüyle oluşan bir sorundur. Bu nedenle, toplumsal ve bireysel sağlık sorunları bu sorunu açığa çıkaran ekonomik, sosyal ve doğal bileşenlerden ayrı olarak ele alınmaz. Esasen sağlık hizmeti götürülecek olan kitleler içinde her birey, ruhsal ve biyolojik yapısı, bu yapıyı üreten fizik ve toplumsal çevresi ve mesleki uğraşı tarafından belirlenen koşullarda ya sağlıklı kalmakta ya da hastalanmaktadır.

Bir ülkede insanlara sağlıklı yaşama hakkının tanınıp tanınmadığı o ülkedeki sağlık hizmetinin niteliği ve hizmetten yararlanma oranı ile ölçülmelidir. Sağlık hizmetlerinin niteliği, bu alanda teknolojinin ve bilimin gelişme düzeyi ve ileri teknolojiyi gerektiren yöntemlerin uygulama düzeyi ve yaygınlığı ile belirlenir. Sağlık hizmetleri üst düzeyde bir niteliğe sahip olduğu halde bu hizmetten ancak belli bir sınıf yararlanabiliyorsa sağlık hakkından söz etmek gülünç olur. Sağlık hakkı, sağlık hizmetinin düzeyi ve bu hizmetten herkesin yararlanabilmesi ile de yeterince gerçekleşmiş sayılmaz. Bunların yanı sıra, herkesin gereksinimine uygun olarak verebilecek en üstün hizmetten yararlanabilmesi gereklidir. Yani ileri teknik gerektiren hizmetten ancak yüksek ücretleri ödeyebilen bir kesim değil, tüm gereksinimi olanların yararlanabilmesi sağlanmalıdır.

Kapitalist Ülkelerde ve Türkiye'de Sağlık Hizmeti Mal Gibi Alınıp Satılıyor

Her gün kapitalist düzenin doğurduğu birçok sorunla karşılaşan Türkiye toplumu, yaşamı ilgilendiren pek çok alanda fizik ve ruh sağlığını bozucu etkenlerle yüz yüze gelmektedir. Öte yandan, burjuvazinin sağlık alanında günümüze kadar uygulaya geldiği siyaset, toplumun ve bireyin sağlıklı olmasını amaçlayan bir programın içermek

zorunda olduğu bütünsellikten, süreklilikten ve gelişme esnekliğinden yoksundur. Aslında tüm kapitalist ülkelerde sağlıklı yaşama hakkı sadece sözde tanınmıştır. Çünkü sağlık hizmeti mal gibi alınıp satılmaktadır. Bir sağlık hizmetinin karşılığında dolaylı, ya da dolaysız olarak para alınıyorsa o hizmetten ancak bu parayı ödeyebilen kişilerin yararlanabileceği açıktır. Yararlanmayı engelleyen bir başka neden de hizmetin belli bölgelerde toplanmış olmasıdır. Türkiye'de kırsal bölgelerde oturanların hizmetten yararlanma olanağı son derece sınırlıdır. Bu da sağlık hizmeti sunan devlete ait ve özel kuruluşların, alıcının yoğun kent merkezlerinde toplanmasından ileri gelmektedir.

Kapitalist ülkelerde her alanda olduğu gibi sağlık alanında da karı artırmak önemlidir. Bu nedenle Türkiye'de de sağlık hizmetleri giderek "özel ellerde" toplanmakta, devletin katkısı yıldan yıla azalmakta ve sağlık hizmeti gereksinimi olabildiğince kara dayalı ilişkilerle karşılanmaktadır. Bu özelleşme iki yoldan gerçekleşmektedir. Birincisi, yeni özel sağlık kuruluşlarının kurulmasıdır. Yıllardan beri varolan özel hastanelere yenileri eklenmektedir. İkincisi de, varolan sağlık kuruluşlarının özelleşmesi şeklindedir. Artık döner sermayeli üniversite hastanelerinde öğretim üyeleri yüksek ücretlerle özel olarak hastaları muayene edebilmektedir. Yüksek ücret ödeyerek tanı ve tedavisini yaptıran hastalar aynı zamanda hastanenin her türlü olanaklarını da böylece satın alarak kullanmış olmaktadır. Bu sadece yüksek ücret ödeyemeyenlerin yararlanmaları açısından değil, öğretim üyelerinin tıp eğitimine harcadıkları zamanın sınırlandırılması nedeniyle eğitimin aksaması açısından da son derece zararlı olmaktadır.

Teknoloji ve Eğitimi Dışa Bağımlı Olan Sağlık Hizmetinin Düzeyi de Düşüktür

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleşmesinin hızlanmasının yanı sıra dışa bağımlılıkta da hızlı bir gelişme görülmektedir. Sağlık teknolojisi ve ülke koşulları gözönüne alınmadan hazırlanan tıp eğitimi tamamen kapitalist sisteme bağımlı durumdadır. Türkiye'nin büyük sağlık merkezlerinde ileri teknoloji gerektiren tanı ve tedavi yöntemleri gerekli gereksiz kullanılmaktadır. Böylece, Türkiye gelişmiş kapitalist ülkelerin ileri teknolojisi için iyi bir pazar, güvenilir bir alıcı olmaktadır. Eğitim açısından da yukarıda açıklanan nedenle, bu eğitimle yetişen hekimlerde sürekli yurt dışına gitme özlemi görülmektedir. Bu gün, hekimimizin yüzde 5'inin yurt dışında bulunması bunu kanıtlamaktadır.

Türkiye'de teknolojisi ve eğitimi dışa bağımlı olarak gelişen sağlık hizmetlerinin düzeyi oldukça düşüktür. Sağlık alanındaki göstergeler, Türkiye'nin içinde bulunduğu geriliğin kitlelerin sağlığına ve yaşamına aynen yansıtıldığını kanıtlamaktadır.

Ortalama yaşam süresinin kısaldığı en önemli göstergelerden biridir. Tablo 1'de görüldüğü gibi Türkiye'de ortalama yaşam süresi sadece 54 yıldır. Bu süre köylerde 38 yıla kadar düşmektedir.

Tablo 1. Ülkelere göre ortalama yaşam süresi

Ülke	Ortalama Yaşam Süresi (Yıl)
ABD	70
Fransa	71
İngiltere	71
Almanya	69
Dem. Alman Cum.	72
Bulgaristan	71
SSCB	69
Hindistan	32
Kongo	39
Meksika	39
Türkiye	54

Yaşam süresinde Türkiye kırlar ortalamasının Asya, Afrika ve Orta Amerika'dan alınan üç az gelişmiş ülkeye benzerlik göstermesi ile çekicidir. Diğer yandan, yüzlerce yıllık sömürüyle beslenen kapitalist metropollerin ulaştığı sağlık hizmetleri düzeyine sosyalist sistem ülkelerinin otuz yılda varmış olması çözüm yollarını da aydınlatmaktadır.

Türkiye'de ortalama yaşam süresinin kısalığı ile birlikte süt çocuğu ölüm oranının yüksekliği de dikkat çekmektedir. Ulusal gelirin bölüşümündeki adaletsizlik, sağlıksız konut, yetersiz beslenme, aydınlatma ve ısınma olanaklarının sınırlılığı ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanamamanın doğal bir sonucu olarak süt çocuğu ölümleri ülkemizde son derece yüksek bir düzeydedir. Tablo 2'de görüldüğü gibi egemen sınıflar, yalnızca ekonomik kaynaklara ve toplumun yönetimine el koymakla kalmamakta, ortalama insan ömrünün kısalığı ve her 1000 çocuktan 153'ünün yaşama hakkını daha doğarken elinden alarak, toplumun bugününe olduğu kadar geleceğine de el koymaktadır.

Tablo 2. Ülkelere göre süt çocuğu ölümü

Ülke	Ölüm Oranı (%0)
ABD	22
İtalya	29
SSCB	26
Bulgaristan	30
Yunanistan	31
Türkiye	153

Sağlık, satılan bir hizmet olduğu için satın alma gücünün yüksek olduğu yerlerde hizmet yoğunlaşmakta, ayrıca kim daha çok satın alabiliyorsa ona daha fazla ve daha nitelikli götürülmektedir. Tablo 3'de hekim ve sağlık personeli sayısı gösterilmiştir. Toplam 20.938 doktorun 12.415'i uzmanlaşmıştır. 8.523 olarak gösterilen pratisyen doktorların bir kısmının uzmanlık çalışmaları içinde olduğu dikkate alınırsa önümüzdeki yıllarda pratisyen doktor/uzman doktor oranının uzmanlaşma yönüne doğru daha da büyüyeceği ortadadır. Uzman doktorların İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük kentlerde hizmet satmaya devam edeceği ve bu durumun, pratisyen doktorların Türkiye içi dağılım tablosunu ters yönde etkileyeceği açıktır.

Diğer önemli bir nokta da, bir doktora bir hemşire bile düşmemesidir. 20.938 toplam doktora karşılık ancak 16.092 hemşire ve hemşire yardımcısı bulunmaktadır.

Tablo 3. Sağlık ve yardımcı sağlık personeli sayısı (1976)

Personel	Sayı
Doktorlar Toplamı	20.938
Uzman ve Asistan Hekim	12.415
Pratisyen ve Asistan Hekim	8.523
Eczacı	7.495
Diş Hekimi	5.360
Sağlık Memuru ve Teknisyeni	12.040
Hemşire ve hemşire yardımcısı toplamı	16.092
Hemşire	10.454
Hemşire Yardımcısı	5.638
Köy Ebesi	12.792

Oysa, doktor başına düşen hemşire sayısı, hizmetin uygulanabilirliği ile son derece yakından ilgilidir.

Doktorların Türkiye içi dağılımına geçmeden önce, kişi başına düşen doktor sayısının bazı sosyalist ve kapitalist ülkelerle karşılaştırılması yapılmıştır. Tablo 4'de görüldüğü gibi, salt kişi başına düşen doktor sayısı açısından bile, Türkiye, sağlık hizmetleri düzeyinin en geri olduğu ülkeler arasındadır.

Tablo 4. Bazı ülkelerde doktor başına düşen nüfus

Ülke	Sayı
ABD	502
Japonya	691
Kanada	657
Fransa	642
İtalya	577
Türkiye	1.880
SSCB	489
Bulgaristan	490
Çekoslovakya	405
Dem. Alm. Cumh.	615

Türkiye'de 1976 yılında 1.880 kişiye bir doktor, 830 kişiye bir doktordışı sağlık personeli düşmektedir. Ancak bunun da Türkiye içi dağılıma baktığımızda sağlık hizmetlerinden kimlerin yararlandığı daha açık ortaya çıkmaktadır.

Alım gücü düşük olan kırsal kesim halkına sağlık hizmeti adeta sunulmamaktadır. Türkiye'de bölgesel dengesizlikleri ortaya koyan, illerde ve bölgelere göre doktor başına düşen nüfus Tablo 5 ve Tablo 6'da gösterilmiştir. Daha önce belirtilen nedenlerle doktorlar belirli bölgelerde ve belli merkezlerde yoğunlaşmışlardır. Oysa yurtdışı sağlık personeli açısından durum farklıdır. (Bunu Tablo 7'de görmek olanaklıdır) Sağlık hizmetinin satılmasında en önemli kişi doktordur. Doktorun dağılımı piyasa kurallarına göre belirlenmektedir. Bu da bölgeler arası dengesizliğe yol açmaktadır. Oysa doktor dışı personelin çok büyük çoğunluğu devlet memuru olup bu kuralların dışında kalmaktadır.

Tablo 5. Çeşitli illerimizde doktor başına düşen nüfus (1974)

Kent	Sayı
Ankara	500
İstanbul	490
İzmir	690
Sinop	17.690
Adıyaman	15.870
Gümüşhane	14.170
Niğde	17.150
Türkiye Ortalaması	1.880

Tablo 6. Bölgelere göre nüfus ve doktor dağılımı (1977)

Bölgeler	Toplam Nüfus (Bin)	Dr. Sayısı	Bir Doktora Düşen Nüfus
Edirne-İstanbul			
Tekirdağ-Kırklareli	4.980	8.954	556
Diyarbakır-Mardin			
Siiirt-Urfa	2.187	434	5.039
Kayseri-Sivas-Tokat	2.038	303	6.729
Bitlis-Hakkari-Muş-Van	1.020	85	12.000

Tablo 7. Türkiye'de doktor dışı sağlık personeli başına düşen nüfus

Kent	Hemşire	Sağlık Tekn. Ebe	
Ankara	1.120	1.800	3.000
İstanbul	2.590	3.760	5.660
İzmir	1.910	3.440	2.870
Adıyaman	7.090	7.090	2.850
Gümüşhane	7.260	5.950	2.420
Niğde	6.190	7.080	4.690
Türkiye Ortalaması	3.040	4.620	3.200

Doktordışı sağlık personelinde Türkiye ortalamasına göre yoğunlaşmalar, bölgesel yığılmalar belirgin olarak gözlenmektedir. Hizmetin götürülmediği yörelere devlet memuru olan bu kişilerin yollanması, hizmet eksikliği ve doktor açığının gözden saklanması amacını gütmektedir.

Diğer yandan yataklı tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinin de yeterli olmadığını görüyoruz. 1976 yılı sonunda 10 bin kişiye 25.7 yatak, diğer bir deyişle 405 kişiye bir yatak düşmektedir. Yatak sayılarındaki olumlu gelişmelere karşın, bunların bölgelere ve kuruluşlara göre dağılımındaki dengesizlik ve yapı, personel malzeme standartları ile ücret farklılıklarında hiçbir düzelme görülmektedir. Tablo 8'de görüldüğü gibi planlanan, özel dallara ayrılan yatak sayısının artırılmasıydı ancak, sonuçta gerçekleşen, genel amaçlı yatak sayısındaki fazlalığa karşı özel dallarda yatak eksikliğinin giderilememesidir. Bu eksikliğin önümüzdeki yıllarda giderilebileceği de kuşkuludur.

Tablo 8. Mevcut yatak cinslerinin 3. plan hedeflerine göre dağılımı

Yatak Cinsi	Mevcut Yatak	Plana Göre Olması Gereken Yatak	Fark	Plana göre 10 bin Kişiye düşen Yatak
Genel				
Amaçlı	77.261	60.296	+ 16.965	15
Göğüs	13.252	16.074	- 2.822	4
Akıl-Ruh	5.490	12.059	- 6.569	3
Doğum	5.227	8.040	- 2.813	2
Onkoloji	3.000	6.030	- 0.030	1.5
Diğer				
ÖzelDallar	1.920	2.010	- 90	0.5

Ölüm hızları, sağlık düzeyinin ülkelerarası kıyaslanmasında önemli ölçütlerdir. Sağlık hizmeti geliştirildikçe kişilerin yaşama olanağı artmakta, ölüm hızları giderek düşmektedir. Ülkelerarası dağılımı Tablo 9'da izlenmektedir. Bir yıl içinde tüm ölenlerin nüfusa oranı olarak tanımlanabilecek olan ölüm oranının Türkiye'de hızı oldukça yüksektir.

Tablo 9. Çeşitli ülkelerde demografik göstergeler

Ülke	Ölüm hızı yüzdesi	Bebek ölüm hızı yüzdesi
ABD	9.4	18.5
Bulgaristan	9.8	25.8
İngiltere	11.9	28.0
İsveç	10.4	11.1
Pakistan	18.0	142.0
SSCB	8.2	22.6
Yunanistan	8.3	27.0
Türkiye	15.3	119.0

Ancak bunların çoğunluğunu çocuklar ve bebekler oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde her doğan 1000 bebekten ancak 15-20 kadarı 1 yaşına gelmeden ölüren, Türkiye'de her doğan 1000 bebekten 1 yaşına varmadan ölenlerin sayısı 119'u bulmaktadır. Aslında bu, oldukça iyimsen bir rakamdır. Bazı tahminlere göre bu, binde 110-160 arasında değişmektedir. Türkiye'de kırsal ve kentsel bölgeler arasında bu konuda ayrılık dikkat çekicidir. Tablo 10 kırsal alanda doğan bebeklerin yaşama olanağının kenttekilere oranla daha düşük olduğunu gösteriyor.

Tablo 10. Türkiye'de 1000 canlı doğumda bebek ölümü (1970)

Bölge	Sayı
Kırsal	168
Kentsel	113
Toplam Ortalama	153

Bir ülkede hangi yaş grubunun daha çok ölüme yüzyüze olduğu da önemlidir. Sağlık düzeyi yüksek olan ülkelerde ölenler genellikle yaşlılardır. Oysa sağlık düzeyi düştükçe en çok etkilenen grup çocuklar olmaktadır. Bebek ölüm hızı dışında diğer önemli bir ölçüt, 0-4 yaşında ölenlerin, tüm yaş gruplarında ölenlere oranıdır. Buna göre Türkiye'de ölenlerin ikisinden biri çocuktur. Oysa sağlık düzeyi yüksek olan ülkelerde sağlık hizmetlerinden yararlanan çocuklar ölümden korunmaktadır. Ölen yüz kişiden ancak 2-5'i çocuktur.

Tablo 11. Türkiye'de ve diğer ülkelerde çocuk ölümleri

Ülkeler	0-4 Yaş Grubunda Ölenlerin Tüm Ölenlerle Yüzdesi
Türkiye Ortalaması	50.9
Kırsal	54.9
Kentsel	38.8
İsveç	1.4
Kanada	5.5
Bulgaristan	6.2
Yunanistan	7.6
Meksika	44.2
Şili	29.1

Ölüm nedenleri içinde büyük bir yeri bulaşıcı hastalıklar tutmaktadır. Bulaşıcı hastalıklara yakalanma olasılığı Türkiye'de daha büyüktür. Halkın eğitim düzeyinin düşüklüğü, kişisel korunmaya önem verilmesi, bozuk çevre koşulları nedeniyle dış etkenlerle savaşıma olasılığının azlığı ve hepsinden önemlisi koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin ulaştırılmaması, bulaşıcı hastalıklara yakalanma olasılığını artırmaktadır.

Bulaşıcı hastalıkların bir özelliği, hastalıktan korunmanın, hasta olunsu bile ölümden korunmanın kolay olmasıdır. Çevre koşullarının düzeltilmesi, aşılama, yeterli ve dengeli beslenme, bu hastalıkların neden olduğu ölümleri önleyebilmekte ve önlenebilir ölümler olarak tanımlanmasına olanak vermektedir.

Oysa Türkiye'de, bir yaşını doldurmadan ölen bebeklerin yüzde 40'ının, 1-4 yaşında ölen çocukların ise yüzde 78'inin ölüm nedeni bulaşıcı hastalıklardır. Yani Türkiye'deki çocukların dörtte üçünden fazlası "önlenebilir" nedenlerden ölmektedir. Tablo 12 tüm yaş gruplarında bulaşıcı hastalıklardan ölenleri, sağlık düzeyi yüksek olan İsveç ile karşılaştırma olanağını vermektedir.

Tablo 12. Çeşitli yaş gruplarında bulaşıcı hastalıktan ölenler (10 bin kişide görülen ölüm)

Yaş Grubu	Türkiye	İsveç	Türkiye/İsveç oranı (kat)
0-4	604.9	11.0	54.0
5-14	9.3	0.4	23.2
15-44	13.4	1.2	11.2
44+	45.2	17.0	2.7
Toplam Ortalama	10,3.8	8.0	13.0

Görüldüğü gibi, önlenebilir olduğu bilinen bulaşıcı hastalık ölümleri, Türkiye'de İsveç'te görülenin 13 katıdır. 0-4 yaş grubunda ise 50 katından da fazladır. Üstelik, Türkiye rakamı olarak verilenler yalnız il ve ilçe merkezleri sonuçları olup, çok daha kötü koşulları olan kırsal bölgeleri kapsamamaktadır. Şimdiye kadar sağlık düzeyi ile ilgili olarak geliştirilen ölçütler Türkiye'nin içinde bulunduğu durumu açıkça ortaya koymaktadır.

Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesinde Hüküm Süren Kargaşa

Türkiye'de bugünkü sağlık hizmeti örgütlenmesine bakıldığında ilk dikkati çeken şey, sağlık örgütlerinin sayıca çokluğudur. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi tam bir kargaşa ile karşılaşmaktadır. Varolan sayısız örgütlenmenin birbirinden farklı birçok yönü vardır. Amaç farklılığı, ücret farklılığı, kaynak farklılığı ve en önemlisi yararlanan açısından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklara karşı bütün sağlık örgütlenmelerinde ortak noktalar da bulunmaktadır. Bu ortak noktalar şöyle özetlenebilir.

1. Hizmet Karşılığı Para Ödenmesi:

Hemen bütün örgütlenmelerde hizmetten yararlanmalar, hizmet karşılığında para ödemektedirler. Bir grup örgütlenmede bu ücret ödentisi çok açık biçimdedir. Her hizmetin bir fiyatı vardır, hizmet sunulmadan önce, ya da sunulduktan sonra, bu fiyat ödenir; özel sağlık kuruluşlarında, üniversite hastanelerinde olduğu gibi. Bir grup örgütlenmede bu ücret, primler halinde önceden toplanır. SSK bunun tipik bir örneğidir. Emekli Sandığı'nın sağladığı sağlık hizmeti içinde de önceden kesinti yapılmaktadır. Bir grup örgütlenmede de hizmet yasal olarak ücretsizdir. Ancak çeşitli yasalara uydurularak, ya da yasa dışı yollarla buralardaki hizmette ücretli hale getirilmiştir. Örneğin, devlet hastanelerinde yatabilmek için kimi hekimlerin muayenehanelerinden geçmek gerekebilir, birçok devlet hastanelerinde ameliyatlar parayla yapılır, üniversitelerin eğitim kuruluşlarında bazı hizmetler için makbuz karşılığı ücret alınır. Devlet bütçesini oluşturan en önemli vergi olan gelir vergisinin büyük bir kısmı işçi ve emekçilerden alınmaktadır. Bunun karşılığında, kamuya tüm sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak götürülmesi gerekirken bir kez de bu hizmetler için para isteminde bulunmaktadır.

2. Bölgesel Dengesizlik:

Bölgeler arasında personel ve araç gereç dağılımı, yaygın örgütlenmelerde çok dengesizdir. Ülke çapında geniş olan örgütlenmelerin büyük kentlerdeki hekim sayıları, kırsal kesimdekinden çok daha fazladır. Toplam olarak Türkiye'de 1880 kişiye bir hekim düşerken, İstanbul'da 490, Ankara'da 500, İzmir'de 690 kişiye bir hekim düşmektedir. Buna karşılık bu rakam Niğde'de 17.150'ye, Sinop'ta 17.690'a yükselmektedir. (Tablo 5 ve Tablo 6)

Dengesizlik, yalnızca bölgeler ya da iller arasında değil, aynı il içinde kırsal ve kentsel kesimler arasında da vardır.

Ankara'da 500 kişiye bir hekim düşmekteyken, Ankara'nın yalnız merkez ilçeleri gözönüne alındığında rakam çok daha düşük olmaktadır.

3. Hizmetin Eğitim ve Araştırmalardan Kopukluğu:

Varolan sağlık örgütlenmelerinde eğitim, hizmet ve araştırma eşgüdümlü değildir. Hizmet yapılan yerde genellikle eğitim ve araştırma ikinci planda kalmakta, eğitim ve araştırmanın yapıldığı yerlerde de hizmete yeterince önem verilmemektedir. Örneğin, üniversite hastaneleri genellikle araştırmalara yönelmekte, devlet hastanelerindeyse yalnızca hizmet düşünülmektedir.

4. Hizmet Kişiyeye Götürülmesi:

Şimdiki örgütlenmelerde, genellikle sağlık kurumuna gelen kişiye hizmet sunulmaktadır. Özellikle hizmetin ücretini hemen alan, ya da prim sistemiyle çalışan kurumlarda bu özellik belirgindir. Oysa insan yaşamı, sağlık ve hastalık diye ikiye ayıramayacak bir bütündür. Sağlık hizmeti de yalnız hastalanıp başvuran kişilere değil, bunlardan daha önemlisi sağlam kişilere götürülür ve hasta olmamaları sağlanır. Sağlık Bakanlığı'nın kimi sağlık hizmetlerinde örneğin sosyalleştirilmiş bir kısım bölgelerde uygulama halkın ayağına götürülmektedir. Ancak hizmetlerinin para karşılığı satıldığı bir ülkede de başka türlü olması beklenemez.

5. Tedavi Hizmetlerinin Ağırılık Taşınması:

Hemen bütün sağlık örgütlenmelerinde tedavi hizmetleri, koruyucu hizmetlerden daha fazla ağırılık taşımaktadır. Koruyucu hizmetler karşılığında genellikle para alınamayacağına göre bu hizmetlerin bulunmaması da doğaldır. Bugün korunulması çok kolay olan bir çok bulaşıcı hastalığın Türkiye'de çok sayıda görülmesi bunun en somut kanıtıdır. Yapılan hesaplara göre, yılda 50 bin kadar bebek, korunabilecek bir hastalık olan kızamığın sonucunda ortaya çıkan bronkopnömoni (zatürre) den ölmektedir.

Türkiye'de bir yaşına kadar ölen bebeklerin yüzde 40'ının, 1-4 yaşlar arasında ölen çocukların yüzde 78'inin ölüm nedeni bulaşıcı hastalıklardır.

Türkiye'de sıtma tedavisi gören yurttaşların sayısı 1969 yılında 2.173 iken, bu sayı 1976 yılında 37.320'ye çıkmıştır. Bu yıllar arasında sıtma olasılığı nedeniyle koruyucu tedaviye alınan yurttaşların sayısı ise 36.889'dan 2.470.755'e yükselmiştir. 1969 yılında resmi kayıtlara intikal eden "bulaşıcı hastalıklar" sayısı 7.862 iken, 1976'da 12.103'e çıkmıştır. 1969 yılında 384 olarak bildirilen çocuk felci 1976 yılında 500'e yükselmiştir. Tifo, paratifo, kolera, kızamık, boğmaca, tüberküloz, cüzzam, difteri, menenjit gibi bulaşıcı hastalıkların halen ölü alınabilmiş değildir. Her yıl bu hastalıklardan biri, ya da birçoğu, kitlesel ölümlere yolaçan salgınlara neden olabilmektedir. Oysa, bulaşıcı hastalıklar çabuk tedavi edilebilen ve gerekli önlemler alınırsa salgın yapma niteliği ortadan kaldırılabilen hastalıklardır. Tablo 12 bu konuda bir fikir vermektedir.

Birer kapitalist ülke olan Türkiye ve İsveç'te bulaşıcı hastalıklardan ölüm riskinin onüç kat farklı oluşu, ülkemizde gelmiş geçmiş burjuva iktidarlarının kamu sağlığına ilişkin yatırım siyasetlerini tam bir umursamazlık ve sorumsuzlukla ele aldıklarını kanıtlamaktadır.

Sağlık Hizmetinin Sunumu, Egemen Sınıfların İstem ve Çıkarlarına Göre Belirlenmektedir

Sağlık hizmetinden söz ederken toplumun "sağlık hizmetini sunanlar" ve "sağlık hizmetini kullananlar" biçiminde ikiye ayrılmış olduğu düşünülmektedir. "Sağlık hizmetini sunanlar" olarak hekimler, hekimdışı sağlık personeli, yardımcı personel, sağlık personeli, yardımcı personel, sağlık yöneticileri anlaşılır. "Sağlık hizmetini kullananlar" ise, zengini yoksulu ile bütün toplumdur. Ama aslında toplumu "egemen sınıflar" ve "emekçi sınıflar" olarak düşünmek gerekir. Sağlık hizmetini sunanlar arasında sermaye sahibi hekimler bulunduğu gibi, işçi ya da memur olarak çalışan emekçiler de vardır. Sağlık hizmetini kullananlar da hem egemen sınıflar, hem de emekçi sınıflardır. Toplumdaki sağlık düzeni de, egemen sınıfların isteklerine göre belirlenmekte dolayısıyla genel olarak da onların çıkarlarına uygun olmasına özen gösterilmektedir. Bu ortamda emekçiler yararına olan belli kazanımlar da uzun örgütlü çabalarla gerçekleştirilmiştir.

Bir ülkenin sağlık politikası, genel politikasına ayrılmaz. Genel politika da ülkenin ekonomik düzeniyle yakından ilgilidir. Türkiye'de bugün kapitalist ilişkiler egemendir. Bu yüzden, sağlık hizmeti de içinde olmak üzere her şey kar elde etmek için alınıp satılabilir meta durumundadır. Bunun sağlık alanında üç önemli sonucu vardır. Birincisi, sağlık hizmetinden, ancak bu hizmet için para ayırabilenler yararlanabilir. İkincisi, verilen sağlık hizmetinin niteliği, parasını ödemeyenlerin isteklerine göre belirlenir. Üçüncüsü, sağlık hizmeti için işçi ve emekçilerin ödediği ücretler, belli ellerde birikir.

Hizmeti kullananlar yönünden sağlık hizmetinden, ancak bu hizmet için ayırabilecek parası olanlar yararlanabilmektedir. Tek tük kimi hizmetlerin ücretsiz olması bu durumu değiştiremez. Örneğin bir devlet hastanesinde ücretsiz muayene olan hastanın gerekli ilacı alabilmesi, hastasını devlet hastanesine yatırmış kişinin gerektiğinde kan bulabilmesi, ancak yüksek ücretler ödeyebilmesine bağlıdır. Bu sakıncaları ortadan kaldırmak için "sosyal güvenlik" bir seçenek olarak düşünülebilir. Ama Türkiye'deki sosyal güvenlik uygulamaları, çalışanların yararına olmaktan uzaktır. Daha çok, çalışanlara yapılacak hizmetlerin ücretini önceden toplar niteliktedir. Hiçbir sosyal güvenlik kurumuna devletin katkısı yoktur. SSK'da primlerin bir kısmı işverenlerden alınır, ama bu primlerin zamanında ve tam olarak ödenmesi denetlenemez; üstelik işverenlerin biriken borçları da zaman zaman "affedilir", daha da ötesi SSK fonları işverenlere kredi olarak dağıtılır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının yönetiminde emekçilerin bir etkinliği yoktur.

Sonuç olarak halkı, sağlık hizmetlerinin karşılığını ödeyebilenler ve ödeyemeyenler olarak iki grupta

düşünürsek hizmetten ancak birinci gruptakilerin yararlandığı açıktır.

Hizmetin niteliği yönünden sağlık hizmeti büyük ölçüde bu hizmetin ücretini ödeyenlere göre belirlenmektedir. Kara yönelik hizmette sağlıklı kişi için kullanma hizmeti ağırlık kazanamaz. Ancak kişi kendisine sağlık hizmeti verilmesini gerekli gördüğü zaman hekime, ya da hastaneye başvurur. Bunun doğal sonucu olarak, koruyucu hekimlik ikinci plana düşer. Sağlam kişiyi hastalıklara karşı koruyabilme olanağı azalır. Buna karşılık gerçekten topluma gerekli olduğu belirlenmeden hizmetin ücretini ödeyebilen kişilerin bir sorun olarak saydığı konular ön plana çıkar. Örneğin çeşit çeşit burun kaldırma ameliyatları gelişir, zayıflama yolları geliştirilir, "epilasyon" yöntemleri uygulanır.

Küçük sağlık hizmeti işyerlerinde de alıcının gözünü boyamak için bilimsel olmayan yöntemler uygulanır. Hastalıkların nedenleri yerine, o an için hastayı rahatsız eden nedenler, ilaçların uzun süreli zararları düşünülmeden, ortadan kaldırılır. Hastanın isteğine göre gerekli gereksiz ilaç yazılır. Özellikle çok sayıda enjeksiyon öğütlenir.

Hizmeti sunanlar yönünden ise durum şöyledir: Sağlık hizmeti için ödenen paralar belli ellerde toplanır. Sağlık hizmetinin satıldığı kuruluşlarda, ödenen ücret bu hizmeti sunanlar arasında harcanan işgücüne göre paylaşılır. Özel kuruluşlar genellikle bir kısım hekimlerin mülkiyetindedir. Başka hekimler ve hekim dışı sağlık personeli bu kuruluşlarda ücretli olarak çalışırlar. Üniversite hastanelerinde halktan "döner sermaye" olarak toplanan paraların çok önemli kısmı bir kısım hekimler ve üst yöneticiler arasında paylaşılır. Sağlık hizmetinin yan sanayileri de halkın sağlığı için ayırdığı paraların "özel girişimci"nin elinde toplanmasını sağlamaktadır. Bunun en güzel örneği ilaç sanayi, kan ve türevleri sanayidir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile İlgili Gelişmeler

1960'lı yıllarda başlanan ve sağlık sorunlarının çözümü için büyük umutlar bağlanmış olan sosyalleştirme çalışmaları tam bir başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Kitlelere verdiği sözden geri dönmekte hiçbir sakınca görmeyen egemen sınıflar, yasanın emredici hükümlerini açıkça çiğneyerek, sosyalleştirme çalışmalarını askıya almışlardır. Geçtiğimiz yıl meclise sunulan "Genel Sağlık Sigortası" yasa tasarısı burjuvazinin sosyalleştirme uygulamasında nasıl içtenlikten yoksun olduğunu bir kez daha kanıtlamıştır.

1963 yılında uygulanmaya başlanan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasası, 15 yılda Türkiye'de bütün sağlık ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin kamulaştırılmasını istediği halde günümüzdeki durum. Sağlık Bakanlığı kaynaklarına göre şöyledir:

Sosyalleştirilen il sayısı	36
Sosyalleştirilen ilçe sayısı	278
Sosyalleştirilen köy sayısı	19.425
Sosyalleştirilen bölgeler nüfusu	16 milyon
Sosyalleştirilen bölgeler nüfusunun toplam nüfusa oranı	yüzde 40
Sosyalleştirmeler için 14 yılda Harcanan para toplamı	4.650 milyon TL

Buradaki rakamlar, göstermelik bir anlam taşımakta ve toplumsal içerikten yoksun bir sosyalleştirme aldatmacasının gerçek sosyalleştirme kavramını yozlaştırmasına neden olmaktadır. Esasen 14 yılda yalnızca 4.650 milyon lira tutarında bir harcamanın yapılmış olması, bu konuda ciddiyetsizliğin bir başka göstergesidir. Bilindiği gibi, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nce yapılan bilimsel hesaplara göre genel bütçeden iyileştirici sağlık hizmetleri için yüzde 6 koruyucu sağlık hizmetleri için yüzde 9 olmak üzere toplam yüzde 15 oranında bir kaynak ayrılması zorunlu görülmektedir. 1977 bütçesinde bu oran altı kat daha azaltılarak, yüzde 2.97 düzeyinde bırakılmıştır. Oysa bir örnek olarak alındığında, silahlanma için harcanan paralar, her yıl giderek artmakta, sağlık için harcanan miktarın çok üstüne ulaşmaktadır.

"Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi" uygulamasının iflas etmesinden sonra ortaya atılan "Genel Sağlık Sigortası Yasası" da birincisi gibi kitlelerin sağlık sorunlarını çözmekten çok uzaktır.

Sağlık alanında kurulu düzeni güçlendirmeye ve sürdürmeye kararlı olan çevreler, kitlelerin sağlıkları ve yaşamları konusundaki haklı duyarlılıklarını sömürmektedirler. Oysa sosyalizasyon kelimelerden ve cılız rakamlardan ibaret değildir. Toplumun her bireyinin yaşamını, sağlık bakımını ve hastalıktan korunmasını güvence altına alan yaygın bir eğitim, hizmet ve uygulamalar bütünüdür. Sosyalizasyon, herşeyden önce ülkenin her tarafında yaygınlaşmış, etkin bir yardım sağlayan kurumlar ve hastaneler ağının kurulmasını hedef almalıdır. Tablo 13'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini amaçlamış ve bunu başarmış iki komşu sosyalist ülkenin ve Türkiye'nin sağlığına ilişkin çeşitli alanlardaki karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tablo 13. İki komşu sosyalist ülke ve Türkiye'de sağlık istatistikleri (1977)

	SSCB	Bulgaristan	Türkiye
Doğum oranı (binde)	17.8	15.3	40.8
Ölüm oranı (binde)	8.7	9.8	13.5
Çocuk ölüm oranı (binde)	23.0	26.2	153
Hastane sayısı	25.773	200	449
Bin kişiye düşen yatak sayısı	11.1	9.4	2.5
Toplam yatak sayısı	2.800.000	56.000	103.450

Gerçek bir sosyalizasyonla, göstermelik sosyalizasyon arasındaki farkı doğuran temel neden, iktidarı elinde bulunduran sınıflardan kaynaklanmaktadır. Türkiye’de egemen sınıf iktidarı insan yaşamının korunması ve sosyal güvenliğin sağlanması amacıyla yapılacak yatırımları lüks saymakta, bunun yerine mevcut durumu değiştirmeyecek süslü demagojilerle kitleleri oyalamaktadır. Bu oyalama ve programsızlığın kitlelerin yaşamına yansması kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetleri kapsamında bulunup da çözüm bekleyen en önemli konular arasında işçi sağlığı ve iş güvenliği, çevre sağlığı, ana çocuk sağlığı ve sağlık personelinin eğitimi vb. yer almaktadır.

Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerinde Durum

Şimdiki durumda ana çocuk sağlığı hizmetleri hemen yalnızca Sağlık Bakanlığı’nın kimi kuruluşlarınca yürütülmektedir. Ana çocuk sağlığı için ayrı bir genel müdürlük kurulmuş bu genel müdürlük kendisi için yeni bir örgüt kurmaya çalışmıştır. 1974’de 70 AÇS (Ana çocuk sağlığı) merkezi 84 AÇS şubesi, 796 AÇS istasyonu kurulmuş görünmektedir. Ancak bu kuruluşlar istenen koruyucu hekimlik çalışmalarını yürütecek yerde hasta çocukları muayene eden merkezler haline gelmişlerdir.

Oysa Türkiye’de çocuk ölümleri çok önemli bir sağlık sorunudur. Doğan her on çocuktan birisi yaşını doldurmadan ölmektedir. Bu bebek ölümlerinin bir çoğu, iyileştirebilen hastalıklardan olmaktadır. Türkiye’de gebelik ve doğum nedeniyle ölen annelerin sayısı da başka ülkelere göre çok yüksektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde ana çocuk sağlığına özel bir yer vermek gereklidir.

Kurulacak yeni sağlık örgütlenmesinde, koruyucu hekimlik çalışmalarının önemli bir kısmını ana çocuk sağlığı hizmetlerinin oluşturması gerekir.

Ana çocuk sağlığı hizmetleri, gebelerin doğum öncesi ve sonrası izlemlerini yapmak, doğumların sağlıklı sonuçlanmasını sağlamak, doğan bebeği hastalıktan korumak, 0-6 yaş grubu çocukları izlemek, aşılama olarak özetlenebilir. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinde temel sağlık personeli ebe’dir. Yeni bir örgütlenmenin ilk basamağı olacak sağlık kuruluşlarında, her iki üç bin nüfusa bir ebe bulunması gerekir. Her ebe’nin sorumlu olduğu bölge belli olacaktır. Ebe, kendi bölgesindeki gebeleri, bebekleri, çocukları saptayıp izleyecek, gerektiği zaman hekime gönderecektir. Doğumları yaptıracak, gebe, bebek ve çocukların aşılarını hekimle birlikte planlayıp gerekli aşıları uygulayacaktır. Aynı zamanda ebeler kendi bölgelerindeki doğum, ölümleri yeni yerleşen ve bölgeden ayrılanları saptayarak hekime bildirecektir.

Sağlık Personeli Eğitimi

a) *Yüksek Öğretim Kurumları:* Türkiye’de bugün uygulanmakta olan tıp eğitiminin ülkenin sorunlarıyla ilgili

olup olmadığına dikkat edilmemektedir. Altı yıl yüksek öğrenim gören hekim, öğrendiklerinin büyük bir çoğunluğunu hiç uygulamadan unutmaktadır.

Tıp fakültelerinde yapılan bilimsel çalışmalar da çoğunlukla ülke sorunlarına yönelik değildir. Üniversite hastanelerinde çalışmakta olan öğretim üyelerinin büyük bir kısmı, Türkiye’de hangi sağlık sorunlarının gündemde olduğundan habersiz kendi muayenehane ve kliniklerinde çalışmaktadırlar. Eğitimin hizmet ve araştırma ile eşgüdümü sağlanmış değildir.

Sağlık personeli yetiştiren yüksek öğrenim kurumları 1974 rakamlarıyla şöyle sıralanabilir. 13 Tıp fakültesi, 7 eczacılık fakültesi ve yüksek okulu, 8 dış hekimliği fakültesi ve yüksek okulu, ayrıca çeşitli personel yetiştiren 4 akademi ve yüksek okul 1973-74 ders yılında 1000’den fazla hekim mezun olmuştur.

Yeni bir sağlık örgütlenmesiyle birlikte tıp eğitiminin de bilimsel gerçeklere ve ülke gereksinimlerine uygun bir duruma getirilmesi gerekecektir.

Tıp ve sağlık bilimleri alanlarında toplumun ihtiyaç duyduğu elemanların ivedi olarak yetiştirilmesi, ertelenmez nitelikte toplumsal bir işlemdir. Bu nedenle gerekli kadroların yetiştirilmesi bir plan sorunu olarak ele alınmalıdır.

Tıp eğitiminin uzun yıllar sürmesi ve ihtisaslaşma eğilimi dikkate alınarak gerektiğinde, kitlerin sağlık hizmetlerini belirli ölçüde çezecek yardımcı hekim eğitimine gidilebilir. Ancak yardımcı hekimlerin de görece kısa bir eğitimden geçtikten sonra tedavi ve iyileştirici sağlık hizmeti vermeye yetkili görevliler olarak atanmakla birlikte, bilimsel gelişmelerini ve eğitimlerini tamamlayarak doktor olmaları yolu açık tutulmalıdır.

Tıp fakültelerinin eğitim programları yeniden gözden geçirilerek düzenlenmeli, ayıklanmalı ve tıp eğitiminin bütün tıp fakültelerinde standart olması sağlanmalıdır. Yeni yetişen hekimlerin ülkenin sağlık sorunları konusunda bilgi sahibi olmalarına özen gösterilmelidir.

b) *Orta Öğretim Kurumları:* Sağlık Bakanlığı ile çalıştıracağı orta öğrenim düzeyindeki personelin eğitimi için üniversitelerin tıp ve ilgili diğer fakülteleri ortak çalışmalar yapmalıdır. Sağlık Bakanlığı, belli aralıklarla hizmetini değerlendirip geleceğe yönelik planını saptamalıdır. Orta Öğrenim düzeyindeki personel (hemşire, sağlık memuru, ebe, laboratuvar teknisyeni vb.) yetiştirilecek kişilerin sayısına ve eğitim kapsamına yönelik olarak bu plana göre belirlenmelidir. Tıp ve ilgili diğer fakültelerin gereksindiği personelin (hekim, eğitimci, yüksek hemşire, istatistikçi, çevre mühendisi vb.) sayısı ve eğitimlerinin kapsaması gereken konular önceden belirlenmelidir. Böylece üniversitelerin halka dönük, gereksinimine yönelik ve üretim gücü olan işlev kazanmasına da yardımcı olunacaktır.

Sağlık Hizmetinin, Koruyucu ve İyileştirici Olarak Birarada Ele Alınması Zorunludur

Sağlık hizmetinin amacı, toplumda yaşayan bireylerin tümünü, gereksindikleri yerde ve ölçüde, sağlanabilecek en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlandırmaktır. Bu nedenle hizmet götürülecek kişinin «hasta» olarak seçilmesi, temelden yanlış ve eksiktir. Bunun için sağlık hizmetleri koruyucu ve iyileştirici olarak bir arada ele alınmak zorundadır.

Sağlık yalnız bireysel değil, aynı zamanda toplumsal bir olgudur. Toplum içinde yer alan bireylerin sağlık düzeylerini belirleyen, biyolojik, fizik ve toplumsal etkenlerin tümüdür. Aynı zamanda, toplumun sağlığını da tek tek bireylerin sağlığı oluşturur. Bireylerde görülen bulaşıcı hastalıklar ölümcül bile olsalar, önemli kabul edilmemektedirler. Oysa en önemli hastalıklar en çok görülen, en çok öldüren ve en çok sakat bırakanlardır.

Sağlık hizmetinin en önemli özelliği, tüm bireyleri gereksinim duydukları ölçüde sağlıklı kılmasıdır. Bu nedenle, nerede ve hangi koşullarda yaşarlarsa yaşasınlar tüm bireylere ve özellikle işçi ve emekçilere hizmet götürmenin ilke olarak kabul edilmesi gerekir. Birey, hizmetin hangi yönüne ve ne ölçüde gerek duyuyorsa, hizmetin o yönünden ve gerek duyduğu kadar yararlandırılmalıdır.

Sağlık hizmeti insanı önce hastalandırıp, sonra iyileştirme düzeyinden kurtarılmalı ve bir meta olarak alınıp satılması önlenerek, topluma, koruyucu ve iyileştirici yönleri bütünleştirilmiş olarak sunulmalıdır.

Ancak bireyin biyolojik ve ruhsal dengesinin korunması, koruyucu, ya da iyileştirici sağlık hizmetleri sunmanın boyutlarını aşar. Bireyin moral sağlığını toplumsal bir ortak güvenlik sistemi içinde değerlendirmek gerekir. Toplumun bütün bireyleri ancak bu ortak güvenlik sisteminde gelecek kuşkusuz, hastalık, işsizlik, yoksulluk, yeteneklerini geliştirememek gibi endişelerden uzak olabilirler.

Sağlık Hizmetleri Doğumdan Ölüme Kadar Her Hal ve Koşulda Kesintisiz Sunulmalıdır

Sağlık hizmetleri, koruyucu ve iyileştirici hekimlik çalışmaları yanında fizik tedavi banyoları, spor merkezleri, rehabilitasyon, gebelik, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, kreşler, dinlenme ve tatil merkezleri, yaşlıların bakımevleri biçiminde ana rahminden ölüme kadar devam eder bir süreç içinde kesintisiz olarak sürdürülmelidir. Bu nedenle sağlık hizmetleri, toplumsal yaşamı düzenleyen ortak bir toplumsal güvenlik sistemi içinde yer almalıdır. Sağlık hizmeti değişen biçime getirilirken de, çalışanların bir uyum içinde ekip hizmeti olarak çalışmaları sağlanmalıdır.

Bu düzenlemeler yapıldığı oranda sağlık hizmetleri bir meta olmaktan çıkarılmış, herkesin yararlanabildiği ve sadece iyileştirici değil, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmeti durumuna gelmiş olacaktır.

ÇEVRE SORUNLARI

Kapitalist Toplumlarda Doğa Çevre Bir Meta Olarak Ele Alınır

ÇEVRE, insanın tüm biyolojik, fiziksel, toplumsal ve ekonomik işlevlerini sürdürdüğü ortamdır. Toplumlar, ilk insandan bu yana, bu çevre içinde yaşamlarını sürdürebilmek için doğadan ve kaynaklarından yararlanmış; onları üretimde kullanmıştır. Ancak, insanların doğadan yararlanması, çevreyle ilişkisi, sınıflı toplumlarda farklı olagelmıştır. Her sınıflı toplumda, doğadan ve çevreden nasıl yararlanacağını o toplumun egemen sınıfı kararlaştırır, o yönlendirir. Kapitalist toplumda da «bir üretim aracı olarak doğa»nın kullanımına, burjuvazi karar ve yön verir. Bu, kuşkusuz, kapitalist düzenin belirleyicisi olan «kar»a yönelik bir kullanım olacaktır. Kısacası kapitalist toplumlarda doğa/çevre, bir «meta» olarak ele alınır; ve kar sürecine katılır.

Kapitalist toplumlarda kar sağlanabilmesi, ancak sömürü ile olanaklıdır. Kuşkusuz, doğa/çevre de bu sömürü mekanizmasında yerini alacak; plansız, toplum yararına aykırı biçimde tüketilecek, yağmalanacaktır. İşte, kapitalist ülkelerde doğa; bunun için insan ve öteki canlıların yaşamını/sağlığını tehlikeye sokacak, yaşam kaynaklarına zarar verecek biçimde bozulmuş ve genel anlamda «çevre kirlenmesi» olayı ortaya çıkmıştır.

Çevre Kirlenmesi Sorunu Yalnızca Kapitalist Ülkelere Özgüdür

Çevre kirlenmesi, ya da çevre sorunları yukarıda açıklanan nedenlerle sadece kapitalist ülkelere özgüdür. Sosyalist ülkelerde doğa, toplumun yararına göre ve o amaçla kullanılır; çünkü «bir üretim aracı olarak doğanın» mülkiyeti, topluma aittir. Doğal olarak toplum bu araçtan kendi yaşamını/sağlığını tehlikeye sokacak biçimde yararlanmayacaktır.

Çevre sorunları kapitalist ülkelerde-özellikle gelişmiş emperyalist ülkelerde son 20-25 yıldır büyük boyutlara ulaşmıştır. Denizlerde yaşam azalmış; su kaynakları toprak ve hava kirlenmiş; doğal kaynaklar tükenmeye yüz tutmuş; işçi ve emekçi sınıflar kötü yaşama ve çalışma koşullarına itilmişlerdir. Çevre kirlenmesinin işçi ve emekçilerde doğurduğu tepkiler üzerine, kirlenmenin gerçek nedenini ve kaynağını gözden gizleyebilmek için bu ülkelerin egemen sınıfları çeşitli saptırmalara başvurmuşlardır. Kirlenme sorununa «devlet sahip çıkar» görünmüş, kimi ülkelerde de sorun ortaya çıkan «çevreci» partilerde kanalize edilmeye çalışılmıştır.

Bu arada, kapitalist sistemin çeşitli uluslararası kuruluşları da konuya el atarak, çeşitli önlemler önermişlerdir. Ancak, çevre kirlenmesine ilişkin tüm tartışmalar, öneriler bir noktada birleşmektedir: kirlenmeyi önlemek olanaksızdır, o nedenle kirliliği temizlemek yolunda çalışmalar yapılmalıdır. Türkiye İşçi Partisi'nin hazırladığı plan çalışmasının, önceki «Sağlık» bölümünde değişen «önce hastalandırıp sonra iyileştirmek» mantığı

gibi, «önce kirlenmek, sonra temizlemek» mantığı da kapitalist düzenden kaynaklanmaktadır.

Öte yandan, kapitalist ülkeler, çevre sorunlarını, sanayileşmenin ve teknolojik gelişmenin «kaçınılmaz sonucu» olduğu savını da benimsetmeye çalışmaktadırlar. Çevre kirlenmesinin, yoğun biçimde sanayi bölgelerinde görülmesi ve kirlenmeye genellikle sanayi atıkları ve atıklarının yol açması, bu sava kanıt olarak gösterilmektedir. Böylece, sanayileşme ve teknolojik gelişme durdurulamıyacağına göre, çevre kirlenmesine, insan yaşamını doğrudan etkiler hale gelinceye kadar katlanılması gerektiği öne sürülmekte, tepkiler azaltılmaya çalışılmaktadır. Çevre kirlenmesinin en yüksek düzeye çıktığı durumlarda, «en az kirlenme teknoloji» seçimiyle karşı karşıya kalınması, ya da «temizlemek» zorunda olunması halinde de bunun maliyeti emekçi halka ödetilmektedir. Nitekim, Avrupa'da gelişmiş kapitalist ülkelerde denenen bir uygulamaya göre, «kirlenme ödeyecektir». Bu şu anlama gelmektedir: Üretim süreci sırasında meydana gelen kirlenmenin temizlenmesi için, «bu üretimden yararlanan kişiler» maliyete katılacaklardır. Eğer «temizleme» işini özel sektör yapacaksa, bunun maliyeti devletçe saptanacak oranlarda «fiyatlara» yansıtılacaktır; eğer devlet yapacaksa bu kez belirli oranlarda «vergi» alınacaktır. Görüldüğü gibi kirlenmeler, işçi ve emekçiler sayılmakta; temizlemenin bedeli onlara ödetilmektedir. Tüm bunlar da «sanayileşme nimetinin bir külfeti» olarak sunulmaktadır.

Türkiye gibi az gelişmiş ülkelerde bile çevre sorunları, önemli boyutlara ulaşmıştır. Önümüzdeki dönemde, emperyalist kapitalist ülkelerin içinde bulunduğu durumun geri ülkelere daha da fazla yansıtacağı ve çevre kirlenmesinin büyük boyutlar alacağı görülmektedir. Çevre sorunlarının kaynağı olan kapitalist sanayileşmenin, az gelişmiş ülkeler için de söz konusu olması, öte yandan emperyalist ülkelere ithal ettikleri geri ve «aşırı kirlenme» teknolojiler, «çevre kirlenmesi» olayının sürekli büyüyen sorunları olmaktadır.

Çevre kirlenmesinin en önemli göstergelerinden biri, atıkların biyokimyasal oksijen değerleri (BOD) yüküdür. 1977 yılında seçilmiş sanayilerin, yaklaşık olarak hesaplanan toplam BOD yükleri, kişi başına 54 gram/gün olarak alındığında, bu sanayilerin yaklaşık 7.5 milyon kişinin yaratacağı eşdeğer bir kirlenmeye neden olduğu görülür. Ayrıca, BOD yükü, yalnızca biyolojik olarak parçalanabilen organik atıkları içermektedir. BOD yükünde yer almayan sağlığa zararlı, zehirli ve biyolojik olarak parçalanmayan, kalıcı kirlenme ajanları de hesaba katıldığında, söz konusu kirlenmenin çok daha büyük ölçülerde olduğu anlaşılır.

Türkiye'deki Çevre Kirlenmelerinin Önemli Nedenleri

Türkiye'de çevre kirlenmesinin ilginç örneklerinden biri, Porsuk Çayının Kütahya'daki Azot Sanayii atıklarıyla kirlenmesidir. Üstelik, Eskişehir kentinin içme suyunun

kaynağı olarak Porsuk çayından yararlanılmıştır. Oysa Porsuk çayındaki kirlenme çok yoğun ve büyük ölçüde biyolojik olarak arılamayan bir niteliktedir. Başka bir örnek Filyos Çayı'nda görülmektedir. Bu çay üzerindeki SEKA kuruluşu, başka yerlerdeki (Dalaman, İzmit Körfezi) benzerleri gibi, yoğun bir kirlenmedir.

Tarım ilaçları ve kullanımı da Türkiye'de çevre kirlenmesinde büyük rol oynamaktadır. Özellikle, 35 yıl kadar önce sentez edilen ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmasından sonra, çok kötü bir «çevre kirlenme ajanı» olduğu saptanan DDT kullanımının sürdürülmesi, tarım alanlarının çoraklaşmasına yol açmaktadır. DDT'nin doğada yok olmadığı ve insanların ve tüm yararlı canlıların yağ dokularında biriktiği, okyanuslardaki oksijen dengesini olumsuz yönde etkilediği bilimsel olarak kanıtlandıktan sonra, DDT'nin başta ABD olmak üzere hemen hemen tüm emperyalist-kapitalist ülkelerde, kullanımı ve üretimi yasaklanmıştır. Ancak, mevcut DDT stokunun elden çıkarılması için az gelişmiş ülkelere ihracat sürdürülmüştür. Öte yandan Türkiye, DDT'yi ithal etmeye ve kullanmaya devam etmektedir. Bunun sonucu olarak da tarım alanları, verimini yitirme tehlikesiyle karşı karşıya kalabilecektir. Ayrıca tarım ürünlerinde bulunan yüksek dozlardaki tarım ilaçları, özellikle bakır sülfat, cıva ve DDT kalıntıları, bu ürünlerin Avrupa ülkelerinde alıcı bulmalarını engellemektedir. Örneğin, 1973-74 yıllarında Türkiye karasularında avlanan balıklar yüksek cıva kalıntısı, çaylar ise yüksek tarım ilaçları kalıntısı nedeniyle ihraç edildikleri Almanya'dan geri gönderilmiştir. Bu arada, yurt içinde de, besin kirlenmesi hızlanmakta, besin yoluyla zehirlenmeler artmaktadır. Sosyalist ülkelerde ise, tarım ilacı olarak, doğada kolayca yok olan ve çevreyi kirlenme oranı çok düşük olan nikotinli ilaçlar kullanılmaktadır, Türkiye'de ise nikotinli ilaçların üretilmesinin ekonomik ve toplumsal yararları olduğunu belirten «resmi» araştırmalara karşın, uygulamaya geçilmemektedir. Bu arada, nikotinin hammaddesi olan tütün atıkları da değerlendirilmeden yok edilmektedir.

Türkiye'de çevre kirlenmesinde en büyük payı olan sanayi kuruluşları çimento fabrikalarıdır. Çimento sanayii, gerekli önlemlerin alınmaması halinde, çok yoğun hava ve toprak kirlenmesine yol açmaktadır. Çimento tozlarının solunması sonucu, meydana gelen «silikozis» hastalığı (ciğerlerde toz hastalığı) bir meslek hastalığı olarak çok yaygındır. Çimento fabrikaları, tüm sakıncalarına karşın, girdi maliyetinin azaltılması amacıyla, ya kentlerin içinde, ya da çok yakınında ve verimli tarım alanında kurulmuştur. Elazığ, Çorum, Hendek ve Mersin'deki çimento fabrikaları hemen aklı gelen örneklerdir. Bu durum, çok yoğun hava ve toprak kirlenmesine yol açmaktadır.

Bu arada, başta Ankara olmak üzere ve Murgul gibi küçük yerleşme merkezlerine kadar uzanan pek çok kentte hava kirliliği tehlikeli boyutlara ulaşmıştır. Kapitalizmin körüklediği hızlı ve plansız kentleşme, hava kirliliğinin ana nedenlerinden biridir. Kentlerin yoğun nüfusu, yeşil alanların azlığı, toplu ulaşım yerine küçük özel taşıtların

trafikte ağırlık taşınması, bu arada merkezi ısıtma sisteminin kurulmaması, ısınma için kullanılan fueloil, kömür gibi yakıtların kötü kaliteli olması, hava kirliliğinin artmasına yol açmaktadır.

Kükürt oranı düşük fueloil ve kaliteli kömür de sanayinin kullanımına verilmekte, «insan sağlığı» ikinci planda kalmaktadır.

Türkiye'de 1977 yılında 118 bin ton üretilen deterjanlar da aşırı çevre kirlenmesine yol açmaktadır. Türkiye'de deterjanların, bakteriler tarafından kolayca parçalanabilen ve dolayısıyla daha az kirlenmeye yol açan grubu yerine, «sert deterjan» diye nitelenen, aşırı çevre kirlenmeye yol açan grubu üretilmektedir. Türkiye'de üretilen ve kullanılan deterjan grubu, bazı gelişmiş kapitalist ülkelerde ve ABD'de yasaklanmış durumdadır. Türkiye'de de bu türün üretiminin kesinlikle yasaklanması gerekir.

Alınması Gerekli İlk Önlemler

Çevre sorunlarına karşı alınabilecek ilk önlem, «kaynağında denetim»dir. Kirlenen çevrenin temizlenmeye çalışılması yerine, çevre kirlenmeye yol açan sanayi kuruluşlarının denetlenmesi, daha az kirlenmeye yol açan teknolojiye yönlendirilmesi; tarım alanında da erozyon önlenerek, tarım ilaçlarının sağlığa zararlı olmayanların üretiminin sağlanması gereklidir. Belli ölçülerde kirlenmeye yol açmasının önüne geçilemeyen sanayi kuruluşlarının da yerleşim bölgelerinden uzakta kurulması, bu arada buralarda çalışan işçilerin sağlığı için de gerekli önlemlerin alınması zorunludur.

Bu temel yaklaşım ayrıca yerel boyutlarda yan önlemlerle de desteklenmelidir. Sanayi atık ve artıkları mutlaka filtre edilerek dışlanmalı, bunu kısa sürede gerçekleştiremeyecek kuruluşlar en azından sökülerek, akarsu ve denizler çevresinden uzaklaştırılmalıdır. Gene, büyük kentlerde fosseptiklerin doğrudan denize, ya da akarsulara akıtılmasını önlemek amacıyla gerekli tesisler kurulmalıdır.

Yoğun yerleşme merkezleri çevrelerindeki çimento fabrikaları, termik santraller gibi çevre kirlenmeye yol açan atık ve artıklarını filtre etmeleri ve temizleyici yöntemleri geliştirmeleri zorunlu kılınmalıdır. Büyük kent yaşamının neden olduğu katı kirlenmeye yol açan çöplüklerde yığılıp, sağlığı etkileyici konumlarından mutlaka çıkarılmalıdır. Bu çerçevede yeniden değerlendirme ilk olarak düşünülmeli, bu anlamda değerlendirilemeyecek artıklar ise gömülü çöplükler yoluyla yok edilmelidir. Yeniden değerlendirme için ayıklanan çöplerden arata kalanlar da zaten biyokimyasal parçalanma yoluyla doğada kolayca yok olabileceğinden sorun yaratmamaktadır.

Bütün bu önlemlerin uygulanmasının denetimi ise yakından ve sıkı bir biçimde gerçekleştirilmelidir. Bu anlamda yerel yönetim organlarına, sendikalara ve teknik eleman kuruluşlarına ortak sorumluluk ve yetki verilmelidir.

KAYNAK

Türkiye İşçi Partisi, Demokratikleşme İçin Plan 1978-82, TİP Yayınları:19, Kent Basımevi, Aralık 1978, İstanbul