

SOSYAL DEMOKRASİ AÇISINDAN
TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK POLİTİKALARI

HAZIRLAYAN

Prof. Dr. Türkan Akyol

SOSYAL DEMOKRASİ AÇISINDAN TÜRKİYE İÇİN SAĞ LIK POLİTİKALARI

GİRİŞ

- Çağdaş Sağlık Kavramı
- "Sağlıklı yaşam için temel ilkeler"
Alma-Ata Bildirgesi PHC
- "2000 yılında Herkese Sağlık" (HFA)
"Riga" ilkeleri

TÜRKİYE'NİN SAĞ LIK SORUNLARI

- Sağlıklı yaşam için temel ilkelerin durumu
- Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik
- Toplumsal ve Bulaşıcı Hastalıklar
- Sağlık ve Temel Gereksinimler
 - Kurumlar
 - İş-gücü
 - Kaynak
 - Sağlık Politikaları

SAĞ LIK SİGORTASI GÜNDEMDE

- Yeni Arayışlar
- Sosyal Güvenlik ve Sigorta
- Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetleri

SHP'nin Sağlık Politikaları

- Sağlık Politikası, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi
- Örgüt Modeli
- İş gücü ve alt yapı
- Kaynak
- İş sağlığı ve iş güvenliği
- İlaç konusu-eczacılık
- Diş Hekimliği

GİRİŞ

Birleşmiş Milletlerin 1948'de kabul ettiği (İnsan Hakları Evrensel Beyanname-si) insan haklarını savunan temel belgedir. 1966'de yayınlanan iki ek bildirge ilede insan hakları kavramındaki temel öğeler belirlenmiştir.

Bunlar, ekonomik, sosyal ve kültürel haklar ile medeni ve siyasal haklardır. Bu hakların bütünü ırk, cins, renk, din ve dil ayırteilmeksizin herkes için geçerlidir. İnsanın temel haklarının başında "Sağlık" gelir.

Sosyaldemokrasilerde bireylerin sağlıklı yaşaması için gerekli tüm koşulları yerine getirmek ve herkesin sağlık hizmetinden yararlanmasını, ödeme gücüne bağlı olmadan, yaşadığı yörede ve fırsat eşitliği içinde bu hizmetlere erişebilmesini sağlamak devletin görev ve sorumluluğu içindedir.

20 inci yüzyılın ikinci yarısında bilim ve teknolojiideki gelişmeler, baş döndürücü bir hızla tıp bilimine de yansımıştır.

Yeni tanı ve tedavi yöntemleri ortaya çıkmaktadır. Gerektiğinde ve özellikle güç sağlık sorunları ve hastalıklarda her kişinin bu yeni yöntemlerden yararlanma hakkı vardır.

Bütün bu gerçekler karşısında, toplumların ve ulusların yöneticileri, insanların temel haklarına ilişkin görev ve sorumluluklarını yeniden düzenlemek zorundadırlar.

Sağlık politikalarına geçmeden, sağlık sorunlarına girmeden önce bu temel kavrama, "Sağlık Kavramına açıklık getirmek" gereklidir.

ÇAĞ DAŞ SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık, sadece hasta olmama, sakat olmama, demek değildir.

Sağlık, insanın bedensel, ruhsal ve sosyal durumunun tümü ile "iyi olması" halidir. O halde sağlıksızlığın nedeni sadece hastalıklar değildir ve bunun için sadece "hastalıklarla savaş" sağlık sorunlarının çözümü için yeterli olmaz. Toplumların, sağlık içinde yaşamaları için gerekli koşullar yerine getirildiği zaman hastalıkların %90'ı önlenebilir. İnsanlar hasta olduktan sonra, teşhis (tanı) ve tedavileri, son derece pahalı hale gelir.

**** Sağlık araştırmalarının bulguları, tıp mesleğinin geleneksel yapısını o denli gerilerde bırakmıştır ki, bir çok ülkede sağlık, hatta yaşam, ailelerin satın alamıyacağı kadar pahalı olabilmektedir. İnsanların sağlıklı yaşamaları için gereken temel koşulları sağlamak, bireyleri herşeyden önce hasta olmaktan korumak, insalcıl bir görev olmak kadar, ekonomik bir zorunluluk haline gelmiştir. Çünkü hastalıkların tedavisi için çok daha fazla kaynak gerekmektedir.**

(*) SHP İzmir Milletvekili

(**) Prof. Dr. Leslie Lipson - "Sosyal Demokrat Uygarlık"

Dünyada, toplumların sağlığı için, konu ile ilgili uluslararası kuruluşlar büyük çaba göstermekte ve çare aramaktadırlar.

ALMA - ATA BİLDİRGESİ VE SAĞLIK İÇİN TEMEL İLKELER

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun desteği ile 12 Eylül 1978'de, 134 ülkenin temsilcisi, Sovyet Kazakistanın Alma-Ata ilinde bir araya geldiler. Bu toplantıda her ülkenin tanınmış tıp bilimcileri Dünya toplumlarının sağlığı için uyulması gereken ilkeleri saptadılar.

"Sağlık için temel ilkeler" (Primary Health Care-PHA-) bütün ülkelere yayıldı ve bütün hükümet ve öneticilere bu ilkelere uyulması için çağrıda bulunuldu. Bildirgedeki ilkeler yedi maddede toplanmıştır.

"Sağlıklı yaşam için temel ilkeler" in başında,

- **Eğitim**, gelmektedir. Özellikle anaların ve kuşkusuz babalarında eğitimi büyük önem taşır. "Eğitilmiş analar, sağlıklı çocuklar yetiştirirler."

- İlkelerden biride "ailenin yeterli beslenmesi, dengeli beslenmesi ve besin maddelerini sağlayacak parasal güce kavuşturulmasıdır.

- **Temiz içme ve kullanma suyu** sağlamak ve kirli atıkların gerektiği gibi toplanması (sanitation) da ilkeler arasındadır.

- **Ana Çocuk bakımı**, periodik olarak ve devamlılık içinde izlenmelidir.

- Bulaşıcı hastalıklara karşı **bağışıklık-aşılar** uygulanmalıdır.

- **Andemik hastalıklar** (salgın yapabilen), aracı olan taşıyıcılar (Malarya da sivrisinek, parazitleri gibi) ortadan kaldırılmalıdır.

- Her yerde ilk acil tıbbi yardım olanakları ve gerektiğinde "erişilebilir" ilaç bulundurulmalıdır.

Alma-Ata Bildirgesindeki İlkeler, Herşeyden önce ne Değildir? Nedir?

- Bunlar, bir tıp hizmeti değildir.

- Bunlar toplumun bütünü için bir sağlık servisi değildir.

- Bunlar "sağlık hizmetinin ilk basamak hizmeti"de değildir.

Bunlar; bildirgedeki ilkelerin amacı, bir toplumda herkese, her bireye, özellikle en çok gereksinim duyanlara (yalnız, güçsüz ve çaresiz olanlara) kadar ulaşmaktır.

Yalnızca sağlık örgüt ve imkanları içinde kalmamak ev ve aile düzeyine kadar erişebilmekdir. Amaç, bireyler ve aileler ile bilgi ve iletişimi sürekli tutmaktır. Toplumların ve ülkelerin sağlıklı yaşaması için bu ilkelerin gerçekleşmesi şarttır. Yukarıda sözü edilen ilkeler, bir toplumun uluslararası boyutta korunmasına yöneliktir. Yönetimin toplum ile yaygın ve geniş bir ilişkiyi sağlaması, gereksinim duyanlara

**Alma-Ata Bildirgesindeki İlkeler, Herşeyden önce ne Değildir? Ne-
dir?**

-Bunlar, bir tıp hizmeti değildir,

-Bunlar toplumun bütünü için bir sağlık servisi değildir,

-Bunlar "sağlık hizmetinin ilk basamak hizmeti"de değildir.

Bunlar, bildirgedeki ilkelerin amacı, bir toplumda herkese, her bireye, özellikle en çok gereksinim duyanlara (yalnız, güçsüz ve çaresiz olanlara) kadar ulaşmaktır.

Yalnızca sağlık örgüt ve imkanları içinde kalmamak ev ve aile düzeyine kadar erişebilmekdir. Amaç, bireyler ve aileler ile bilgi ve iletişimi sürekli tutmaktır. Toplumların ve ülkelerin sağlıklı yaşaması için bu ilkelerin gerçekleşmesi şarttır. Yukarıda sözü edilen ilkeler, bir toplumun uluslararası boyutta korunmasına yöneliktir. Yönetimin toplum ile yaygın ve geniş bir ilişkiyi sağlaması, gereksinim duyanlara erişmesi, yardım etmesi, ne kadar uzakta ve ne kadar yoksul olursa olsun tek bir kişiyi bile dışlamaması şarttır ve adaletin gereğidir. Herkese erişebilmek güç olduğu zaman en çok gereksinim duyanlara öncelik verilmelidir.

Görüldüğü gibi, (Sağlıklı yaşam için temel ilkeler), bir toplumun eğitim, kültür, ekonomik ve sosyal yapısı nasıl olursa olsun, o toplumun insanların sağlıklı yaşamaları için yapılması gerekli temel ve vazgeçilmez işlevlerdir. Ancak bunlar gerçekleştirildikten sonra ülkenin sağlık politikasının, uygulanması başarılı olur.

2000 YILINDA HERKESE SAĞLIK (HEALTH FOR ALL-HFA)

1988'de, Alma-Ata Bildirgesinden on yıl sonra, S.S.C.B.'de, RİGA ilinde, uluslararası deneyimli 22 sağlık uzmanı, geçmiş on yıllık uygulamanın değerlendirilmesi yaptılar. On yıllık kazanımın doğruları ve yanlışları irdelendi, eleştirildi ve bu toplantı sırasında (21 inci yüzyılda Herkese Sağlık) amacına yönelik ilkeler belirlendi.

10 temel maddeden oluşan bu ilkeler aşağıda gösterilmiştir.

1) "Herkese Sağlık" bütün uluslar için sürekli bir amaç kabul edilmektedir.

Alma-Ata ilkeleri, yeniden gözden geçirilmeli ve geleceğin sağlık sorunları iyi belirlenmelidir.

2) "Herkese Sağlık" stratejileri yeniden gözden geçirilip güçlendirilmelidir.

Her ülke, kendi sağlık sorunlarını saptamalı ve stratejilerini buna göre tesbit etmelidir.

Bir ülkenin en önemli sağlık sorunu, o ülke için en büyük tehlikedir. Bir ülkenin bir toplumun en önemli sağlık sorunu ortaya çıkarıldığı zaman bu sorun, o toplumun, sağlık hizmetinden ya hiç yararlanmayan ya da en az hizmet gören kesimini de ortaya çıkaracaktır. Bir başka deyimle, bir toplumun en ciddi sağlık sorunu, o toplumun en düşkün kesiminin içindedir.

6) "Herkesle Sağlık" amacı için sektörler arasında iş birliği yapılmalıdır.

Her düzeyde potansiyel gücü aktive ederek, sağlık konusunda gcl ve kalıcı bir iş birliği sağlanmalıdır.

7) "Sağlık için temel ilkeleri" doğrultusunda bölgesel ve yerel sağlık sistemi gclendirilmelidir.

Ulusal politikaların hedef noktası olarak, özellikle hizmetin erişemediği toplum kesimlerinin sağlık gereksinimlerini karşılamak için yerel örgütlenmeler gclendirilmelidir.

8) Sağlıkta insan gücü planlaması hazırlanmalıdır.

Sağlık servislerinin gereksinimi olan sağlık personelinin eğitimi, bilgi ve beceri geliştirilmesine ilişkin plnlar yapılmalıdır.

Bu personeli gcl bir moral ve ek kaynakla desteklemek için özellikle uzak yreler ve gücü koşullarda çalışana ek olanaklar sağlayarak hazırlıklar plnlanmalıdır.

9) Bilim ve teknolojiadaki gelişmeyi akılcı bir biçimde kullanmak şarttır.

Gelişen teknolojinin bilimsel uygulamaları özellikle kritik sağlık sorunlarında, Dünya'nın her bölgesindeki insanlara da eriştirilebilmelidir. Teknoloji, geri kalmış ülkelerin sağlık koşullarının iyileştirilmesine ilişkin araştırmalar da kullanılmalı bu araştırmalar çoğaltılmalıdır.

10) Geri kalmışlık ya da gelişmenin oluşturduğu karışıklık ciddi sorunları da beraberinde getirmektedir. Bebek, ocuk ve ana ölümlerinin yüksek oluşu, tütün ve alkol bağımlılığı gibi kötü alışkanlıklar, nüfus artış hızı ile sosyo-ekonomik gelişme arasındaki denge bozukluğu bu sorunların başlıcalarıdır. Böylesi sorunlara çözüm getirebilmek için "ncelikler" saptanmalı, plnlar yapılmalı ve programlar hazırlanmalıdır.

TÜRKİYE'NİN SAğLIK SORUNLARI

Sağlık sorunlarının boyutunu saptamak için önce "Sağlık için temel ilkeleri"nin ne kadarını gerekleştirebildiğimizi anlamak gerekir.

Bu ilkelerden;

Eğitim konusunda; sağlık eğitiminin genel eğitimle doğrudan ilişkisi dikkate alınarak okur-yazarlık oranları incelenebilir. Eğitilmiş anaların sağlıklı çocuklar yetiştireceği ilkesi tartışılmaz bir gerçek olduğu için kadının okur-yazarlığı incelenebilir.

Resmi istatistiklere göre kadın nüfusunun % 32'si, 7 milyon dolayında kadını-mız okur-yazar değildir.

Yeterli Beslenme durumu; resmi kaynakların verileri, ülkemizde daha çok karbonhidrat ve bitkisel proteine dayanan, kalori değeri yeter görünse bile, protein-

den yoksun "tek yönlü beslenme sorunu olduğunu göstermektedir.

Ayrıca, gelir dağılımındaki dengesizlik giderek artarken nüfusun en alt gelir düzeyindeki %40 kesiminin, GSMH'dan kişi başına 325 dolar pay aldığı gerçektir. İşsiz sayısı dört milyonu aşmıştır. Tarımla uğraşan üreticilerin gelirleride devamlı azalmaktadır.

Bütün bunlar bir arada değerlendirildiğinde insanlarımızın dengeli ve yeterli beslendikleri söylenemez.

Nüfusun en az % 30-35'i "kronik açlık" içindedir.

Temiz su ve sanitasyon; sorununa gelince; büyük illerin yeni yerleşim bölgelerinde susuzluk ciddi boyutlara erişmiştir, kırsal alanda temiz su ve kirli atıkların toplanma koşulları büyük oranda sağlıklı olup, sularla bulaşan hastalıklar sorunların en önemlisi olmaya devam etmektedir.

Bağışıklık hizmetleri; aşılanma hizmetleri yabancı kuruluşların önderliğinde, kampanyalarla yürütülmektedir. Yıllardır kullanılan aşılarda üreten kurumlar, Hıfzıssıhha Enstitüsü gibi kuruluşların işlevleri azalmış, araç ve gereçleri yenilenmemiş, elemanları ve kadorları tamamlanmamış, aşılarda üretimi durmuş ve her tür aşı yurt dışından ithal edilir hale gelmiştir.

"Sağlıklı bir toplum" için vazgeçilmez gereksinimlerden (bu dört) konuda içinde bulunduğumuz durum, henüz, "Sağlık için temel ilkeler" uygulama düzeyinde hangi yerde bulunduğumuzu göstermek için yeterlidir.

Halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından durum nedir?

Basit bir tanımlama ile halk sağlığı; başlıca sağlık sorunlarının çözümüne yönelik, yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası kaynakların düzenlenmesidir. Halk sağlığı stratejileri;

- Toplum sağlığına yönelik potansiyel tehlikelerin etkin bir biçimde araştırılması.
- Ciddi önlemler alınması.
- Önlemlerin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesidir.

Koruyucu hizmetler, halk sağlığı hizmetlerinin tıbbi ögesidir.

Yabancı gözlemcilerin açıkca belirttikleri gibi, Türkiye'de henüz Halk Sağlığı Kavramı anlaşılmış değildir. Oysa sağlık sorunlarının çözümü, herşeyden önce insanların sağlıklarının korunması ile başlar.

Türkiye'de koruyucu hekimliğin, etkinliğini irdelemek için, uluslararası örgütlere göre ana-çocuk ölümleri, bulaşıcı ve toplumsal hastalıkların ensidansı, sağlık politikasının durumu, sağlık hizmetlerinin alt yapısı, insan-gücü ve sağlık için ayrılan kaynakları gözden geçirmek gerekir.

ARA BİLGİ

1989 Nisan başında göreve başlayan Sağlık Bakanı Sayın Halil Şıvgın, (Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü) için Devlet Planlama Müsteşarlığından bir çalışma istemiştir.

Tahmin edebildiğimiz kadarı ile sağlık sigortasına geçiş öncesi ülkenin "sağlık durumunu"nun tesbit etmek ve (Sağlık Etüdü Ana Planı) hazırlamak amacı ile yaptırılmak istenen bu araştırma, Sayın Bakan'ın talimatı üzerine, DPT tarafından Londra da (Price Waterhous) araştırma firmasına ihale edilmiştir. Araştırmanın ön raporu geçtiğimiz aylarda tamamlanmış ve tam bir gizlilik içinde Sayın Sağlık Bakanına ve çok sınırlı bir kadroya sunulmuştur.

İlginç bir rastlantı sonucu ön raporu incelemek fırsatı bulduk! "Price-Waterhous" ön raporu, kalabalık bir İngiliz kadrosu tarafından hazırlanmıştır. Araştırma firmasının kullandığı veriler, DPT'nin tüm raporları, araştırma sonuçları, sağlık konusundaki yasal düzenlemeler ve değişiklikleri, Devlet İstatistik Enstitüsü ve Sağlık İstatistik Bilgilerini içeren yayımlar, her beş yılda bir yapılan nüfus sayımının istatistikleri gibi Devlet arşivinin tüm bilgileridir. Ayrıca İngiliz araştırmacılar, yetkili bir kadro ile mülakat yaptıklarını da ifade etmektedirler.

Ön raporun sonuçları, Ülkemizin "Sağlık Hizmetleri" konusundaki kargaşayı ve sağlık sorunlarının boyutlarını açıkca sergilemektedir.

Türkiye'de sağlık sorunlarının durumunu saptamak için 1989 yılı hesabı ile (Price-Waterhous) ön raporunun verileri kullanılmıştır.

TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SORUNLARINDA DURUMUN SAPTANMASI

Genel Bilgiler:

Sağlık sorunları ile nüfus artışı ve hızı göçler arasındaki önemli bir ilişki vardır.

Türkiye'nin nüfus artış hızı 2.5 dur. 1985 sayımına göre 50.640.458 olan nüfusunuzun son sayım dönemlerine göre yapılan düzeltmelerle 1989 da 56 milyon olduğu hesaplanmıştır. Dünyadaki en kalabalık ülkeler arasında 19 uncu sırada yer alan ülkemizde Dünya nüfusunun % 1'i yaşamaktadır.

Türkiye'nin nüfus artış hızı gelişmiş ülkelerin büyüme hızından çok az gelişmiş ülkelerin nüfus büyüme örneği ile benzerlik göstermektedir.

Toplam nüfusun % 50.7'si erkek, % 49.3'ü kadındır. Nüfusun % 36.4'ünü 0-14 yaş grubu ve % 4.2'sini 65 yaş üstü grubu oluşturmaktadır.

Nüfus hızla artarken öte yandan hızlı bir iç göç yaşanmaktadır. 1930'lu yıllarda nüfusun % 75'i kırsal alanda yaşarken 1985 de bu oran % 42'ye inmiştir.

TOPLUMUMUZUN GENEL SAĞLIK DURUMU

Toplumların sağlık durumları genel olarak Uluslararası ölçütlere göre değerlendirilir. Ana ve çocuk sağlığı istatistikleri, Doğumda yaşam beklentisi (ortalama yaşama süresi) ve korunabilir tedavi edilebilir hastalıklara bağlı ölümler (enfeksiyon hastalıkları, ölümleri) bu ölçütlerin başlıcalarıdır.

Ana Ölümleri

1978 de her yıl 100.000 doğumda 207 olan ana ölümleri bildirilmiştir. 1988 yılında (sadece hastanede ölen ana sayısı) 74 olarak gösterilmiştir.

Ancak hastane dışında yapılan doğumların daha riskli olduğu kabul edilerek yapılan bir düzeltme ile 1989 da Ulusal düzeyde ana ölümlerinin 1989'da 100.000 de en az 100 dolayında olduğu bildirilmiştir. (P.W.Raporu)

Gelişmiş ülkelerde bu sayı 2'dir. (SIW-Bülteni)

Çocuk Ölümleri

1-4 yaş arası çocuk ölüm hızı 1000'de 97'dir (1989). Her yıl canlı doğan 10 çocuktan 1'i, 5 yaşını göremeden kaybedilmektedir. 1-4 yaş arası ölümlerin en büyük bölümü birinci yaş ve doğumun birinci ayı içersinde olmaktadır. Kırsal alanda bebek ölümü hızı kentsel yörelerden iki misli, Orta Anadolu ve Güneydoğu'da 2.5 misli fazladır.

Bu verilerle Türkiye, çocuk ölüm oranı (1000'de 300) ile birinci sırada yer alan Afganistan ile (1000 de 7) çocuk ölümü ile 131 inci durumda bulunan İsveç arasında, 131 ülkenin içinde 61 inci sıradadır ve "yüksek çocuk ölümü gösteren ülkeler" arasındadır.

Doğumda Yaşam Beklentisi (Ortalama Yaşam Süresi);

1989 da yaş ortalaması 65'dir. Bu sayı OECD ülkelerinde 75, bazı gelişmiş ülkelerde 78'dir.

Toplam Ölümlerin Başlıca Nedenleri:

En sık görülen ölüm nedenleri (enfeksiyon hastalıkları) yani bulaşıcı hastalıklardır. Ulusal düzeyde ölüm sebepleri istatistikleri mevcut değildir.

Ancak ülke düzeyinde, bulaşıcı hastalıklarda korunma ve erken tanı (teşhis) ve tedavi hizmetleri yetersiz olduğu için "korunabilen ve tedavi edilebilen hastalıklardan" ölümler başlıca ölüm sebebi olmaktadır.

Yaşamın ilk yılı ve ilk dört yılında, doğuma bağlı problemler, solunum yolları iltihapları, zatürre ve bağırsak iltihapları en önemli üç öldürücü nedendir. Akraba evlilikleri, konjenital anomalilerde oldukça fazladır.

Genç ölümlerin başında da bulaşıcı hastalıklar gelmektedir. Yaşlılar arasında kalp hastalıkları ve kanserler başlıca ölüm sebepleridir.

EN SIK GÖRÜLEN BULAŞICI HASTALIKLARIN DURUMU

Verem Hastalığı ve Verem Ölümleri:

1940-1955 yılları arasında hem yaygınlığı hem de ölüm oranı açısından çok önemli bir sorun olan "Verem"e karşı 1963'de kurulan Verem Savaş Genel Müdürlüğü sorumluluğunda Üniversiteler ve gönüllü Verem Savaş Dernek ve Dispanserleri işbirliği içinde ciddi bir savaş verilmiştir. 25 yıl içinde hem bulaşma hem de verem ölümleri büyük oranda azaltılabildi. 1950'lerde 100.00'de 360 olan verem ölümü, 1960'da 200'e ve 1980'de 10'a inmiştir. (Ulusal Verem Savaş Derneği Başkanlığı raporları).

Ancak 1980'den günümüze, hastalığın azalmaya devam etmesi bir yana, verem alanında artma görülmektedir. Ayrıca toplam verem ölümlerinin %19'u çocuk ve gençler arasındaki verem ölümleridir. Gelişmiş ülkelerde ise veremden ölüm, ileri yaş gruplarında, genellikle bir başka hastalıkla birlikte ortak bir sebep olarak görülmektedir.

Tek başına BCG ile aşılayarak, verem ile savaşılmaz! Çevresel ve sosyal sorunların iyileştirilmesi, hastaları tedavi ederken çevresinin de korunması şarttır. (P-W Raporu).

Sıtma:

1982'de yeni bir alevlenme gösteren sıtma 1982-86 arasında ciddi bir savaş verilmiştir. Hastalar tedavi edilmiş, erken kanı analizleri ile taşıyıcılar (pastörler) e ko-ruyucu ilaç altına alınmıştır. Bu arada bataklıklar ve sivrisineklerle mücadele yoğunlaştırılmış ve böylece bu son sıtma yangını ko-ruyucu sağlık hizmetlerinin başa-rı ile uygulanması sonucu söndürülerek sıtma % 1 oranına düşmüştür.

Cüzzam:

Doğu ve Güneydoğu'da cüzzam hâlâ mevcuttur. 1960'da başlayan "Cüzzamla Savaş" Programı özel eğitilmiş ekiplerce yürütülmektedir. Erken tanı, tedavi ve çevreyi korumak amacı ile programlanan Cüzzam savaşı, 12 Cüzzam Kontrol Dispanseri aracılığı ile yürütülmektedir. Ayrıca Elazığ ve Bakırköy Cüzzam Hastaneleri, Ankara'da da bir (Cüzzam Kontrol Enstitüsü) vardır.

1982-86 arasında hastaneye yatan hasta sayısı azalmıştır. Ancak cüzzam müca-dele ekiplerinin büyük çabalarına rağmen ölüm oranı ciddi biçimde yükselmektedir.

1986 verileri cüzzamın gençler ve çocuklar arasında endişe verici oranda arttığını göstermektedir. Bu artışın nedeni, büyük olasılıkla uzman hekimlerin hastalığı ilk ve erken aşamada teşhis edebilmelerindendir.

Zührevi Hastalıklar:

Zührevi hastalıklarla savaşta evlilik öncesi kan tahlilleri yolu ile erken teşhis ve tedavi olanaklarını kullanma yöntemlerinin tam anlamı ile gerçekleşmediği bir gerçektir (P-W-R).

Frengi ile Mücadele:

1925'den beri, ülkede hastalığın yaygın bulunduğu dönemde ve yörelerde, Frengi Savaş Dispanserleri ile yürütülmüştür. Türkiye'de 32 adet Zührevi Hastalık Dispanseri vardır.

1986'da toplam (15 erkek, 8 kadın olmak üzere) 23 frengi ölümü bildirilmiştir. Çok küçük yaşta 6 çocuk kalıtsal Frengiden kaybedilmiştir (P-W-R).

AIDS:

Yayınlanmış istatistiklerde AIDS gibi diğer ciddi zührevi hastalıklara rastlanmamaktadır.

Türkiye'de hastalığı yurt dışından kapalı 80 AIDS olduğu bilinmektedir, çoğu kan naklinden bulaşan çocuklardır.

TRAHOMLA MÜCADELE VE DURUM:

Bu bulaşıcı göz hastalığı, Doğu ve Güneydoğu ile Güney Anadolu bölgelerinde yaygındır.

1979'da 3 hastane, 39 Dispanser ve 73 tedavi merkezi bulunmakta idi.

1981-82'de hastaneler, 1983-84 yılında ise tedavi merkezleri kapatılmıştır. Şu anda sadece 26 Dispanser çalışmaktadır.

Her yıl tedavi gerektiren hasta sayısı yaklaşık 3.5 milyona ulaşmaktadır. Bunların tedavisi genel hastanelerde yapılmaktadır.

Diğer Bulaşıcı Hastalıkların Durumu:

Çocuk felci, boğmaca, difteri, tetanoz ve kızamık gibi bulaşıcı hastalıklar özel örgütlü koruyucu programlara alınmıştır.

Bunları, özellikle UNICEF desteklemektedir. Çocuk felci aşılarını Rotary

Derneği sağlamaktadır. Aşılar kampanyalarla yürütülmektedir: UNICEF aracılığı ile yürütülen kampanyalarla 1-4 yaş arası çocuklarda DPT₁DPT₂ (karma aşı) çocuk felci ve kızamık aşıları ile bağışıklık tatmin edici bir düzeye erişmiştir.

Ancak süreklilik gösteren bağışıklık düzeyleri, koruyucu hekimlik hizmetlerinin bu temel işlevi kampanyalarla sağlanamaz. Sağlık ocakları, sağlık merkezleri, dispanserler, ana-çocuk sağlığı kurumları ve merkezlerinin sürekli görev ve sorumluluğu içinde gerçekleştirilmelidir.

"Sağlık için temel ilkeler"in düzeyi çok düşük olduğu zaman kişileri sağlıklı yaşatmak ve hastalıklardan korumak çok zordur.

Hastalıklar arttıkça tedavileri çok daha pahalı gelir ve sağlık hizmetlerinin maliyeti artar. Bu olgu geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorun oluşturan bir "kısır döngü"dür. Bizde de bugün yaşanan olay budur.

SONUC:

"Sağlık için temel ilkeler" ile Uluslararası ölçütlere göre, ülkemizdeki veriler birlikte istendiğinde çok net bir sonuç ortaya çıkmaktadır.

- "Sağlık için temel ilkeler" ülkemizde gerçekleşmiş değildir. Hem kırsal alanda hem büyük illerde hâlâ ciddi sorunlar vardır.
- Ana-Çocuk sağlığı ve ölümleri, ortalama yaşam süresi, başlıca ölüm nedeni olan hastalıklar ve toplumsal ve bulaşıcı hastalıkların durumuna göre, Dünya'daki yerimiz en geri kalmış (least developed) ülkeler ile geri kalmış ülkelere arasındadır.
- Koruyucu sağlık hizmetleri uygulanması yetersizdir ve bu hizmetler başarısızdır. Çünkü;
 - a- Toplumsal ve bulaşıcı hastalık bir artma eğilimi göstermektedir.
 - b- Trahom ve cüzzam gibi, Dünyada büyük oranda ortadan kalkmış olan hastalıklar hâlâ devam etmektedir.
 - c- Aşılanma hizmetleri, kampanyalarla sürdürülürken, denetim ve değerlendirilmeleri ancak yabancı kuruluşların aracılığı ile mümkün olabilmektedir.
 - d- İnsanları hastalıklardan korumak yerine sağlık hizmetlerinin tüm olanakları tedavi edici hizmetlere ve hastanelere yöneltilmiştir. Yıllardan beri, Sağlık Bütçelerine ayrılan payın %80'i tedavi edici hizmetlere ve %20'si Koruyucu Hekimliğe ayrılmaktadır.

Koruyucu hizmetlerin içindeki en önemli görevlerden biri de "Aile Planlaması" hizmetleridir.

Hizmetlerin tüm analara ve ailelere erişmesi ile ana sağlığı güvenceye alınırken doğum ile ilgili ölümler en alt düzeye indirilebilir. Çocuk ölümleri azaltılırken çocukların sağlıklı yetişmesi de sağlanır.

Koruyucu Hekimlik bir toplumda özellikle kadınların sağlığı için çok önemlidir. Doğum ve emzicilik konularında, kadın hastalıkları enfeksiyonları, meme ve kadınlık organı kanserlerinin erken tanı ve tedavi olanaklarına kavuşabilmesi ile ana sağlığının özel güvence altına alınması Koruyucu Sağlık hizmetlerin etkinliğine ve yaygınlığına bağlıdır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TEMEL GEREKSİNİMLER

Sağlık Hizmetlerinin üretilmesi için gereken üç temel öge; sağlık hizmetlerinin alt yapısı, sağlık da işgücü, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakdan oluşur. Sırası ile bu üç konuda Türkiye'nin içinde bulunduğu durumu görelim.

1- Sağlık hizmetlerinin üretildiği ve sunulduğu "alt yapı". Bunlar; "İlk başvuru üniteleri" ile "yataklı tedavi kurumları (hastaneler)"dir. İlk başvuru üniteleri sağlık ocakları, hastanelerin poliklinikleri ya da özel muayenehane hekimleri ile özel sağlık kurumu ve kuruluşlarıdır.

Sosyal güvenlik kapsamı dışındakilerin bütünü, hem kamu sağlık kurumu ve kuruluşlarından, hem de özel sektörden aldıkları hizmetin bedelini kendileri ödemektedirler.

Altyapısının göstergelerinden biri, kişi başına düşen hasta yatak sayısıdır.

Yatak sayısında, dış ülkelerle karşılaştırıldığında, önemli boyutta bir eksiklik vardır. 409 kişiye bir yatak düşmektedir. OECD ülkelerinde 100 kişiye bir yatak düşer.

Yatakların yurt düzeyinde dağılımı da dengesizdir. Ayrıca yatakların kullanılma oranları çok düşüktür.

Ulusal düzeyde toplam yatakların ancak %57'si kullanılmaktadır. Bu oran 50 yataklı küçük hastanelerde sadece %25-30 arasındadır. Bu veriler özellikle küçük merkezlerde tanı ve tedavi olanaklarındaki yetersizlik, nedeni ile yöre halkının yerel yataklı kurumlara güvenemeyeceğini göstermektedir.

2- Sağlıkta İşgücü:

Sağlık hizmetlerinde hem sayıca ciddi bir işgücü açığı vardır. Hem de çalışanların niteliği standart değildir.

- Sağlıkta işgücü planlaması yoktur.
- Kadroların yurt içinde dağılımı dengesizdir.
- 1989 verilerine göre yaklaşık;
1200 kişiye bir hekim,
5600 kişiye bir diş hekimi,
3700 kişiye bir eczacı,
1393 kişiye bir hemşire,
2200 kadına bir ebe düşmektedir.

Bu oranlar OECD ülkelerindekine oranla çok düşüktür. Hekimler açısından en büyük açık koruyucu ve Temel Sağlık hizmetlerini gerçekleştirecek olan Pratisyen

hekimlerdir. Hekimlerin %45'i pratisyen hekim olup OECD ülkelerinde bu oran %70'dir. Ayrıca belirli özel uzmanlık alanlarında da hekim eksikliği vardır.

- Sağlık işgücü plânsız ve programsız kullanılmakta olduğundan mevcut hekimler rantabl bir biçimde değerlendirilememektedir. Örneğin hekimler daha çok idari görevlere kaymaktadır.

- Aile doktoru uzmanlaşma programına geçtiğimiz yıl sadece 105 hekim katılmıştır.

- En önemli işgücü açığı, yardımcı sağlık personeline görülmektedir. Nitelikli ebe, hemşire, sağlık teknisyeni çok azdır. Örneğin; İngiltere'dekinin yarısı kadar hekimi olan ülkemizde, İngiltere'nin 50'de biri hemşire vardır.

3- Sağlık Hizmetlerinde Kaynak;

Sağlık hizmetleri tüketici ve pahalı hizmetlerdir. Sosyal bir devlette, sağlık hizmetlerini devlet üretir ve vatandaşlarına sunar. Her hizmet gibi sağlık hizmetinde bir maliyeti vardır. Sosyal Devlette bu maliyet için gerekli kaynak, Devlet bütçesinden ayrılan paydır.

1960'dan günümüze bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay; (her 10 yılda);

1960 % 5.27,

1970 % 3.07,

1980 % 4.20,

1990 % 3.9'dur.

1990 yılındaki bütçe payı GSMH'nin sadece %1.3 üdür. Son 40 yılda, sağlık için bütçeden ayrılan pay %3 - % 5.27 arasında değişmiştir. Yıllar içinde incelendiğinde, ekonomik kriz dönemlerinde bu payın azaldığı gözlenmektedir.

1980-1989 arasındaki duruma gelince; 1982'de % 2.81'e ve 1985'de %2.53'e kadar düşen bütçe payı 1982-1989 arasında hep % 3'ün altında kalmıştır. Oysa 1985'den itibaren, sağlık için bütçeye ayrılan pay, 1980'deki % 4.2'ye yakın bir oranda, örneğin % 4 oranında kalsa idi, 5 yılda 3.9 trilyon TL tutarında bir kaynak, sağlık hizmetlerinin düzeltilmesi için kullanılabilirdi. (Sayın Aykon Doğan -Plan ve Bütçe).

Yine (P-W Raporu) na dönelim. Bu rapor ülkemizin sağlık konusunda içinde bulunduğu durumun nedenlerini;

1) Uygun olmayan politikalar yada yetersiz strateji ve hedefler,

2) Planlama yada eşgüdüm eksikliği,

3) Zayıf yada kötü yönetim,

4) Örgütlenme eksikliği,

5) Kaynak yetersizliği yada kaynakların verimsiz bir biçimde kullanılması olarak değerlendirilmektedir.

SAGLIK POLİTİKALARI

Sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinin tasarımı da örgütlenme ve finans konusunda çok çeşitli seçenekler sunulabilir. Ülkelerin kendi gerçekleri ve gelenekleri doğrultusunda farklı yaklaşımlar mümkündür.

Bugün içinde bulunduğumuz ciddi sağlık sorunlarının temel nedeni, yıllardan beri ülkenin süreklilik gösteren bir "sağlık politikası" bulunmamasıdır.

1961'den itibaren Devletin sağlık politikası "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Politikası" idi. 224 sayılı Yasa ile yürürlüğe konulan bu politika, maalesef 26 yıl boyu, amacı doğrultusunda uygulanmamış, yasanın öngördüğü esaslar gerçekleştirilmemiştir.

Bir çerçeve niteliği taşıyan 224 sayılı yasa, temel ilkeleri içermekte ve uygulama esaslarının tüzük ve yönetmeliklerle düzenlenmesini öngörmekte idi.

224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasasının anlamı ve niteliği kısaca özetlenirse;

- Koruyucu ve tedavi edici hizmetler bir bütün olarak ele alınmaktadır.
- Bu bütünlük kavramı içinde, sağlık hizmetleri, vatandaşlara yaşadıkları yörelerde, sunulacaktır.
- Yeni bir "Sağlık Örgütü" kurulacaktır. Bu örgütün ilk birimi en uç yörelerden itibaren "İlk Başvuru Ünitesi" olacak ve bu üiteden, üniversite hastanelerine kadar bir sağlık zinciri oluşturulacaktır.
- Bu sağlık zinciri bir sevk zinciri niteliğinde, ilk başvuru ünitesinden hastanelere kadar uzayacak ve sosyalleştirme örgütünde tüm sağlık hizmetleri vatandaşlara ücretsiz olarak sunulacaktır. Sağlık hizmetlerinin kaynağı Devlet bütçesidir.
- Sağlık alt yapısı, pilot bölgelerden başlayarak tüm ülkeye bir plan ve program içinde yaygınlaştırılacaktır.
- Sosyalleştirme örgütü içinde görev alan tüm personel (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, teknisyenler gibi) tam gün görev yapacaklardır.
- Sosyalleştirmede görev yapanlar için özel bir ücret sistemi, bir "sağlık personeli yasası" ile düzenlenecektir.

Kısaca özetlenen bu ilkeler, 1961 sonrası iki pilot bölgede, Muş ve Edirne'de uygulanmaya girdi. Giderek yaygınlaştırılarak, alt yapısı düzenlendi ve çalışmaya başladı. Ancak 26 yıl boyu, maalesef geçmiş hükümetlerin, 224 sayılı yasanın öngördüğü ilkelerle ters düşen düzenlemeleri sonucu, amacı doğrultusunda gerçekleştiremedi. Belli bir sağlık politikası olmayan ülkede, sorunlar giderek büyüdü ve içinde yaşadığımız "Sağlık keşmekeşi" ortaya çıktı.

Herşeye rağmen bugün, 224 sayılı yasanın ilkelerinden biri doğrultusunda önemli bir birikim vardır. Sağlık örgütü altyapısı (sağlık evi, ocağı ve merkezleri) bir ölçüde mevcuttur.

Bir kısmı kullanılmaz halde, bir kısmının araç-gereci eksikde olsa, bunlar onarılıp donatılarak işlem yapabilecek hale getirilir.

1987'ye kadar sağlık hizmetleri geçici önlemler ve küçük düzeltmelerle sürüp giderken ANAP İktidarı (7.5 - 1987)'de 3359 sayılı (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu) ile yeni bir sağlık politikasına geçti. Bu yeni yasa ile Sağlık Bakanlığının tedavi kurumları ve yataklı tesislerinin bütününde hizmetler paralı hale getirildi. Bir başka deyimle, 1987 öncesi herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan ve ödeme gücü olmayan tüm vatandaşlara sağlık hizmetleri artık para ile satılır oldu. Çünkü parası giderek artan ve yükü çoğalan hastaneler hizmet yapamaz hale gelmişti. Devlet Bütçesinden sağlığa ayrılan pay giderek azalırken hastane hizmetleri, teşhis ve tedavi giderleri enflasyon ile paralel olarak hızla artıyordu. 1983'den itibaren 6.Sağlık Bakanı ve 1987'den günümüze 3 yılda 4 Sağlık Bakanı değişti. Ama sorunlar büyümekte devam ediyordu.

Şimdi İktidar, yeni bir arayış içindedir. Herşeyden önce "kaynak", hizmetler için "para" gerekmektedir. Hastanelerde en önemli yakınma, "para ödeme" konusu haline gelmiştir. Sorumlulara göre de önce, hizmet üretmek için "kaynak" gerekmektedir.

Sağlık Sigortası konusu işte bu nedenle gündemdedir.

Sosyal güvencesi bulunmayan (Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'lular ve emeklileri dışındakiler) 25 milyon dolayındaki kesim, sağlık sigortası kapsamına alınacaktır.

Bunlardan sigorta primini ödeme gücü olmayanların primleri devlet tarafından karşılanacaktır. Bu sağlık sigorta primleri için bir fon kurulacaktır. 21 ayrı kaynaktan gelen gelirler bu fonda toplanacaktır.

Elektrik, telefon faturasından, Milli Piyango hasılatına, trafik cezalarından TRT reklam gelirlerine kadar 21 kaynak bu fonun gelirini oluşturacaktır.

Prim ödeyerek sigortalanan (yada primleri devletçe ödenecek olan) tüm yurttaşların,kamu yada özel kurum ve kuruluşlardaki sağlık hizmetlerinin bedeli sigortadan alınacaktır.

Bu hali ile Sağlık Sigortası, ülkenin sağlık sorunlarına çözüm getirmez, sağlık sigortası bir acil önlem olarak, sadece tüm yataklı tedavi kurumlarının ve poliklinik hizmetlerini üreten kurum ve kuruluşların "sattıkları" hizmetin sigorta yolu ile karşılığını alabilmelerini garantiler. Bir başka söyleyiş ile de "Sağlık Hizmetlerinin Üretim" maliyetini sigorta primleri ödemekle bir ölçüde vatandaşlar karşılayacaktır.

SAĞLIK SİGORTASI GÜNDEMDE

Yeni Arayışlar:

Sağlık sorunlarının çözümü için yapılan hazırlıklar, "Zorunlu Sağlık Sigortası" konusunu gündeme getirmiştir. Sağlık sorunlarından bunalmış, çaresiz vatandaşlarımız için bir "umut" gibi sunulan bu yeni "proje"nin ülkenin içinde bulunduğu sağlık sorunları açısından yarar getirmek yerine çok sakıncalı olacağından kuşku duyuyoruz. Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri için hükümete gerekli kaynak bulmanın yoludur. Çünkü sağlık konusunda ciddi bir "kaynak" açığı vardır. Sağlık Hizmetleri gibi tüketici ve pahalı hizmetleri yerine getirebilmek için "kaynak" gerekmektedir. Şimdi Hükümet, sosyal güvence akışında % 40 vatandaşı (memur, işçi ve emeklileri ile Bağ-Kur'lular dışındaki) sağlık sigortasına girmeye zorlayacaktır. Bunlardan ödeme gücü olmayanların ve işsizlerin primlerini devlet ödeyecektir.

Zorunlu Sağlık Sigorta primlerinden toplanan gelir, sağlık hizmetlerini düzeltmek için kullanılacaktır.

Sağlık Sigortası Nedir?

Ülkemiz için yararları Nelerdir?

Ülkemiz için sakıncaları Nedir?

Sigorta ve Sosyal Güvenlik:

Genel Sağlık Sigortası, sağlık alanında sosyal güvenliğin sağlanması yöntemlerinden biridir. Son 25 yılda Türkiye'nin gündeminde bulunan bu konu geçtiğimiz aylarda Sağlık Bakanının beyanı ile yeniden güncellik kazandı.

Sosyaldemokrat Halkçı Parti de, 1984 yılından beri "Genel Sağlık Sigortası" konusu ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Genel Sağlık Sigortasının, Sosyal Devlet anlayışı, sosyal demokrat ilkelere uygunluğu ve ülkemizin sağlık sorunlarına katkısı yönünden konu ekonomistler, sağlık kadroları ve sosyal güvenlik uzmanlarına da incelenilerek Partinin, "Genel Sağlık Sigortası" konusundaki görüşünün saptanmasına çalışılmıştır.

Bu çalışmalar ve özellikle (Sayın Orhan Arıkan ve Sayın Ayşe Nil Barakan ve arkadaşları) tarafından hazırlanan bir rapordaki bilgileri içeren görüşlerimiz aşağıda sunulmuştur.

Sosyal Güvenlik

Sosyal güvenlik bir ülke halkının bugünü ve yarınını güven altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sık bir birlik ve uyum bulunan bir kurumlar bütünüdür. Toplumda bireyler ve sınıflar arasında bir dayanışma ve Milli gelirin bir bölümünün yeniden dağıtılmasıdır. Endüstrileşmiş toplumlar (kapitalist yada sosyalist) günümüzde milli gelirin yaklaşık %20-25'ine varan kısmını bu sosyal güvenlik harcamalarına ayırmaktadır.

SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARINA YURTTAŞLARINDA KATILIMININ SAĞ LANMASI SOSYAL SİGORTALARI DOĞ URMUŞTUR

Sosyal Sigorta belli mesleki, fizyolojik ve sosyal riskleri karşılamak için öngörülen kurumların masraflarının toplu olarak yüklenilmesidir.

Bireylerin elde ettikleri gelirle orantılı bir biçimde, sağlanan hizmetlerin finansmanına katılmalarıdır. Ancak, bu durum kendi hesabına çalışanlardan daha yüksek prim alınmasına neden olmaktadır.

Bu nedenle giderek, sosyal güvenlik hizmetlerine işveren ve Devlet katkısının artması yönünde bir eğilim tüm dünyada yerleşmektedir. Sosyal Devlet anlayışındaki gelişmeler yeni bir kavram getirmiştir.

Sosyal devlette, sosyal güvenlik harcamaları devletin topladığı vergilerle karşılanmalıdır. Bu kavramın uygulamaları giderek yaygınlaşmaktadır.

Sigorta ve Sağlık

Herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşamak hakkı tartışılmaz bir temel hak-tır. Devlet insanların bu temel hakkını korumakla yükümlüdür. Devlet bireyleri ve toplumu sağlığa zarar veren tüm etkenlerden korumak zorundadır. Bunun için gerekli tüm önlemleri almakla yükümlüdür. Devlet bireylerin hastalıklarını tedavi etmek ve hastalık nedeniyle bozulan beden ve psikolojik becerilerini yeniden geliştirmek (Rehabilite etmek) zorundadır.

Sosyal devlet niteliğini alan devlette, eskiden kişinin sorumluluğunda bulunan sağlık hizmetleri devletin görev alanına girmiştir.

"İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi"ne giren sağlık hakkının, bu temel sosyal hakkın, nasıl gerçekleştirilebileceği çok çeşitli etkenlere bağlıdır. Uygulama, si-yasal, toplumsal ve ekonomik değişkenlere göre her ülkede farklıdır.

Toplunun gelir ve eğitim düzeyi, toplumsal örgütlenme ve devlet yönetimleri-nin politikaları, tutumu belirleyen etkenlerdir. Bu nedenle farklı toplumlarda sağlık sorununun çözümü için farklı uygulamalar ortaya çıkmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası, sağlık sorunlarının çözümünde bir kaynak sağlama yo-ludur.

Genel sağlık sigortasında, ortaya çıkacak bir hastalık riskine karşı bireylerin gelirleri oranında sağlık finansmanına katılmalarının sağlanmasıdır. Kişilerden alınan primler öteki gelirlerden ayrı bir fonda toplanır ve verilecek hizmetler bu fondan ödenir.

Sigorta uygulama alanı içinde zorunludur.

Yardımlar, yani sağlık hizmetleri ise sigortalılar için bir haktır.

Zorunlu sağlık sigortası, özel bir örgüt aracılığı ile "Sağlık Vergisi Toplayan bir kamu kuruluğu" görünümündedir.

GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN BEKLENEN YARARLAR

Hükümet yönünden, ek bir finansman kaynağıdır.

Halk yönünden, Hükümetin sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu yörelerde, sigortalı yurttaşlar, sigortaları dolayısıyla daha iyi bir sağlık hizmetine, kavuşabilirler.

Hekim yönünden, hekim seçme özgürlüğüne dayanan sigorta sistemi en çok hekimlere yarar, hastaları artar, ücretlerini sigorta öder.

SİSTEMİN SAKINCALARI

Sağlık kurumlarının ve sağlık insan gücünün yetersiz olduğu bölgelerde, büyük kitlenin prim ödemesine karşın aldıkları hizmet yetersiz kalır.

Kendi sağlık örgütünü kuran sigorta, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini birbirinden ayırır.

Oysa, koruyucu hizmetler-özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık sorunlarının çözümü için en önemli temel kuraldır. Koruyucu sağlık hizmetleri yaygınlaştırılıp, etkin hale getirilmez ise sağlık hizmetlerinin maliyeti çok artar.

Sigortalılar, hastalandıklarında veya gereksinim duyduklarında parasını primlerle peşin ödemenin hak ve düşüncesi ile, sigorta olanaklarını israf etmekten kaçınmaz. Böylece hekim ve sağlık kadrolarında yük artar. Sağlık hizmetlerinin maliyeti hızla yükselir, ülke ekonomisine büyük bir yük eklenir. Özellikle, ülkemiz gibi, bireylerin sağlık konusunda eğitimlerinin yetersiz olduğu ülkelerde genel sağlık sigortasının doğrucağı "kaynak israf" önemli boyutlara varabilir. İlaç tüketimi artar. İlaç üreticileri ve eczanelerin satışları artar ve gelirleri garantilenir.

Genel sağlık sigortası ile Türkiye'nin sağlık sorunlarını çözmek ise olanaksızdır. Çünkü ülkemizin sağlık sorunları herşeyden önce, "Sağlık için temel ilkeler"den itibaren bozuktur.

Sağlık sorunlarının çözümü, bireyleri önce hasta olmaktan korumakla başlar. Gelişmekte olan ülkeler için koruyucu sağlık hizmetlerinin önem ve değeri çok büyüktür, yaşımsal bir önem taşır.

Koruyucu sağlık hizmetlerini gerçekleştirebilmek için:

1) Herşeyden önce bu hizmetleri gerçekleştirecek bir SAĞLIK ÖRGÜTÜ gereklidir.

Ana-Çocuk bakımı ve sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, Aile Planlaması hizmetlerinin bütün aile ve kadınlara iletebilmesi, aşılarla bağışıklık sağlanması ve bulaşıcı hastalıklardan özellikle çocukların ve gençlerin korunması öncelikli görevlerdir.

Bunların dışında, toplumsal hastalıklardan bireyleri koruma hizmetleri de büyük önem taşır. Verem, sıtma, trahom, bağırsak parazitleri, sularla bulaşan enfeksiyonlar, bulaşıcı romatizma yapan anjinler ve meslek hastalıkları ile benzerlerinden toplumu korumakta aynı oranda önemlidir.

2) Sayıca yeterli, standart eğitim görmüş, nitelikli sağlık kadrolarını yetiştirmek ve bunları yurt düzeyinde dengeli bir biçimde yaymak, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel gereksinimidir.

Hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni ve laborant sayılarının hızla çoğaltılması ve eğitimlerinin standart hale getirilmesi ve niteliklerinin yükseltilmesi gerekir.

3) Koruyucu hekimlik için gerekli örgüt ve yataklı tedavi kurumlarının yurt düzeyinde merkezi bir düzenleme ile yaygınlaştırılması ve bunların araç, gereç ve kadroların hızla tamamlanarak standart bir hale getirilmesi şarttır.

Oysa bugün yönetim, bütün bu gereksinimleri bir yana bırakıp, ülkenin sağlık sorunlarının çözümünde genel sağlık sigortasına umut bağlamış görünüyor.

Genel Sağlık Sigortası, yukarıda sözü edilen temel işlevleri uygulamaya geçirmeden hiçbir yarar sağlamaz, sadece bir ek vergi niteliğindedir ve sağlık hizmetleri için hükümete bir kaynak sağlama aracı olarak kalacaktır ve sağlık sorunlarının boyutları giderek artmaya devam edecektir.

SHP'NİN SAĞLIK POLİTİKALARI

SHP, ülkenin sağlık sorunlarının özellikleri ve gerçeklerinin bilinci içinde bunlara salt tedavi edici sağlık hizmetleri açısından bakmamaktadır.

Tek tek bireyleri ve toplumu korumayı amaçlayan "Koruyucu Sağlık Hizmetleri"ne büyük önem vermektedir.

SHP, sağlık hizmetlerinin, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünlüğü içinde halka, ücretsiz olarak sunulması gereken bir kamu hizmeti olduğuna inanır.

SHP, (Ulusal Sağlık Politikası) nın planlaması ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini gerçekleştirmeye kararlıdır.

Sosyalleştirme politikasında en önemli öge;

Örgütlenme Modeli

Örgütlenmenin ilkesi, sağlık hizmetini, yerleşme yerlerinin en uç bölümünden başlayarak yurt düzeyine eşit ve dengeli biçimde yaymak, sağlık hizmetini kişilere yörelerinde sunmaktır.

Örgütlenme modelinde, ilk başvuru ünitesi, ilk basamak sağlık ünitesi, örgütün başlangıç ünitesi olan "Sağlıkevi"dir. Sağlıkevi, her 2500 kişiye bir tane olarak düzenlenecek, bu ilk başvuru ünitesinde bir ebe ve yörenin sağlık kütüğünü saptayacak bir "kayıt görevlisi" bulunacaktır.

Sağlıkevinde eğitim, (hijyen kuralları, sağlıklı ve dengeli beslenme, bebek ve çocuk bakımı eğitimi gibi) bebek ve çocuk bakımı, periodik ana-çocuk kontrolleri, aşılanma hizmetleri sunulacaktır.

"Sağlıkevi" tek tek, her bireye kadar erişebilecek ve önemli ünedir. Bu üniteler tüm yurt düzeyinde yaygın bir biçimde göreve katılınca "sağlıklı yaşam için temel ilkeler" büyük oranda amacına ulaşabilir.

Örgütlenme modelinde sağlıkeviden Tıp Fakülteleri hastanelerine uzanan zincir içinde yörelerin nüfus birimleri, coğrafya, ulaşım ve yerel özelliklerine göre düzenlenmiş ara kademeler vardır. Bunlar sağlık ocağı, sağlık grup başkanlıkları, bölgesel yatılı kurumlardır, gerektiğinde hasta sevki, bu zincir içinde gerçekleştirilir

Her 7.500 - 10.000 kişi için bir "sağlık ocağı" kurulacaktır.

Bunlarda bir hekim ve hemşire bulunacak ilk tedavi hizmetleri, koruyucu hekimlik hizmetleri ile birlikte ocaklarda yürütülecektir. Sağlık ocakları kırsal alanda olduğu gibi kentlerde de kurulacak, kent içinde halkın kolayca ulaşabileceği semt

merkezlerindeki sağlık ocaklarına uzman hekim atanarak bunlar hastane poliklinikleri olarak çalışabileceklerdir.

Bir üst birim ise **"sağlık merkezleri"** olup bunlar hem tamamlayıcı tetkik merkezleri, hem de yataklı kurumlardır.

İl düzeyinde, sağlık evleri, ocakları ve bölgesel **"sağlık merkezleri"** (küçük hastaneler) arasındaki eşgüdüm **"sağlık grup başkanlıkları"** aracılığı ile sağlanacaktır. Bunlar ilin sağlık örgütünün bütününden sorumlu olup eşgüdüm içinde ortak çalışmayı denetlerler.

En az 200 yataklı bölge hastaneleri ve Sağlık Bakanlığının İl merkezi hastaneleri ile eğitim ve ihtisas hastaneleri örgüt zincirini tamamlar.

- Örgüt birimlerinin görev ve işlevlerinin gerektirdiği araç, gereç ve donanım sağlanacaktır.

- Sosyalleştirme örgütü içinde yaygın küçük birimlerden hastanelere doğru "sevk sistemi" işletilecektir.

- Sosyalleştirme örgütü içinde halka ücretsiz hizmet sunulacaktır.

- Bu örgütteki görevliler tam gün hizmet yapacaklardır.

Sosyalleştirme örgütü içinde görev alan pratisyen, uzman hekim ve tüm destek sağlık personelinin ücret statüsü ve özlük hakları yeniden düzenlenecek ve hizmet değerlendirilerek özendirilecektir.

Sosyalleştirme politikasının başarısı, örgütlenme ve sağlık kurumlarının altyapının tamamlanması ve örgütün ülke düzeyinde dengeli dağılmasına bağlıdır. Kuşkusuz bu örgütte standardı yüksek, nitelikli ve sayıca yeterli kadroların bulunması gerekir.

İnsanlarımızı önce hastalanmaktan korumak, hastalıklarında tedavi etmek için, yüksek standartlı sağlık hizmetini yaşadıkları yere kadar iletebilmek SHP'nin ilkesidir.

Bu ilkeyi gerçekleştirmek için planlama, örütlenme ve kadrolarına eğitim, kısa ve uzun vadeli önlemler için Ulusal Sağlık Politikasının ayrıntılı bir master planı yapılacaktır.

Sağlık hizmeti pahalı bir hizmettir.

Sağlık hizmeti tüketici bir hizmettir.

Çağdaş ve nitelikli hizmeti üretmek için SHP'nin Ulusal Sağlık Politikası olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Politikasında Kaynak Devlet bütçesinden ayrılacaktır. Kaynaklar ve hizmetler birleştirilecek ve ülkenin sınırlı ve kıt kaynakları en etkin ve en ekonomik biçimde kullanılacaktır.

Hizmetleri tek elde toplamak, insan gücünü ve sağlık altyapısını rantabl kullanmak, kıt kaynakların ziyan olmasını önleyecektir.

Asıl olan ve önemli olan önlem, herşeyden önce toplumu ve bireyleri hasta olmaktan korumaktır. Çünkü tedavi edici hizmetler, (tanı, yatak tedavisi ve ilaçlar) maliyeti arttıran en büyük etkenlerdir.

"Sağlıklı yaşam için temel ilkeler gerçekleştiğinde ve hastalıklardan korunmak için "koruyucu hekimlik" hizmetleri nitelikli bir biçimde yurt düzeyinde yaygınlaştığında sağlık hizmetlerinin kaynak gereksinimi de azalacaktır. Çünkü normal ve gelişmiş bir toplumda hastalıklar % 5-10 oranından fazla değildir. Sosyalleştirme uygulamasında herşeyden önce koruyucu hizmetlerin amacına yönelik hizmet vermesi sağlanır. Ayrıca hastaların ilk tedaviler yörede uygulanır, ancak ileri teknik ve tedavi gereken hastalar, bu sevk zinciri içinde gereken yataklı tedavi kurumlarına nakledilir. Bu "primer sağlık hizmeti" gerçekleştirildiğinde büyük illerin hastanelerindeki yığılmalar en az yarı yarıya azalacaktır.

Bugün en büyük yakınma, hastanelerdeki birikimdir. Bunun da nedeni, olağan ve basit hastalıkların yöresel sağlık kurumlarında tedavi edilmemesindendir.

Sorunlarına, yörelerinde çare bulamayan hastaların umudu büyük merkezlerin hastaneleri olmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı SSK ve Üniversite hastaneleri kapasitelerinin çok üstünde ve asıl hizmetlerini aksatarak çalışmak durumunda kalmaktadır. Hastanelerdeki yük bütçelerini olanaklarına büyük ölçüde aşmakta sonuç olarak tüm yataklı tesislerde hastalar ücretle tedavi edilmeye zorlanmaktadır.

Ulusal Sağlık politikasında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi politikası uygulanmaya konulunca hastalıkların büyük bir kısmı yörelerinde tedavi edilir. Ancak gerektiğinde ve bu zevk zinciri içinde hastalar hastanelere sevk edilir. Böylece hastanelerdeki birikimler önlenir, hizmetler daha verimli hale gelir. Ayrıca önemli ölçüde "kaynak" tasarrufu sağlanır.

Her hizmetin bir maliyeti ve bir bedeli vardır.

Sağlıklı ve eğitilmiş insan yetiştirmek, bir ülkenin geleceği için en değerli yatırımdır.

Devlet insana hizmet etmek için vardır . Devlet topladığı vergilerin en büyük kesimini insanların sağlığına, mutluluğuna yatırım için kullanmak zorundadır.

SHP, bir ülkenin en büyük potansiyel gücü olan, insana yapılan yatırımların en değerli yatırım olduğu inancındadır.

İŞ SAĞLIĞI İŞ GÜVENLİĞİ

Endüstrileşme sürecindeki bir ülkede, işçi sağlığı sorunları zamanında ele alınmaz ve kalkınmayla birlikte sağlıklı bir çalışma ortamı yaratılmaz ise, endüstrileşme gerçekleşikten sonra eksikleri düzeltmek çok zorlaşır. Bunun zararını başta ülke ve konu ile ilgili her üç kesim; işçi, işveren ve devlet, birlikte çeker. Bu bilinç ve inanç içinde işçi sağlığı SHP'nin çok önem verdiği konulardan biridir.

SHP'nin işçi sağlığı politikasının amacı: "Çalışmaların bedensel ve ruhsal iyilik durumlarının sürekli olarak en üst düzeyde tutulması, işyerlerinde sağlığa zararlı etkenlerin etkisizleştirilmesi, buna yönelik koruma önlemlerinin alınması, kişinin bedensel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırılması ve insanın işe uyumunun sağlanması"dır.

İLAÇ SORUNU

SHP, ilaç sorunlarına çözüm getirmek için aşağıdaki önlemleri alacaktır.

- Sağlık açısından önemi dikkate alınırsa, ilacın sadece hekimlerin sorumluluğu altında, mutlaka reçeteye bağlı olarak satılma zorunluluğu, devletçe ciddi olarak denetlenecektir.

- Sosyalleştirme programı içinde ilacın devletçe ve ücretsiz verilmesi ilke kabul edilmiştir. Ancak gereksiz tüketimi sınırlamak için belli bir oranda tüketicinin katkısının da sağlanmasında yarar olacaktır.

- Devamlı kullanılması gerekli, yaşamsal önemi olan ilaçların (şeker, kalp, tüberküloz ilaçları gibi) sunumu, tüketicinin katkısı olmaksızın ücretsiz olup, kurallara bağlanacaktır.

Aynı etkiyi yapan ilaçların çeşitliliği önlenerek, çok sayıda müstahzarın satışı sınırlandırılacak, (etkin ilaç, ekonomik ilaç, yararlı ilaç) ilkesi uygulanacaktır.

Satınalınan ya da yurt içinde üretilen türde ilaçların "kalite kontrolü" devletçe ve piyasaya çıkarılmadan önce etkin bir biçimde yapılacaktır. Devletin, sayıca yeterli, çağdaş araçla donatılmış ilaç, serum, aşı kontrol laboratuvarları tesis etmesi, burada çalışacak nitelikte elemanların yetiştirilmesi şarttır.

İlaç hammaddesi ve müstahzar ilaçlar devletçe ithal edilecek, bu alandaki haksız kazanç önlenerek ve gerekirse ilaç sanayii kamulaştırılacaktır.

İlaç fiyatlandırma sistemi yeniden düzenlenecektir. Eczacılık mesleği mensuplarının, kamu hizmetinde çalışmaları özendirilecek, özel eczacılık-kamu eczacılığı dengelenecektir.

DIŞ HEKİMLİĞ İ

Bugün ÷lkemizde diş hekimliğı sadece tedavi edici hekimlik biçiminde uygulanmaktadır. Oysa kişinin diş sağığı anne karnından itibaren bebeklikte başlayan koruyucu diş hekimi ağırlıklı bir sağık hizmetidir. Belli aralıklarla kontrol edilmek dişlerin sağığını korumak kavramı koruyucu sağık hizmetleri içinde geliştirecek, koruyucu diş tababeti yaygınlaştıırılacak ve tedavi edici diş hekimliğı ise bu bilim dalının mensuplarınca uygulanacaktır. Günümüzde kırsal alanda gerekli eğitimi görmemiş ve diplomasız teknisyenlerin diş tedavisi yaptıkları bir gerçektir. Diş hekimliğinde teknik personel, Mesleki Teknik Okullarında yetiştirilerek hizmetin gerektirdiğı alanlarda kullanılacak ve bunun yasal düzenlemeleri gerçekleştirilecektir.