

**TÜRK HALKININ SAĞLIK DÜZEYİ NASIL
YÜKSELTİLEBİLİR ?**

Prof. Dr. Nusret H. FİŞEK

ANKARA, 1989

Ö N S Ö Z

Bu yazının amacı, ülkemizde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgilenen, karar mevkiinde olan ve sağlık yönetim biliminde uzmanlaşmamış kişilere sağlık sorunlarımız, bu sorunları çözmek için yapılacak işler ve politika(policy) kararları konusunda görüşlerimi aktarmaktır. Bu nedenle yazıda bir sağlık yönetim bilimcisinin düşüneceği ayrıntılara giremedim. Yazının okunmasını kolaylaştırmak için -imkan ölçüsünde-kısa yazmayı tercih ettim.

Yazı üç bölüm halinde düzenlenmiştir. Birinci bölümde Türkiye'nin sağlık düzeyi ve sorunları-diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ile kıyaslamalı olarak-verilmiştir. İkinci bölümde Türkiye'de sağlık politikası sağlık ile ilgili politikalar olarak ele alınmış ve gerekli gördüğüm ölçüde çeşitli seçenekler çerçevesinde tartışılmıştır. Üçüncü bölümde sağlık programları sunulmuştur. Sağlık ile ilgili politika kararları, sağlık hizmetlerini en iyi bir şekilde yürütmek için verilir. Bu nedenle politika kararları oluşturulurken ve eleştirilirken sağlık hizmetlerinin verilen politik karar ışığında nasıl yürütüleceği konusunda fikir sahibi olmak gerekir. Bu bölümde bu amaçla yazılmıştır. Sağlık teşkilatı için yazılmış bir icra planı değildir.

Ankara, 24 Nisan 1989

Prof.Dr.Nusret H. FİŞEK

I. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK DURUMU

GİRİŞ:

Bir toplumun sağlık durumunun saptanması ve değerlendirilmesi için çeşitli ölçütler geliştirilmiştir. Bunlardan bir kısmı genel durumu saptayan ölçütler, bir çoğuda belirli bir soruna yanıt bulmak için geliştirilmiş olan özel ölçütlerdir. Genel durumu saptayan ölçütlerden sık olarak kullanılanlar ölüm sayı ve nedenlerine dayanarak hesaplanan ölçütlerdir. Bir kısım ölçütlerde sağlık düzeyi konusunda dolaylı olarak duruma ışık tutan ölçütlerdir. Örneğin; sağlık insan gücü durumu, sağlık tesisleri sayısı, sağlık harcamaları, çevre sağlık koşulları gibi.

Sağlık düzeyini doğrudan belirleyen ölçütler arasında doğuştan ve beş yaşında beklenen yaşam süresi, ölüm hızları ve en çok öldüren on hastalık en çok kullanılan ölçütlerdir. Bu ölçütlerden yararlanabilmek için ölüm ve doğumların zamanında ve eksiksiz olarak kayıt edilmesi gerekir. Az gelişmiş ülkelerde nüfus hareketleri(ölüm, doğum, göç, evlenme, boşanma) düzenli ve tam olarak kayıt edilmediğinden bu ölçütlerin hesaplanması için gerekli veriler toplumdan alınan bir örnek üzerinde uygulanan anketlerden veya nüfus sayımlarından elde edilen verilere dayanarak hesaplanır. Ülkemizde beklenen yaşam süresi, ölüm ve doğum hızları, ilk kez 1967 yılında SSYB Hıfzıssıhha Okulu tarafından yürütülen bir saha araştırmasında elde edilen bilgilere dayanarak saptanmıştır. Bu araştırmadan sonra 1975 yılında Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 1968, 1973, 1978, 1983 ve 1988 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü (HNEE) Türkiye ölçüsünde alınan örnekler üzerinde demografik araştırmalar yapmış ve değerli veriler elde etmişlerdir. Bunların yanında DİE'nin il ve ilçe merkezlerinde ölümler ve ölüm nedenleri konusunda, sürekli kayıtlara dayanan yayınları ve SSYB'nin bulaşıcı hastalık istatistikleri vardır. HNEE'de çalışan iki yabancı uzman, nüfus sayımı verilerine dayanarak, 1935-1975 yılları arasında beklenen yaşam süreleri, doğum ve ölüm oranlarını saptamışlardır.

Beklenen Yaşam Süresi:

Tablo I'de Ülkemizde doğuştan ve beş yaşında beklenen yaşam süreleri ile referans olarak seçilen beş ülkedeki süreler görülmektedir. Bu veriler gösteriyor ki, ülkemizde sağlık düzeyi son elli yılda sürekli olarak ve önemli ölçüde yükselmiştir. Durumumuz gelişmekte olan ülkelerden iyi olmakla beraber gelişmiş ülkeler ile aramızdaki sağlık düzey farkı oldukça büyüktür. Beş yaşında beklenen yaşam süreleri arasındaki farkın doğuştan beklenen yaşam süreleri arasındaki farktan çok az oluşu, ülkemizde sağlık düzeyinin düşük oluşunda çocuk sağlığı hizmetlerinde yetersiz oluşun önemli etken olduğunu kanıtlar.

Yaşa ve Cinse Özel Ölüm Hızları:

Bu hızlar, genellikle, beş yaş gruplarına göre hesaplanır. Değerlendirmede referans ülke olarak seçilen bir ülkedeki hızlar ile kıyaslanarak yapılır. Şekil I'de ülkemizdeki yaşa ve cinse özel ölüm hızlarının İsveç ile kıyaslanması görülmektedir. 0-4 yaş grubunda yaşa özel ölüm hızının İsveç'in 15 katı oluşu, yaşam süresi farklarına dayanılarak varılan yargıyı-çocuk sağlığı hizmetlerinde yetersiz oluşumuz yargısını- desteklemektedir. 10-14 yaş grubunda İsveç ile aramızdaki farkın 2,5 kat oluşuna karşın, 15-44 yaş grubunda fark yine büyümektedir. Bunun nedeni bu yaş grubunda ülkemizde kadın ölümlerinin fazla oluşudur. Bu ülkemizde kadın sağlık düzeyinin düşük oluşunun da önemli bir sorun olduğunun kanıtıdır. Ülkemizde 45-özellikle 60- yaşından sonra sağlık düzeyi ile İsveç arasındaki fark çok azalmaktadır.

Ana Ölüm Hızı:

Ülkemizde ana ölüm hızı üzerinde varolan tek istatistik Yener'in -DİE'-nün 1975 yılında yaptığı demografik araştırma verilerine dayanarak yaptığı ana ölüm hızı hesaplamasıdır. Yener bu hızı yüzbinde 207 bulmuştur. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü'nün 1976 yılında Çubuk İlçesinde başlattığı çalışmalarda saptanan yüzbinde 213 ana ölüm hızı, Yener'in bulgusunu desteklemektedir. DİE'nün ölüm istatistiklerine göre 1986 yılında il ve ilçe merkezlerinde 96 ana ölümü olmuştur. İl ve ilçe merkezlerinde doğum hızı binde 20 varskayılarak yapılan canlı doğum sayısı tahminine göre ana ölüm hızı yüzbinde 17'dir. Gelişmiş ülkelerde bu hızın yüzbinde 2-15 dolayında olması ana sağlığı konusunda yaşa ve cinse özel ölüm hızlarına dayanılarak varılan yargıyı -ana sağlık düzeyinin ülkemizde çok düşük olduğu yargısını- desteklemektedir.

Bebek Ölüm Hızı:

Bebek ölüm hızı sağlık düzeyi ölçülmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçüttür. Tablo 3'de ülkemizde ve çeşitli ülkelerdeki bebek ölüm hızları görülmektedir. Ülkemizde bebek ölüm hızlarındaki düşüş-beklenen yaşam süresinin uzaması gibi- sağlık düzeyimizin sürekli olarak yükseldiğini göstermektedir. Etimesgut gibi sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin başarı ile uygulandığı bir bölgede bebek ölümlerinin gelişmiş ülkelerdeki düzeye yavaşması, halkımıza iyi bir hizmet verildiği takdirde sağlık düzeyimizin yüzkızartıcı durumdan 10-15 yılda kurtarılabilceğini göstermektedir.

En Çok Öldüren Hastalıklar:

Bir ülkede en çok öldüren on hastalık arasına infeksiyon hastalıklarının konulabilen ve tedavi olanağı olan hastalıkların girmesi ülkenin sağlık düzeyinin düşük olduğunun kanıtıdır. Çocuk ölüm nedenleri ile yetişkin ve yaşlıların ölüm nedenleri, genellikle, birbirinden farklı olduğundan çeşitli yaş gruplarında ölüm nedenlerini birbirinden ayrı olarak incelemek daha anlamlıdır. Tablo 4'de Türkiye ile İsveç'te ölüm nedenlerinin karşılaştırılması

görülmektedir. Türkiye'de her yaş grubunda infeksiyon hastalıklarının ve çocuklarda ishal, pnömoni gibi çok kolay tedavi edilebilen hastalıkların yeralması sağlık düzeyimizin gelişmiş ülkelere kıyasla düşük olduğunun bir diğer kanıtıdır. Ancak bu durum batı ülkeleri düzeyine erişmenin de zor olmadığını göstermektedir.

İşçi Sağlığı ve Güvenliği

İşçilerin sağlıklı ve güvenli koşullarda çalıştırılmaları özellikle 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ni izleyen insan hakları belgelerinde artan önemle vurgulanmaktadır. Buna karşın ülkemizde işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri beklenen ölçüde gelişmemiştir. Bu mevzuatın yetersizliğinden değil, mevzuatı uygulamaya yanaşılmasındandır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca yürütülen iş güvenliği teftiş hizmetleri ile işyerlerinin yılda ancak %8'ine ulaşılabilmektedir. Devletin bu konudaki en temel hizmetinde görev alan 588 müfettişin 1 tanesi doktordur. Bu da işçi sağlığı iş güvenliği mevzuatının "işyeri hekimi"ni odak noktası alan yaklaşımı ile gelişkilidir.

İşyerlerinde çalışan hekimlerin işyerinde sağlığın korunması konusunda eğitim görmemiş olmalarıda bir sorundur. Türk Tabipleri Birliği 1988 yılında işyeri hekimlerini eğitime amacı ile kurslar düzenlemeye başlamıştır.

İşçi sağlığı sorunları hakkında -iş meslek hastalıkları ihbarlarının yetersiz olması nedeni ile- yeterli bilgi yoktur. SSK istatistiklerine göre Türkiye en çok iş kazası olan ülkelerden biridir.

Ülkemizde çırak eğitimi altında çocuk emeği ve sağlığı sömürülmektedir.

Ülkemizde yasalar işçi sendikalarına işçi sağlığı ve güvenliği konusunda görev vermiştir. Sendikaların konuya ilgisi giderek artmakla beraber henüz yeterli ve belirleyici değildir.

Sağlık İnsan Gücü:

Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda hekim, hemşire ve ebe sayısının yetersizliği ülkemizin en önemli sorunu idi. Refik Saydam hekim sayısını arttırmak amacı ile 1928 yılında tıp öğrencilerinin eğitimleri süresince parasız yatılı bakılacakları tıp öğrenci yurtlarını açmış ve hekim sayısı hızla artmaya başlamıştır. İkinci Dünya Harbinden sonra yeni tıp fakültelerinin açılması ile hekim sayısı hızla artmaya başlamıştır. Günümüzde hekim sayısı yetersizliği bir sağlık sorunu olmaktan çıkmıştır. Sorun tıp fakültelerine öğretim güçlerinden fazla öğrenci alınması nedeni ile tıp eğitim niteliğinin bozulması ve yakın gelecekte, bir çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, ülkemizde de hekim enflasyonu ile karşılaşmaktır. Ülkemizde 1380 kişiye bir hekim -hekimleri iyi kullanılırsa- yeterli bir orandır. Bir ülkenin hekim gereksinmesi istihdam olanağına ve halkın hekim kullanma sıklığına göre hesaplanır. DPT ve YÜK'ün sözde -uzmanları ülkemizin hekim ihtiyacını- koşulları bizden farklı olan -OECD ülkelerinin nüfus/hekim oranına göre hesaplamaktadırlar.

Hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli durumuna gelince, bu personelin sayı ve nitelik bakımından yetersizliği hekim azlığından daha büyük bir sorundur. Refik Saydam her nedense, bu soruna önem vermemiş ve hekim dışı sağlık insan gücünün geliştirilmesi için ciddi bir önlem almamıştır. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı döneminde Sağlık Bakanlığının sağlık memuru yetiştirme çabasını görüyoruz. Sağlık memurluğu bir sağlık mesleği değildir. Sağlık memurluğu meslek olarak erkek hemşirelik (male nurse), daha doğrusu erkek halk sağlığı hemşireliği (male public health nurse) dir. Sağlık Memuru ve ebe yetiştirme konusunda ilk önemli hareket Milli Eğitim Bakanlığından gelmiştir. Köy Enstitüleri programı içinde köy ebesi ve köy sağlık memuru yetiştirilmesine başlanmıştır. Ancak karşı-devrimcilerin köy enstitülerini kapattırmalarından sonra bu kaynak kurumudur. İkinci Dünya Harbinden sonra Sağlık Bakanlığı- Dünya Sağlık Teşkilatının da teknik yardımı ile hekim-dışı sağlık personeli eğitime önem vermeye başlamıştır. Bu konuda önemli atılım 1962 yılında yürürlüğe giren Birinci Beş Yıllık Plan ile başlar. Bütün çabalara karşın hemşire ve ebe açığının kapatılmaması nedeniyle Sağlık Bakanlığı 1987 yılında lise mezunlarına kısa süre eğitim vererek onları ebe, hemşire (veya sağlık memuru) olarak yetiştirme programını başlatmıştır. Bu programının sakıncalarına bu raporun ikinci bölümünde değinilecektir.

Tablo 5'de Cumhuriyetin kuruluşundan 1987 yılına kadar hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artış hızı görülmektedir. Bugün Türkiye'de hekim sayısı yukarıda da değinildiği gibi- yeterlidir. Sorun hekimleri ülke gereksinmesine göre yetiştirememek ve iyi istindam edememektir. Altmış yılda hekim-dışı sağlık personeli sayısı ve personel başına düşen nüfus sayısında büyük bir gelişme olmuştur. Bir hekim-dışı sağlık personeline (ebe, hemşire, sağlık memuru) düşen nüfusun 8870 den 763'e inmesine karşın gelişmiş ülkelere kıyasla henüz yeter sayıda değildir. Gelişmiş ülkelerde bir hekime 4 sağlık personeli düşmesine karşın bu oran bizde 2'dir.

Sağlık Tesisleri:

Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda hastane ve diğer sağlık tesislerinin sayı ve nitelik bakımından yetersizliği önemli sorunlardan biri idi. Tablo 5'de görüldüğü gibi Türkiye'de 42 hastane vardı. Refik Saydam'ın bu yıllarda- -koruyucu hekimlik ve laboratuvar hizmetlerini geliştirme amacı ile- Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'ni kurması büyük bir boşluğu doldurmuştu. 1927 yılında 1987 yılına kadar geçen 60 yılda hasta yatak sayısının 35 kat artmasına karşın hastanelerde hasta bakım sorunu tatmin edici düzeye erişememiştir. Türkiye'de 412 kişiye bir hastane yatağı düşmesine karşın, batı ülkelerinde bu oran 100 dolayındadır. Ancak hastane hizmetleri bakımından sorunumuz yatak sayısı azlığı değil, hastanelerin verimli olarak kullanılmamasıdır. Ülkemizde varolan 811 hastanede yatak işgal oranı 1986 yılında yüzde 57 idi. Bu oran SSK hastanelerinde yüzde 65, SSVB ve Üniversite Hastanelerinde yüzde 55,

gelişmiş ülkelerde yüzde 85 dolayındadır. Siyasi amaçla yataklı kurum haline getirilen sağlık merkezlerinde yatak işgal oranının yüzde 12 oluşu bu kararın ne büyük ısrafa yolaştığını gösterir.

Yukarıdaki sayılar gösteriyor ki, ülkemizde hastanelerde yatarak tedavide tesis noksanı değil, fazlalığı vardır. Hastanelerde görülen yığılma polikliniklerdedir. Bunun nedeni de ülkemizde ilk basamak sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunda öngörüldüğü şekilde geliştirilememesidir. Büyük hastanelerde bazı kliniklerde kimi zaman boş yatak bulunamaması parası olan vatandaşların daha iyi hizmet alabilmek için büyük şehirlere gelmesindendir.

Hastanelerde hasta bakım hizmetindeki nitelik düşüklüğünde en önemli nedenler; finansman, laboratuvar ve hemşirelik hizmetlerindeki yetersizliktir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hasta başına ortalama harcama 1986 yılında 30.000 TL(45 USA Dolar) idi. OECD ülkelerinde hastanede hasta başına harcama ortalama 2600 Dolar'dır. Hastanelerde teşhis ve tedavi hizmetlerinde niteliğin, geçmişe kıyasla daha yüksek düzeyde olmasının temel nedeni hastanelerde laboratuvar hizmetlerindeki gelişmeler ve özellikle patoloji laboratuvar hizmetlerine verilen önemdir. Batı ülkelerinde her ameliyatta çıkarılan parçanın patolojik muayenesinin yapılması, her ölen hastada otopsi yapılması kuraldır. Bu hizmeti değerlendirme ve hekimlerin kendi kendini eğitmeleri için çok gerekli bir uygulamadır. Hemşirelik hizmetlerindeki yetersizliğin nedenleri ise, hemşire sayısı yetersizliği, hemşirelerin çalışma koşullarının bozukluğu ve bir ölçüde de eğitim noksanıdır.

Sağlık Harcamaları:

Ülkemizde sağlık harcamaları ya kişi tarafından doğrudan yapılmakta, veya hükümet, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, KİT'ler, Belediyeler veya Yardım Sandıkları tarafından karşılanmaktadır. Halkın doğrudan yaptığı harcamaları saptayan iki araştırma vardır. DİE'nün 1975 ve 1978 yıllarında yaptığı tüketim araştırmalarına göre kişi başına sağlık harcaması yılda 449 Lira idi. 1986 yılında Boğaziçi Üniversitesi'nden 3 öğretim üyesinin TÜSİAD'ın desteği ile yaptıkları araştırmaya göre sağlık harcaması kişi başına yılda 34.300 TL(51 USA Dolar)dır. Bu araştırma nüfusumuzun yarısının da hiç sağlık harcaması yapmadığını göstermiştir. Cilasun, kamu kuruluşlarının 1985 yılında yaptıkları sağlık harcamalarını araştırmış ve kişi başına düşen sağlık harcamasının 6975 TL (12 USA Dolar) olduğunu saptamıştır.

Tablo 6'da Türkiye'de ve diğer ülkelerdeki sağlık harcamaları görülmektedir. Bu Tablo'da görüldüğü gibi gelişmiş ülkelerde son 25 yılda milli gelirde ve sağlık harcamalarında çok büyük bir artış vardır. Türkiye'de 1985-86 yılında sağlık harcaması gelişmiş ülkelerin 1961-62 yıllarındaki

harcamaları düzeyindedir. Gözlenen en büyük fark Türkiye'de sağlık harcamalarının hasta kişiye yüklenmiş olmasıdır. Bu bakımdan Şili'den bile geriyiz. Halkımızın yarısının da doğrudan sağlık harcaması yapamadığına göre durumun ne kadar üzücü olduğu görülür. Durum ancak batı ülkelerinde olduğu gibi, harcamaları kamu kesimine kaydırmak ile yada dar gelirli tabakanın yıllık gelirini gelişmiş ülkeler düzeyine çıkararak düzeltilebilir.

SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

Türkiye'de sağlık politikası konusunu tartışanların bu konudaki görüşleri genellikle iki noktada toplanır: (1) Herkese sağlık hizmeti götürmek devletin görevidir. Devlet sağlık hizmetini genel bütçeden sağlığa yeter ödenek ayırarak sağlamalıdır. (2) Devletin kaynakları sınırlıdır. Devlet bir sağlık sigorta kurumu kurmalı, bu kuruma sağlık sigorta primi ödemek zorunlu olmalı ve sağlık hizmetlerini bu kurum yürütmelidir. Bu görüşü savunan hekimlerin çoğunun sigorta kurumu kurulmasını desteklemelerindeki neden, kurulacak sigorta kurumunun, Batı Almanya'da olduğu gibi muayene hekimliğini destekleyeceği düşüncesidir. Hekimler SSK biçimi sağlık sigortasına karşıdırlar.

Türkiye'nin sağlık politikasını bu çerçevede ele alarak tartışma ile geçerli bir sonuca varmak olanaksızdır. Çünkü, sağlık çok faktörlü bir sistemdir. Sağlığı ve sağlık hizmetlerini etkileyen her faktöre yön verecek politikaları tartışmak ve karara bağlamak gerekir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili politikalar tartışılırken önceden varılmış olması gereken karar; sağlık hizmetlerinden yararlanmanın kişinin doğal hakkı mı yada satın alacağı hizmet mi olduğudur.

Sağlıklı Yaşam Hakkı:

Sağlık hizmetinden yararlanmada gelenek, parası olan hastaların hizmeti satın alması, parası olmayanlara hayır kurumlarının yardım etmesi veya hastanın halk ilaçlarından yararlanması idi.

1883 yılında, uzun bir uğraş sonunda, Almanya'da işçiler hasta oldukları zaman ücret ödemedi hekimi ve hastane hizmetinden yararlanma düzenini kurdurdular. Bu düzen kısa bir sürede -ABD dışında- bütün sanayileşmiş ülkelerde sade işçileri değil- herkesi içine alan bir uygulama haline geldi. Herkesin sağlık hizmetinden yararlanma hakkı, yüz yıllık bir çabadan sonra Evrensel İnsan Hakları Bildirgesinde yer alarak çağımızın politikası oldu.

"Yaş, cins, din, politik inanç, sosyo-ekonomik durum ayırımı yapılmadan herkesin eşit ve mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanması kişinin temel haklarından biridir."

Devletlerin vatandaşlarına karşı olan görevlerinin başında hakları güvence altına almak olduğuna göre: "Herkesin sağlık hizmetinden yararlanmasının sağlamak devletin görevidir." yargısı tartışmasız kabul edilecek bir yargı olmalıdır.

1961 Anayasası, vatandaşları sağlık hizmetinden yararlandırmanın devlet görevi saymasına karşın, 1982 Anayasasında sağlıklı yaşam hakkının sağlanmasının devlet görevi olduğu açıkça belirtilmemiştir.

ANAP hükümeti başkanı, yerel seçimlerden sonra görüşünü değiştirmede ise, yaptığı konuşmalarda ekonomik gelişme programları yanında sağlık ve eğitim gibi konulara öncelik veremeyeceğini, herkesin kendisine yapılan hizmetin karşılığını ödemesi gerektiğini söylemişti.

Hekim Seçme Hakkı:

Batı ülkelerinde hekim hizmetinden yararlanmak isteyen sigortalıların hekim seçme hakkı vardır. Gerekirse hastanın hangi hastaneden yararlanacağına karar yetkisi hastanın hekiminindir. Ülkemizde parası olanlar hekim ve hastane seçme hakkından sınırsız olarak yararlanmaktadır. Hastalara hekim seçme hakkı tanımak için serbest hekimlere muayene ve tedavi ücreti ödemek gerekir. Bu sağlık hizmetinin maliyetini arttırır. Sağlık hizmetinin maliyetini düşürmek için alınan önlemlerden biri hastanın kamu sağlık kuruluşunda görev başında olan hekimden yararlanması, hastaya hekim seçme hakkı verilmemesidir. Ülkemizde hastalara bu hakkın tanınması ikinci gelişme aşamasında düşünülebilir.

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı:

Sağlık harcamalıdır, petrol zengini ülkeler dışında her ülkede ya halk tarafından doğrudan veya halktan toplanan vergilerden yada sağlık sigortası primlerinden dolaylı olarak karşılanır. Her üç biçimde de parayı ödeyen mal ve hizmet üreten kişilerdir. Hükümetlerin veya sağlık sigortalılarının halka parasız sağlık hizmeti vermesi diye bir olgu yoktur. Vergi veya prim kişilerin geliri ile orantılı olarak alındığı için, hükümetlerin yönlendirmesi ile, halk arasında sosyal dayanışmanın geliştirildiğinden sözedilebilir.

Hastaların kendilerine yapılan hizmetin karşılığını ödemesinin geçmiş çağlardan gelen uygulama olduğu ve zorunlu sağlık sigorta uygulamasının 1883 yılında Batı Almanya'da başladığı yukarıda belirtilmiştir.

Zorunlu sağlık sigorta sistemi zamanla önemini kaybetti. Bunun nedeni, bir yandan hızla gelişen tıp teknolojisine koşut olarak artan sağlık harcamalarını sigorta kuruluşlarının karşılayamamaları ve hükümetlerin sağlık sigortasını genel bütçeden -Tablo 7'de görüldüğü gibi- büyük ölçüde destekleme zorunda kalmalarıdır. Avrupa'da hükümetlerin mali gücünün sağlık hizmetlerine yeter ödenek verecek kadar artması ve halktan vergi toplayan örgütlerin yanında bir de sağlık sigorta primi toplayacak örgüt kurmanın anlamsızlığı zorunlu sigorta sisteminin ikinci plana itilmesine neden olmuştur. Sigorta sisteminin sürdürülmesinin nedenleri ise, halkın prim ödemeye alışması, bu düzenden vazgeçilirse vergilerin arttırılmasının gerekeceği ve hekimlerin, hükümetlerden daha az müdahaleci olan,

sağlık sigorta sisteminin korunması için ağırlıklarını koymalarıdır. Bununla beraber 1948 yılında İngiltere'de İşçi Partisi iktidarı zorunlu sigorta sistemini kaldırmış ve genel bütçeden finanse edilen yeni bir sistem kurmuştur.

Batının sanayileşmiş ülkeleri ve sosyalist ülkelerin herkes için sağlıklı yaşam konusundaki tutumunu geliştirmekte olan ülkeler örnek olarak almalıdır, A.B.D.'ni değil. A.B.D.'de sağlık politikası herkesin kendisine yapılan sağlık hizmetinin karşılığını ödemesi veya isterse özel sağlık sigortalarına prim yatırarak harcamalarının bir kısmını sigortaların karşılamasıdır. 1964 yılında kabul edilen Medicaid ve Medicare yasaları ile dar gelirliilerin ve yaşlıların sağlık faturalarının kısmen hükümetlerce ödenmesi kabul edilmiştir. A.B.D.'de sağlık hizmetlerinin finansmanını inceleyen Bodenheimer ve arkadaşları yazılarını şöyle bitirmişlerdir: "Özel sağlık sigortalarının sağlık hizmetlerinde yeri olması için neden yoktur. Sağlık alanında bulunuşlarının nedeni para kazanmak ve hekimler ile hastanelere para kazandırmaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında yapılacak en iyi iş bunları kaldırmaktır. Sağlık hizmetleri, kar amacı gütmeyen, hükümetler tarafından toplanan vergilerden finanse edilebilir. Sağlık sigorta felsefesi, sağlık hizmetinden yararlanmanın bir hak oluşu görüşü ile de tümünden ters düşer"

Sosyalist ülkelerdeki finansman modeline gelince; bu ülkelerde sağlık hizmetinden yararlanma temel insan haklarından biri sayılmaktadır. Halka tüm sağlık hizmetlerinin en iyi bir biçimde sunulmasının devlet görevi olduğu ve devlet tarafından finanse edilmesi kabul edilmektedir.

Ülkemizdeki duruma gelince; sağlık hizmetlerinin finansmanında bir sistem kargaşası içinde olduğumuzu söylemek abartma olmaz. I. bölümde belirttiğimiz gibi sağlık harcamalarının %82'si halkın hekim, hastane ve eczaneye yaptığı doğrudan ödemedir. Halkımızın bir kısmının sağlık harcaması hükümet, bir kısmının harcamaları da sigorta kurumlarınca ödenmektedir. Nüfusumuzun %40'ının hastalandığı zaman bakım için sosyal güvencesi yoktur. Hükümetler 1950'li yıllardan beri genel sağlık sigortası yasası çıkaracaklarından söz etmelerine karşın bu yasa çıkarılamamıştır. Bu durum genel sağlık sigorta sisteminin ülke koşullarına uymadığını gösterir. Bu durumda sağlık sigortası kapsamında olmayan hastaların tedavi harcamalarının hükümetçe, genel bütçeden ödenmesi tek çözüm yoludur. Bu uygulama sağlık bütçesine genel bütçeden yüzde 10-12 dolayında pay ayrılmasını gerektirir. Bu mümkün görülemez ise, ara modeller düşünülebilir. Örneğin; sigorta kapsamında olmayan 24 milyon nüfus -sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun öngördüğü esaslara göre- ücretsiz olarak sağlık hizmetinden yararlanır. Bu hizmetin maliyeti 1988 para değeri ile 200-300 milyar TL dir.

Örgütlenme:

Hizmet Zinciri:

Hekimlik, tek hekimin yapacağı hizmet olarak (solo-practice) oluşmuş ve binlerce yıl böyle uygulanmıştır. Hekimlik dışı tıp mesleklerinin doğuşunun bir kaç yüzyıllık bir geçmişi vardır. Bugün tıp uygulamaları ve herkese sağlıklı yaşam sağlanması yirmiden fazla meslek sahibinin bir ekip halinde ve birbirlerine bağımlı olarak çalışmaları ile yürütülmektedir.

Örgütlenmede örnek alınacak model, batı ülkelerinde, tarih boyu gelişmiş olan üç basamaklı (primary care, secondary care, tertiary care) hizmet zinciridir. İlk basamak hastanın ilk başvurduğu hekim, hastaların evde ve ayakta tedavi edildiği basamaktır. İlk basamağın iyi çalıştığı ülkelerde hastaların %95'i, hastaneye gitmeden bu kademedede tedavi olur. İkinci basamak, hastaların yatarak tedavi edildiği kuruluşlar, üçüncü basamak teşhis ve tedavileri için yüksek tıp teknolojisi gereken ve genellikle sayıları -diğer vak'alara kıyas ile- az olan hastaların bakılacağı tıp merkezleri (medical center, yüksek ihtisas hastaneleri)dir. Batı ülkelerinde halk ve hekimler hastaların birinci basamağa başvurmadan hastanelere gidemeyeceklerini bilirler ve uygulama böyle sürer. Ülkemizde sorun ilk basamağın tüm halka nitelikli hizmet verecek biçimde oluşmamasıdır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanun, köyde ve kentte sağlık ocakları kurarak bu basamağı kurmayı öngörmüş, ancak hükümetler birinci basamağı kurmak ve geliştirmekte başarılı olamamışlar, batı ülkelerinde olduğu gibi birinci basamak ile hastaneleri birbirlerini tamamlayan birimler olarak çalıştıramamışlardır.

Muayenehane hekimliği de ilk basamak hekimliğidir. Bu basamakta, muayenehane hekimleri parası olan hastalara iyi bir hizmet vermektedirler. Ancak bunların da hastane uzmanları ile işbirliği yapmaları mümkün olmadığından sonuç batı ülkelerindeki gibi başarılı olmamaktadır. Batı ülkelerinde hükümetler muayenehane hekimlerini ilk basamak hekimi olarak kullanırlar. Bu pahalı bir çözüm yoludur.

Hükümetlerden beklenen köyde ve kentte her hastanın kolayca erişebileceği ve kullanabileceği bir ilk basamak sağlık hizmeti kurmak ve bu basamaktaki hekimler ile hastanelerin işbirliğini sağlamaktır.

Tek veya Çok Amaçlı Örgütlenme:

Örgütlenmede tartışılması gereken bir diğer konu, örgütün tek amaçlı mı (unipurpose), çok amaçlı mı (multipurpose) olacağıdır. Koruyucu hekimlik hizmetleri gelişmelere ve ülkelerin gereksinmesine göre tek amaçlı örgütler biçiminde gelişmiştir. Ülkemizde sıtma savaş örgütü, Ana-Çocuk Sağlığı merkezi, verem savaş teşkilatı bu

yaklaşımın örneğidir. Geçmişte koruyucu hekimlik denince, hastalıklardan korunma(birincil korunma) anlaşılırdı ve hasta tedavi hizmetinden ayrı olarak örgütlenmişti. Koruyucu hekimlikte erken teşhis ve tedavi (presemptomatik dönemde teşhis ve tedavi, ikincil korunma) önem kazanınca, koruyucu hekimlik hizmetleri ile hasta tedavi hizmetlerinin bir örgütte birleştirilmesi(integrasyon) gereği ortaya çıkmıştır. Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinde aynı örgütün gebe kadın ve çocukların periodik muayenelerini yapması, hastalanmayı önleyici önlemler alması ve hastaları tedavi etmesi bu yaklaşıma bir örnektir. Çok amaçlı örgütlenmenin en gelişmiş şekli ülkemizde sağlık ocaklarında hekim, ebe ve hemşirelerden oluşan ekiplerin ilk basamak koruyucu hekimlik ve tedavi hizmetlerini yürütmesidir.

Tek amaçlı ve çok amaçlı örgütlenme modelinin kendilerine özgü üstünlük ve sakıncaları vardır. Çok amaçlı örgütlerde ilk basamak hizmetler dar bölgelerde verildiği için sağlık personeli halk ile daha kolaybütünleşir ve halka yapılan sağlık eğitim çalışmaları, halkın hizmetten yararlanması daha kolay olur. İntegre hizmetçeşitli sağlık hizmetleri için ayrı örgütler işletmeye kıyasla-çok daha ucuzdur ve daha az sayıda sağlık personeli gerektirir.

Tek amaçlı örgütlerde personeli eğitmek-çok amaçlı örgütlere kıyasla-daha kolaydır ve hizmetler arasında öncelik saptama sorunu yoktur.

Tek amaçlı örgütlerden çok amaçlı örgütlere geçişte karşılaşılan bir sorun da personelin örgütlerinin özelliğini koruma çabalarıdır. Örneğin ülkemizde ana-çocuk sağlığı ve verem savaş teşkilatı hizmetlerinin sağlık ocaklarına devrine karşıdır. Sağlık ocaklarının iyi işletilememesi tartışmalarda kendilerine güç vermektedir.

Ülkemizde sağlık personeli sayısı, finansman zorluğu ve halkın sağlık konusunda eğitim gereksinmesi dolayısı ile birinci basamakta çok amaçlı bir örgüt olan sağlık ocaklarının kurulması, ikinci basamakta hastane, verem dispanseri, halk sağlığı laboratuvarları ve grup başkanlıklarının sağlık ocaklarını desteklemesi en uygun örgütlenme modelidir.

Laboratuvar Hizmetleri:

Yirminci yüzyıl hekimliğinin geçmiş yüzyıllardan farkı teşhis ve tedavi hizmetlerinde çeşitli laboratuvar hizmetlerinden geniş ölçüde yararlanılmasıdır. Büyük hastanelerde ve bazı merkezlerde laboratuvar hizmetleri batı ülkelerindeki kadar gelişmiş olmakla beraber bu hizmetler ülke ölçüsünde yeterli değildir.

Ülkemizde yeter sayı ve nitelikte laboratuvar personeli yetiştirilmesi, analiz metodlarının standardizasyonu, sağlık ocaklarından tıp merkezlerine kadar birbiri ile işbirliği yapan bir laboratuvarlar zinciri kurulması ve laboratuvarların araç, gereç ve ayaç sorunlarının çözülmesi planlanmalı ve öncelikli bir proje olarak yürütülmelidir.

Tek Elden İdare:

Ülkemizde sağlık hizmetleri birbirinden bağımsız kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Bu aslında kıt olan kaynakların verimsiz olarak kullanılmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde doğru örgütlenme politikası kamu sektöründe hizmetleri tek elden planlama ve yürütmedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini öngörmüştür. Bu hüküm bu günde yürürlükte olmasına karşın uygulanamamıştır. Başta işçi sendikaları olmak üzere, hiç bir kurum sahip olduğu küçük veya büyük bir tesisi bırakmak istememektedir.

Tek elden idareyi, politik nedenler ile, uygulayamayan hükümetler alternatif çözümler bulmalıdır. Refik Saydam özel idare ve belediyelerin sağlık kuruluşlarının mülkiyetini ve finansmanını bu kurumlara bırakmış, hekim ve diğer sağlık personelinin atama, yer değiştirme ve yükseltme yetkisini Sağlık Bakanlığında toplamıştı.

Bir seçenekte hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşlarını herkesin kullanımına açık olması, yapılan hizmet karşılığı kişiden veya kişiyi sigorta eden kurumdan, ücret alınmasıdır.

Genel İdare ve Sağlık:

Ülkemizde idareciler sağlık hizmetlerini genel idarenin emir ve komuta zinciri içinde görme eğilimindedirler. Bu sakıncalı bir sistemdir. Sağlık hizmeti yapan örgüt, genel idare ile gerekli alanlarda işbirliği yapan özerk bir işletme olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun ara bir çözüm getirmiştir. "Sağlık örgütü il içinde bir bütündür. İl sağlık müdürü sağlık örgütünün amiridir. Hizmetleri Vali'ye karşı sorumlu olarak yürütür."

Sağlık İnsan Gücü

Sağlık insan gücü konusundaki politikalar üç grupta toplanabilir:

- .Eğitim politikası
- .İstihdam politikası
- .Yetki ve görev politikası

Hekim Gücü:

Tıp fakültelerinde öğrenci eğitimi geliştirme bütün ülkelerde tartışılan bir konudur. Tıp fakültelerinin gerçekleştiremedikleri konulardan biri eğitimin ülkenin gereksinmelerine göre yapılmasıdır. Başarılması istenen bir hedefte öğrencilerin kendi kendine öğrenmeye (self-learning) güdülenmeleri, alıştırmalarıdır. Gelişmekte olan ülkelerin -Türkiye dahil- bir sorunu da, eğitimin niteliğidir. Nitelik düşüklüğünün önemli nedeni fakültelerin eğitim olanaklarını aşan sayıda öğrenci almasıdır. 1988 yılında Edinburg'da toplanan Uluslararası Tıp Eğitim Konferansı aldığı kararlar arasında öğrencilerin ülke koşullarında hekimlik yapacak biçimde eğitilmelerine öncelik verilmesi ve klinik dallarında bir öğretim üyesine en fazla beş öğrenci düşmesi en önemli olanlardır. Türkiye'de tıp öğrencisi fakültelerde, yüksek tıp teknolojisinin kullanıldığı bir tıp merkezinde nasıl hekimlik yapılacağına koşullandırılmakta ve bir öğretim üyesine 14 öğrenci düşmektedir.

Ülkemizde tıp fakültelerinde eğitim düzeyini yükseltme şarttır. Tıp Fakültelerine alınan öğrenci sayısı azaltılmalı, eğitim olanakları sınırlı tıp fakültelerine öğrenci alınmamalı, fakültelerin eğitim olanakları arttırılmalı ve sağlık ocaklarında denetim altında hasta bakımı ve toplum sağlığı hizmetlerinde sorumluluk alarak staj yapmalıdırlar.

Türkiye'de bugünkü hekim sayısı yeterlidir. Nüfusumuz yılda 1,2 milyon arttığına ve 1000 kişiye bir hekim bugünkü koşullarda yeterli olduğuna göre, artan nüfus için her yıl 1200 ek hekim gücüne gereksinme vardır. Ölüm ve meslekten ayrılma nedeni ile her yıl 300 kişinin de ayrılacağı varsayılırsa, her yıl tıp fakültelerine 1500-2000 öğrenci alınması yeterlidir.

Hekimlik hızla değişen bir bilimdir. Bu nedenle hekimler eğitimlerini yaşamları boyu sürdürme zorundadırlar. Gelişmiş ülkeler hekimlerin sürekli eğitim çalışmalarında yardımcı olmak ve eğitim çalışmalarını denetlemek üzere örgütlenmişlerdir. Ülkemizde Türk Tabipleri Birliği, Tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği ve müşterek sorumlulukları altında hekimlerin sürekli eğitimi sağlanmalıdır.

Hekimlerin İstihdamı:

Hekimlerin istihdamında çalışma özgürlüğü temel ilke olmalı ve zorunlu hizmet yasası yürürlükten kaldırılmalıdır. Kanu kuruluşları hekim gereksinmelerini karşılamak için özendirici önlemler almalı-

dir. Hekimleri kamu kesiminde görev almaya özendirme için makul bir ücret politikası, objektif ve adil bir atama, yer değiştirme ve yükseltme politikasının kabulü ve uygulanması ve hekimler hekim olmayan kişilerin emrinde çalıştırılmamalıdır.

Kamu hizmetlerinde hekimlere ücret ödemede kullanılan üç sistem vardır:Sabit ücret ile, yaptığı hizmet karşılığı, bakmakla sorumlu olduğu kişi başına. Hekimi sabit ücret ile çalıştırma kamu kesimi için en ucuz çözümdür. Bu sistemin sakıncası, hekim-hasta arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileme olasılığı olmasıdır.

Hekime baktığı hasta sayısına ve hastaya uyguladığı önlemlere göre para ödenmesi(Fee for service)Batı Almanya'da uygulanan sistemdir. Kişi sigortaya kayıt olduğu zaman seçtiği hekime gitme zorundadır, hekimini -isterse- üç ayda bir değiştirebilir. Kamu kuruluşları için en pahalı, hekimler için en çok gelir getiren bir sistemdir.

İngiltere'de uygulanan sistemde herkes kendine bir hekim seçer ve hekim kendisine hasta olunca bakmayı kabul ederse, hükümete bildirilir ve hekim her yıl kendi listesinde kayıtlı kişi başına-sabit bir ücret (per capita payment) alır.

Ülkemizde hekimlerin kamu kuruluşlarında sözleşmeli olarak çalışmaları ve hizmette gösterdikleri başarı ölçüsünde ek ücret almaları uygulanabilir bir sistemdir. Ancak bir hekimin sözleşmeli çalışmayı kabul etmesi için, görevini kötüye kullanmadığı takdirde sözleşmesinin işveren tarafından bozulamayacağını, hizmette kaldığı sürece-yer değiştirmek isterse- objektif ve adil kurallara uyularak yerini değiştirebileceğine güvenmesi gereklidir. Kamu kuruluşlarının personel işlemlerinde hekimlerin işveren karşısında güvencelerini arttırmak için Türk Tabipleri Birliği söz sahibi olmalıdır.

Hekim istihdamında alınması gerekli bir ilke kararı da, hekimlerin kamu kuruluşlarında tam süre mi(full-time), yarı süre mi(part-time) çalışacaklarıdır. Sağlık hizmetlerinde görülen aksaklıkların nedenleri arasında yarı süre çalışmanın önemli yeri vardır. ilke-özellikle hastane hekimleri ve yönetici hekimler için- tam süre çalışma olmalıdır. Ancak bu sistemin uygulanabilmesi için hekimlere kabul edebilecekleri bir ücret ve haksız uygulamalar ile karşılaşmayacakları konusunda güvence vermek zorunludur.

Hekimlerin Yetki ve Görevleri:

Hekimlerin yetkileri 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası hakkındaki yasada belirtilmiştir. Bu yasanın uygulanması titizlikle sürdürülmelidir.

Hekimlerin görevlerine gelince, kişilerin sağlığını korumak, hastaları tedavi etmek ve çalışma gücünü kaybedenleri rehabilite

etmek hekimlerin görevidir. Ancak çok geniş olan bu alanda hizmeti başarı ile yürütmek için hekimlerin uzmanlaşmaları ve bir ekip halinde çalışmaları kaçınılmazdır. Ülkemizde hekimlerin uzmanlaşması klinik uygulamalar yönünden gelişmiştir. Her hekim için klinik dallarında uzman olma istenen ve beklenen bir gelişme olmuştur. Hekim insan gücünde uzmanlaşmanın sağlıklı olduğu bir ülke olan İngiltere'de hekimlerin sadece %15'inin klinik dallarında uzman-
tır, %85'i toplumda sık görülen hastalıklarda klinik dal uzmanları kadar bilgili ve beceri sahibi genel pratisyenlerdir.

Ülkemizde hekimlerin uzmanlaşması, gereksinmelere göre planlı şekilde yürütülmeli ve klinik dallar için gereksinme fazlası olan hekimlere toplum sağlığı alanında -toplumda sık görülen hastalıkların teşhis ve tedavisinde uzmanlaşma olanağı sağlanmalıdır.

Sağlık Yönetici Kadrosu:

Sağlık hizmetleri küçük ekiplerden oluşan büyük bir ekibin hizmeti olduğu için her kademedeki yöneticinin iyi bir işletmeci (manager) olması gerekir. Yönetici, sağlığın korunması(prevention), desteklenmesi(promotion) ve hastaların tedavisi(cure) konusunda yeterli bilgi sahibi olmalı ve bu bilgilere ek olarak yönetim ve işletme bilimlerinde eğitim görmüş olmalıdır. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin hekim olması yönetim ve halk sağlığı (Public Health) bilimlerinde mezuniyet sonrası eğitim görmüş olması gerekir. Her ülkede sağlık yöneticileri hekimdir. Bazı ülkelerde hastane yöneticileri ve yüksek bürokratlar hekim değildir. Bunun nedeni bunların destek hizmetlerde karar ve yönetim yetkisi olmasıdır. Bunlar hastanelerde başhekimlerin, bölgelerde sağlık müdürlerinin, bakanlıklarda Chief Medical Officer'in verdiği direktiflere uyarak hizmetlerini yürütürler.

Yönetimde görev alacak hekimler mezuniyet sonrası eğitimlerini halk sağlığı fakültelerinde (School of Public Health) görürler. Her gelişmiş üniversitede bir halk sağlığı fakültesi vardır. Refik Saydam hekimleri bu konuda eğitmek için -Rockefeller Foundation'un da teşvik ve desteği ile-Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü içinde Hıfzıssıhha Okulunu kurmuştur. Bu okul gerektiği gibi geliştirilememiş ve pratik olarak kapatılmıştır. Hacettepe Üniversitesinde 1965-1982 yılları arasında kurulan ve gelişen Toplum Hekimliği Enstitüsü de Yüksek Öğrenim Kurulu tarafından kapatılmıştır. YÖK, Türkiye'de hekimleri sağlık yönetimi ve halk sağlığı alt bilim dallarında araştırmacı olarak yetiştirecek bir enstitü kurmalıdır.

Hekim Dışı Sağlık Personelinin Hekimlik Hizmetinde Kullanılması:

A.B.D. ve Kanada'da hekimlerin gözetiminde hekimlik hizmetinde çalıştırılan personel vardır:Örneğin; nurse practitioners, associate physicians, medex gibi. Sovyetler Birliğinde de Felçer'ler vardır. Bu uygulamalara Avrupa ülkeleri karşıdır.

Bizde aile planlaması programında yeter sayıda kadın hekim bulunmadığı için özel eğitim görmüş ebe ve hemşireler hekim gözetimi altında aile planlaması klinik hizmetlerinde kullanılmaktadır. Kırsal bölgede çocuklarda ishal ve pnömoni ölümlerinin kontrolü için eğitim görmüş ebe ve hemşirelerden yararlanılabilir. Ebe ve hemşirelerin özel bir eğitim gördükten sonra örgüt içinde ve denetim altında bazı hekimlik hizmetlerini yapabilmelerine geçici süreler için izin verilebilir.

Hekim Dışı Sağlık Personeli:

Dünya Sağlık Teşkilatı yayınlarında yirmi kadar sağlık mesleği kaydedilmiştir. Bunlar aşağıdaki gibi dört grupta toplanabilir.

- Kişiye Yönelik Hizmet Yapanlar:Hekim, dişhekim, hemşire, ebe, fizikoterapist, psikoterapist, diyetisyen, optometrist, çiropodist, v.b.
- Çevreye Yönelik Hizmet Yapanlar:Sağlık mühendisi, veteriner, çevre sağlığı teknisyeni v.b.
- Laboratuvar Personeli ve Diğer Bilimler:Mikrobiolog, biokimya uzmanı, hematolog, patolog, sağlık fizikçisi, röntgen uzmanı, istatistik uzmanı, sağlık eğitimcisi, v.b. ile bu dalların teknisyenleri.
- Sağlık Alanında Uzmanlaşmış Destek Personel:Hastane idarecisi, tıbbi sekreter, v.b.

Hekim dışı personelinin daha iyi hizmet verebilmeleri için çözümlenecek bir çok sorun vardır. Bunlar arasında hemşire ve ebeler ile ilgili aşağıdaki sorunlar toplum açısından en önemli olanlardır. İyi eğitilmiş ve yeter sayıda hemşire ve ebe yetiştirmek temel sağlık politikalarından biri olmalıdır.

Hekim dışı sağlık personeli gereksinmesi her ülkede büyük olduğu için açığı kısa zamanda kapatmak amacı ile değişik eğitim düzeyinde-ülkemizde hasta bakıcı ve yardımcı hemşireden başlayarak üniversite mezunu hemşirelere kadar beş eğitim düzeyinde-hemşire eğitilmiştir. Hemşire ve ebe eğitiminde sağlık meslek liseleri düzeyinde eğitim ülke şartlarına en uygun olmalıdır. Sağlık meslek liselerinin sayısının ve öğrenci sayısının arttırılmasına ağırlık verilmelidir.Liseden sonra bir veya iki sene eğitim görerek yetiştirilen ebe, hemşire ve sağlık memurları 2-3 yıl hastanelerde deneyim kazanmadan sağlık ocaklarına ve sağlık evlerine atanmamalıdır.

Her köyde -ebe ve hemşire hizmetlerine yardım için- sağlıkçı yetiştirme bir programa bağlanmak istenirse- köy enstitüleri uygulamasında olduğu gibi- her köyden bir kadın ve erkek seçerek sağlıkçı (sağlık yardımcısı) olarak yetiştirilmesi düşünülebilir. Bunlar sağlık ocağı hekim, hemşire ve ebelerinin sıkı denetimi altında çalıştırılmalıdır. Sürekli ve etkin bir denetim sağlanmaz ise, sağlık yardımcısı kullanmak yarardan çok zarar getirir. Sağlık Bakanlığı'nın 1987 yılında başlattığı lise mezunlarını -kısa bir eğitim ile- hemşire, ebe ve sağlık memuru yetiştirme programında da başarılı olmak için bu kişilerin sahada sıkı denetimi şarttır.

Hemşire ve ebelerin yetiştirilmeleri ve istihdamında verim ve etkinliği arttırabilmek için alınması gereken önlemlerden önemli olanlar şunlardır:

.Sağlık meslek liselerinde öğretmen kadrosu güçlendirilmelidir.

.Okullarda eğitim araç ve gereçleri yeter düzey ve niteliğe ulaştırılmalıdır.

.Okullarda pratik eğitime ve meslek ahlak kurallarının benimselmesine büyük önem verilmelidir.

.Sahada çalışacak ebe ve hemşirelere halk sağlığı hemşireliği ve halka sağlık eğitimi konusunda hizmet öncesi ve iş başında tamamlayıcı eğitim verilmelidir.

.Sağlık meslek liselerinde öğrencilerin sahada ebelik ve hemşirelik hizmetlerini öğrenmeleri ve sağlık evine veya ocağına atanan ebe ve hemşirelerin hizmet öncesi eğitimleri için her ilde yeter sayıda eğitim sağlık ocağı ve evi kurulmalıdır.

.Hemşire ve ebelerin çalışma koşulları düzeltilmeli ve ücretler işlerinin güçlüğü ve riski gözönüne alınarak saptanmalıdır.

.Kırsal bölgede halk sağlığı hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin dikey yükselmeleri (sorumluluğu ve statüsü daha önemli göreve atanma) ve yer değiştirmeleri adil bir sisteme bağlanmalıdır.

Nüfus ve Doğurganlık:

1965 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun her ailenin istediği ve bakabileceği sayıda çocuk sahibi olmasını bir hak olarak tanımış ve ailelere aile planlaması hizmetini vermeyi bir devlet görevi saymıştır.

Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planları da doğurganlığın azaltılmasını öngörmektedir. Yasa 1983 yılında olumlu yönde değiştirilmiş ve isteyerek çocuk aldırma serbest bırakılmıştır.

Ülkemizde doğurganlık düşmektedir. Ancak bu düşüş istenen ölçüde değildir.

Aile planlaması hizmetlerinin halka daha kolay yararlanabilecekleri gibi sunulmasına, halkın etkili gebeliği önleyici hizmetleri kullanmaları konusunda eğitilmelerine ve her bölgede sosyal ve ekonomik kalkınma düzeyinin yükseltilmesine önem verilmelidir.

İlaç Politikası:

İlaç üretiminin ve satışının devletin kontrolü altında olmadığı bir sistem düşünülemez ve yoktur. Zengin ülkeler ilaç fiyatlarını saptama hakkını üreticiye bırakmış ve serbest rekabet ile fiyatların kontrol edeceği varsayılmıştır. Bu varsayım gerçekleşmemiştir. Avrupa ve ABD'deki ilaç fiyatları ile Türkiye'deki fiyatların karşılaştırılması bunu göstermektedir. Sağlık harcamalarında önemli yer tutan ilaç tüketiminde fiyatları serbest bırakma milli geliri düşük ülkeler için düşünülemez.

.Hangi kimyasal maddenin ilaç olarak kullanılabileceği ve hangi formül ve farmasötik şeklin piyasaya sürebileceğine karar yetkisi- bilim kurullarının görüşü yönünde -hükümetlerin sorumluluğu altındadır.

.Farmasötik preparatların kalite kontrolünü -üretim aşamasından tüketim aşamasına kadar- devletin ve üretici firmanın sorumluluğu altındadır. Hükümetler piyasa kontrolüne önem vermelidir.

.Liberal düzen-kamu kuruluşları dahil- herkesin üretim ve pazarlama özgürlüğü olan düzendir. Devletin -gerek gördüğü durumlarda ilaç üretimi ve satışı yapmasına karşı gelmek- özel sektör yararına tekelliktir. Kamu kuruluşları -gerek görülürse- ilaç üretmeli ve satmalıdır.

.Türkiye'de gereksiz ilaç tüketimi önemli bir sorundur. İlaçlar eczanede satılmalı, halka yönelik ilaç reklamı yapılmamalı, eczaneler reçetesiz ilaç satmamalı, hekimler-tıp fakültelerinden başlayarak- polifarmasiden kaçınmaları yönünden eğitilmelidirler.

Sağlığı Destekleyen Diğer Hizmetlerde Politika Kararları:

Sağlıklı yaşam için çevremizin sağlıklı olması, herkesin dengeli beslenme olanağına sahip olması, eğitim görmüş olması, sağlık koşulları uygun konutlarda yaşaması ve dinlenme hakkından yararlanması gerekir. Ülkemizde çevre sağlığı, eğitim, beslenme, konut, dinlenme politikaları saptanırken, bunların sağlığa olan etkileri de gözönüne alınmalıdır.

III.BÖLÜM

SAĞLIK HİZMET PROGRAMLARI

Sağlık ile ilgili politik kararların işlerlik kazanması için bu politik kararların gösterdiği yönde sağlık hizmetlerinin nasıl yürütüleceğini de planlanması gereklidir.

Bu bölümde çeşitli sağlık programlarının nasıl yürütülebileceği konusunda ön bilgiler sunulacaktır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi:

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki yasanın amacı, sağlık hizmetini herkese yararlanabileceği gibi sunmak üzere örgütlenme ve işletme ilkelerini saptamaktır. 1962 yılında kabul edilen I.Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma planı ve 1963 yılında SSVB tarafından yürürlüğe konan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yönergesi yasada öngörülen örgütün işletmesine yön veren belgelerdir.

1963 yılında yasanın kademeli olarak uygulanmasına başlanmıştır. Uygulamanın bütün illere yayılması 1982 yılında tamamlanmıştır. Uygulamalar yasanın öngördüğü ve planlandığı gibi başarılı olmamıştır. Bunun nedeni hükümetlerin -CHP hükümetleri dahil- sağlık hizmetlerine bütçeden yeterli ölçüde ödenek ayırmaması, yasanın bir kısım hükümlerinin uygulanmaması, uygun bir personel politikasının benimsenmemesi ve güçlü bir sağlık yönetici kadrosu oluşturulamamasıdır. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü(yeni adı Halk Sağlığı Anabilim Dalı) 1966 yılından beri sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunda öngörülen modeli Etimesgut Bölgesinde, 1976'dan beri de Çubuk bölgesinde uygulamaktadır. Bu uygulamalar sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun uygulamasının iyi yöneticiler ve uygun eğitilmiş personel elinde Tablo I ve 3'de görüldüğü gibi- başarılı sonuç verdiğini gelişmiş ülkeler düzeyine erişilebileceğini göstermiştir. Bu bölgelerdeki sağlık hizmeti için kamu kuruluşlarının harcama ortalaması kişi başına yılda 1963 yılı sabit fiyatı ile 45 TL'dir. Bu genel bütçeyi fazla zorlamadan sağlanabilecek bir ödenektir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanunun başarı ile uygulanması için aşağıdaki önlemler alınmalıdır:

1-Sağlık Bakanlığı bütçesine genel bütçeden en az %10 pay ayrılmalıdır.

2-Tüm sağlık ocaklarının lojman, taşıt(şöför ve benzin dahil) araç, gereç ve ilaç gereksinimleri yeter ölçüde sağlanmalıdır. Kırsal bölgede sağlık ocağı hekimi köyleri belirli bir program çerçevesinde gezmez ise, işsiz kalır. Zorunlu olarak sağlık ocaklarına atanan hekimlerden halkın gerektiği ölçüde yararlanamamasının nedenlerinden biri budur. 1988 yılında 3142 sağlık ocağından 804'ünde (ocakların dörtte biri) işler durumda taşıt vardı. Benzin parası yetmediği için bunlardan da tam olarak yararlanılamı-

yordu. Eczane olmayan yerlerde ,yasanın sağlık ocaklarında hastaların tedavisi için gerekli ilaçların bulundurulmasını ve satılmasını veya ücret olmadan verilmesini öngörmesine karşın bu hüküm uygulanmamaktadır. Köylü doktora gitmek için değil, ilaç satın almak için ilçe merkezine inmek zorunda kalmaktadır. Bu nedenle doktora da gitmemektedir. Sağlık ocaklarında da tedavi için gerekli ilaçlar eksiksiz bulundurulmalıdır.

3-Sağlık ocaklarına laboratuvar gereç ve ayaçları sağlanmalı ve hekimler (gerekirse bir hemşire) laboratuvar analizlerini yapacak şekilde yetiştirilmelidir.

4-Sağlık ocakları ile hastanelerin sıkı işbirliği aksatılmadığını yürütülmelidir. Sağlık ocağı hekimi gerektiğinde hastane laboratuvar hizmetlerinden yararlanmalıdır.

5-Bir ülkede sağlık düzeyinin yüksek oluşunda birinci basamaklı hizmetlerin geliştirilmesinin gerektiği gözönüne alınırsa, sağlık ocaklarında hizmetin geliştirilmesine-hastane hizmetlerinin geliştirilmesinden çok önem verilmelidir.

6-Sağlık ocağı hekimlerinin statüsü yükseltilmeli, tıp fakültelerinde öğrenciler hastanelerde değil, toplum içinde hekimlik yapmaya koşullandırılmalıdır. Öğrencilere tıp bilimlerinin eğitimi yanında hemşire ve ebelerden oluşan bir ekip ile toplum içinde koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerini yönetmede beceri kazandırmalıdır.

7-Sağlık ocağı hekimlerinin toplumda sık görülen hastalıkların tanı ve tedavisinde (toplum sağlığı uzmanlığı) uzmanlaşmaları sağlanmalıdır.

8-Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yönergesinde öngörüldüğü şekilde hekimlerin köy gezileri, ebelerin ev gezileri, hekimlerin hastanelerdeki aylık toplantıları aksatılmadan yürütülmelidir.

9-Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun yürürlükten kaldırılan 26. maddesi (sağlık personelinin alacakları ücret maddesi) yeniden yürürlüğe konmalıdır.

10-Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki yasanın 3. maddesi kamuda görev alan hekimlerin tam süre çalışmasına amirdir. Bu madde yürürlükte olmasına karşın uygulanmamaktadır. Kamu kuruluşlarındaki çalışmayı hekimler için cazip hale getirecek önlemleri almalı ve bu marifet uygulanmalıdır.

11-Sağlık yönetici kadrosunun güçlenmesi için Halk Sağlığını(Public Health, Kamu Sağlığı) bir bilim olarak öğrenmiş hekimlere gereksinim vardır. Bu eğitim dış ülkelerde halk sağlığı fakültelerinde yapılmaktadır. Türkiye'de de böyle bir eğitim ve araştırma kurumu açılmalıdır.

12-Sağlık ocaklarını denetleme(supervision) ile görevli olan sağlık ocağı gruplarına deneyimli ve halk sağlığı (veya toplum sağlığı) uzmanları

olmuş hekimler atanmalı ve bunların ocakları düzenli olarak gezmeleri sağlanmalıdır.

13-Yasanın 23'üncü maddesinde sağlık ocağı ile halkın işbirliği yapması için öngörülen kurullar çalıştırılmamaktadır. Halka hizmetleri -özellikle çevre sağlığı hizmetlerini- benimsetmek için bu kurulların çalıştırılması gerekir.

14-Yasa, il içinde sağlık teşkilatının bir bütün olduğunu ve il sağlık müdürünün teşkilatın amiri olduğunu öngörmüştür. 1985 yılında Sağlık Bakanlığı bir yönetmelik çıkararak sağlık hizmetlerini ilçe kaymakamlarına bağlamıştır. Yasaya aykırı bu uygulama düzeltilmeli ve sağlık teşkilatının bütünlüğü ve otonomisi korunmalıdır.

İşçi Sağlığı Hizmetleri:

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanun, sağlık hizmetinden en az yararlanan kırsal bölge hizmetlerinin geliştirilmesine ağırlık vermiştir. Yasanın 9. maddesi sağlık hizmeti hususiyet arzeden yerlerde sağlık ocaklarından ayrı birimler kurulmasını öngörür. Bu hükmün kapsamına giren yerlerin başında işyerleri gelmektedir.

Ülkemizde işçi sağlığı hizmetlerini geliştirmek için aşağıdaki önlemler düşünülebilir:

1-Tıp fakültelerinde öğrencilere meslek hastalıklarının teşhis, tedavi ve korunması konularında yeterli bilgi verilmelidir.

2-Hekimler işçi sağlığı uzmanlık dalını seçmeye özendirilmelidir. İşçi sağlığı müfettişleri, işçi sağlığı uzmanı hekimler olmalıdır. Halen Çalışma Bakanlığı kuruluşlarında bir tek hekim müfettiş vardır. Hekim iş sağlığı müfettişleri işyeri hekimlerini destekleyen, iş başında eğiten kişiler olmalıdır.

3-İşyeri hekimlerinin yasalarımıza göre görevi işçilerin sağlığını korumaktır. Hasta işçilerin muayene ve tedavisi ek bir hizmettir. Ancak uygulamada ek hizmet ön plana çıkmaktadır. İşyeri hekimleri işçi sağlığı ve güvenliği konularında eğitilmelidir.

4-İşçi sağlığı örgütü her işyerindeki işyeri hekimlerinden başlayarak bölge müdürlükleri(müfettişler, endüstri hijyenisleri, iş güvenliği uzmanı mühendisleri) ve işçi sağlığı ve güvenliği merkezinden oluşmalıdır.

5-Yine yasal olarak 50'den çok işçi çalıştıran işyerlerinde bulunması zorunlu "işçi sağlığı iş güvenliği kurulları" zincirleme olarak ülke düzeyinde bütünlenen özerk bir "Ulusal Düzeyde İşçi Sağlığı İş Güvenliği Kurulu"(UDİSS-İSGK)nda örgütlenmelidir. Bugün tüzüklerde başkanı işveren olarak gösterilen "İşyeri İşçi Sağlığı İş Güvenliği Kurulları"nın başkanlı-

ğı işyeri hekimine verilmeli ve işçi-işveren üyeler denk sayıda bulundurulmalıdır.

6-Uluslararası Çalışma Örgütü'nün tarafımızdan da kabul edilen 81 No'lu sözleşmesi uygulanmalıdır. Bu sözleşmenin de öngördüğü gibi teftişin bağımsızlığı sağlanmalıdır. Özerk bir çatı geliştirilmelidir.

7-SSK özerk bir yapıya kavuşturulmalı ve Genel Kurulu'nun bileşimi daha demokratik hale getirilerek yönetim üzerindeki etkisi arttırılmalıdır. Bunun yanı sıra, kendi yasasının öngördüğü gibi SSK, koruyucu sağlık işlevlerine sahip çıkmalıdır.

8-İşçi Sağlığı İş Güvenliği alanında son yasal değişikliklerle artan, önem kazanan belediyeler, hem Türk Tabipleri Birliği ile ve hem de yukarıda tanımladığımız özerk nitelikli kurumlar ile ilişkilerini geliştirerek, sürece en uygun müdahale noktalarını bulmalıdırlar.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

Ana çocuk sağlığı-aile planlaması (AÇS ve AP) hizmetleri sağlık ocağı hekimleri tarafından yürütülmelidir. Şehirlerde bu hizmet için yeter sağlık ocağı bulunmadığından AÇS merkezleri ve AP poliklinikleri bu hizmeti yürütmektedir. Amaç şehirlerde yeter sayıda ocak açarak AÇS ve AP hizmetlerini ocaklarda yürütme olmalıdır.

Sağlık ocak grup başkan ve yardımcıları, il sağlık müdürlüğü uzmanları ocak personelinin AÇS ve AP hizmetlerini nasıl yürüttüklerini sürekli olarak izlemeli, bu personeli desteklemeli, işbaşında eğitmeli ve AÇS ve AP hizmetlerine önem vermeyi teşvik etmelidirler.

Her ilde ocak personeline hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim için bir AÇS-AP eğitim merkezi kurulmalıdır.

Sağlık ocaklarının AÇS ve AP hizmetlerinde hedefleri şunlar olmalıdır:

1-AÇS ve AP konularında halkı-özellikle kadınları-eğitmek.

2-Çocukların ve gebelerin periodik muayenelerini ve aşılarını yapmak.

3-Gebeliği önleyici etkin yöntemlerin kullanılmasını (hap, kaput) ve uygulanmasını(spiral) sağlamak.

4-Sağlık evi ebeleri, kadınlara gebelik hijyeni ve çocuk bakımı -özellikle çocuk beslenmesi- konularında eğitim yapmalı.

5-Doğumların uygun koşullarda yapılmasını sağlamak.

(Kadın ölümlerini gelişmiş ülkelerdeki kadar azaltmak için, tüm doğumlar hastane ve doğumevlerinde yapılmalıdır. Ülkemizde doğumların %42'si(1983 yılı) hastanede yapılmaktadır. Kişi başına milli geliri bizden

az olan Cüba'da ana ölümlerini gelişmiş ülkeler düzeyine düşürmüştür. Cüba'da gebe kadınlar gebeliklerinin son haftasında köylerden şehre gelmek-
te ve tıbbi nezaret altında misafirhanelerde kalmakta, ağrılar başlayınca hastaneye yatırılmaktadır.

Tüberküloz Savaşı:

Ülkemizde tüberküloz hastalığının toplumsal önemi azalmakla beraber tüberkolaz savaşı titizlikle yürütülmesi gereken bir programdır.

Tüberküloz savaşında kişilerin beslenme, konut, çalışma ve dinlenme durumlarının düzeltilmesi en önemli önlemdir. Bu etkenlerin olumlu hale getirilmesi sağlık bakanlığından çok hükümetin görevidir. Hükümetler herkese insanca yaşayacak bir gelir elde etme olanağı sağlamalıdır. Tıbbi yönden tüberküloz savaşı verem dispanserleri ve sağlık ocakları tarafından işbirliği yaparak yürütülür. Sağlık ocak grup başkanlıklarına bağlı dispanserler, bölgelerinde hastalık teşhis ve tedavi hizmetlerini yönlendirme, risk altındaki gruplarda taramalar yapmakla, sağlık ocağı personelinin hasta bulma ve hasta tedavisi hizmetlerini denetlemek ile görevlendirilmelidirler.

Sağlık ocakları personeli yeni doğanlara ilk BCG aşısını ve ondan sonra beş yılda bir mükerrer aşıları yaparak tüberküloza karşı bağışıklığı yüksek bir toplum geliştirmelidirler. Ocak personeli hasta bulma ve hastaların evde ve ayakta tedavi hizmetlerini öncelikli hizmet olarak yürütmelidir.

Sıtma Savaşı:

Sıtma ülkemiz için önemini kaybetmiş bir hastalık olmakla beraber gerekli önlemler sürekli olarak alınmaz ise, salgınlar çıkabilir. Halen Çukurova bölgesi salgın riski altında olan bir bölgedir. Sağlık ocağı personelinin görevi sıtma vak'alarının erken teşhisi ve bulunan vak'aların tedavisinin sürdürülmesidir.

Sağlık ocağı grup başkanlıklarında ve il sağlık müdürlüklerindeki sıtma savaş uzmanlarının, tanı laboratuvarlarının ve sivrisinek savaş ekiplerinin görevi ocak personelinin hizmetlerini desteklemesi ve denetlemedir.

Diğer Programlar:

Diş sağlığı, ruh sağlığı, kanser savaşı ve diğer kronik hastalıklar için de uygulama programları yapılmalıdır.

Diş sağlığı hizmetlerinde evlerde ve okulda çocuklara diş temizliği ve bakımı eğitimi verilmeli, her sağlık ocağında bir dişhekimisi ve diş tedavi ünitesi olmalı, diş çürüklerinin erken teşhis ve tedavisi gerçekleştirilmelidir.

Diğer hastalıklar ile savaşta erken teşhis ve tedavide görev sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocak grup başkanlıkları ve il sağlık müdürlüklerindeki uzmanlar ve bağlı dispanserler ocak personelini eğitim, destekleme ve teşvik amacı ile denetlemelidir.

Çevre Sağlığı Programı:

Çevre sağlığı hizmetleri çevremizdeki hastalık yapan biyolojik, kimyasal ve fiziksel etmenleri yok etmeyi ve halkı çevremizi sağlık için olumlu tutma yönünde eğitmeyi kapsar. Bu etmenleri yok etmek veya etkisiz hale getirmek için, her eve temiz içme ve kullanma suyu sağlamalı, dışkı, çöp, haşere ve kemiricileri yok edilmeli, besin üretim ve dağıtımını insan sağlığını koruma yönünden denetlemeli, hava, su ve toprağın kimyasal ve radyo-aktif maddeler ile kirlenmesi önlenmelidir.

Bu hizmetlerin çoğu belediyelerce yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Ancak belediyeler bu hizmetleri yürütebilmeleri için gerekli mali kaynak ve teknik personelden yoksundur ve bu nedenle çevre sağlık düzeyimiz, gelişmiş ülkelere kıyasla çok düşüktür. Çevre sağlık koşullarımızın olumsuzluğunda halkımızın sağlık kültürünün de (alışkanlıklar, inançlar, davranışlar) payı büyüktür.

Çevre sağlığı hizmetlerinde belediyelerin yetki ve sorumluluklarını aşan hizmetler de vardır. Örneğin; besin üretim ve dağıtımında Tarım Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı, Fabrika ve benzeri gayri sıhhi müesseselerin açılmasına müsaade etme ve denetiminde Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı ve Sanayi Bakanlığı görevlidir.

Halkın çevrelerini, sağlıkları yönünden olumlu tutmaları için eğitilmelerinde Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıklarının teşkilatından başlanarak herkes görevlidir.

Çevre sağlığı programlarını yürütebilmek için öncelikle alınması gerekli önlemler şunlardır:

(1)-Belediyeler ve Bakanlıklar çevre sağlığı hizmetleri ile ilgili kuruluşlar çevre sağlığı hizmetlerine -mümkün olduğu kadar- çok ödenek ayırmalıdır.

(2)-Sağlık mühendisi, çevre mühendisi, çevre sağlık teknisyeni gibi çevre sağlığı personelinin yetiştirilmesine ve istihdamına önem verilmelidir.

(3)-Her yerleşme yeri için ayrı olarak, elde bulunan para ve personel kaynaklarının-sağlık yönünden önemli konulara öncelik vererek- nasıl kullanılacağı planlanmalıdır.

(4)-Çevre sağlık hizmetlerini tek elde toplamak mümkün değildir. İlgili kuruluşların hizmetleri birlikte yürütmeleri(koordinasyon) şarttır. Ancak Türk bürokrasisi koordinasyonda beceriksizdir. Koordinasyon kuruluna katılan bürokrata tam yetki verilmeli ve kurul kararı ilgili kurumda bakan veya başkan emri olarak kabul edilmeli, yeniden tartışılmadan uygulanmaya başlanmalıdır.

EK:I

TANIMLAR

Yaşa ve cinse özel ölüm hızı, bir yıl içinde belirli bir yaşta ölen kadın veya erkeklerin o yaştaki kadın veya erkeklerin yıl ortasındaki sayılarına bölünerek hesaplanır.

Bebek ölüm hızı, canlı doğan ve bir yıl içinde bir yaşını doldurmadan ölen çocuk sayısı o yıl içinde canlı doğan çocuk sayısına bölünerek hesaplanır.

Ana ölüm hızı, bir yıl içinde gebe iken veya doğumda veya lohusalık döneminde (6 hafta) gebelik ve doğum ile ilgili bir neden ile ölen kadın sayısının o yıl içinde canlı doğan çocuk sayısına bölünerek hesaplanır.

Doğuştan beklenen yaşam süresi, yaşa özel ölüm hızlarının değişmeyeceği varsayılarak hesaplanan doğan çocukların ortalama yaşayacakları süre (yıl).

Yatak işgal oranı hastaların toplam hastanede yattıkları gün hastanenin yatak sayısının 365 katına bölünerek hesaplanır.

Birinci basamak sağlık hizmeti (Primary Health Care) hastaların ilk başvurdukları ve tedavinin ayakta ve evde sürdürüldüğü basamak (örneğin; muayenehane, poliklinikler, sağlık ocağı, dispanser v.b.)

İkinci basamak sağlık hizmeti (Secondary Care, Hospital Care): Hastaların hastanede yatarak tedavi ve bakımı.

Üçüncü basamak (Tertiary Care): Teşhis ve tedavide yüksek teknolojiye gerek olan vak'aların sevk edildikleri hastanelerdeki hizmet.

Hız (Rate) İstatistik biliminde kullanılan bir terimdir. Olgunun nüfusa oranını verir. Oran -terim doğru kullanılırsa- iki olgunun oranı (ratio) dur.

TABLO:1-TÜRKİYE ve DİĞER BAZI ÜLKELERDE
BEKLENEN YAŞAM SÜRELERİ

ÜLKE	YIL	Beklenen Yaşam Süresi(Yıl)	
		Doğuşta.	Beş Yaşında
Türkiye	1940-1945	31	48
Türkiye	1950-1955	44	58
Türkiye	1960-1965	52	63
Türkiye	1970-1975	59	65
Türkiye	1985-1990	65	66
Etimesgut	1987	73	75
A.B.D.	1983	75	70
İsveç	1983	77	72
Batı Almanya	1983	74	70
Küba	1978	73	70
Suriye	1983	64	65
Irak	1983	59	.
Bangladeş	1983	55	.
Habeşistan	1983	42	.
Sirilanka	1983	33	.

TABLO:2-TÜRKİYE'DE ve DİĞER BAZI ÜLKELERDE
ANA ÖLÜM HIZLARI

Ülke veya Bölge	Yıl	Ana Ölüm Hızı(Yüzbinde)
Türkiye	1975	207
Türkiye IIM	1987	17
Çubuk	1977-1980	213
Çubuk	1981-1986	57
Etimesgut	1967-1971	73
Etimesgut	1981-1987	17
A.B.D.	1980	9
İsveç	1982	4
Yunanistan	1982	12
Batı Almanya	1983	11
İsrail	1983	2

(IIM):İl ve İlçe Merkezleri

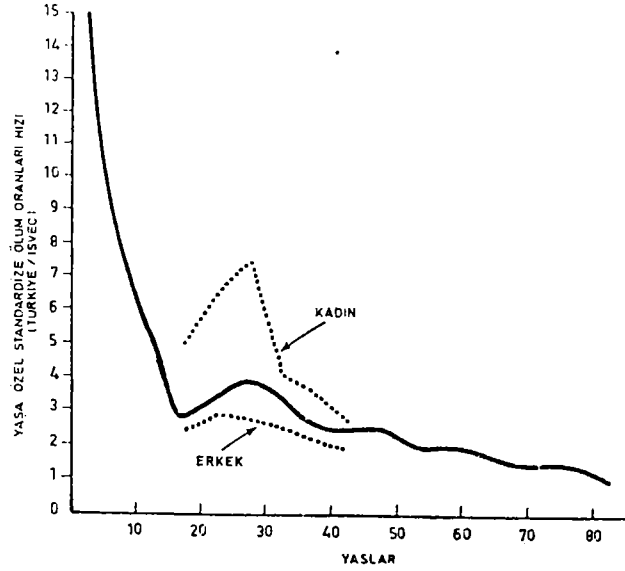
TABLO:3
TÜRKİYE'DE ve DİĞER ÜLKELERDE
BEBEK ÖLÜM HIZLARI

TÜRKİYE	YIL	BEBEK ÖLÜM HIZI(Binde)
Türkiye	1945	274
Türkiye	1955	224
Türkiye	1965	169
Türkiye	1973	150
Türkiye	1978	134
Türkiye	1983	95
Türkiye	1988	77
Türkiye Kent	1983	58
Türkiye Kırsal	1983	125
Türkiye Doğu	1983	119
Türkiye Batı	1983	81
Türkiye Etimesgut	1967	142
Türkiye Etimesgut	1977	72
Türkiye Etimesgut	1987	29
Türkiye Çubuk	1976	159
Türkiye Çubuk	1986	55

Tablo 4 — Türkiye'de İl ve İlçe Merkezleri ile İsveç'te Çeşitli Yaş Gruplarında En Çok Öldüren Beş Hastalık

Yaş Grupları	Türkiye (1979)	Hız	İsveç (1978)	Hız
0 - 4	Pnömoni	573	Konjenital anomaliler	60
	Diyare	329	Perinatal ölüm nedenleri	59
	Neonatal dönem hasttl.	301	Kalp hastalıkları	11
	İnfeksiyon hastalıkları	274	SS ve D.O. hastalıkları	9
	Kalp hastalıkları	63	Neoplazmlar	6
5 - 14	Kazalar	19	Kazalar	10
	Pnömoni	11	Lösemi	3
	Kalp hastalıkları	9	Diğer neoplazmlar	3
	Diyare	4	İnfeksiyonlar	2
	İnfeksiyon hastalıkları	1	SS ve D.O. hastalıkları	2
15 - 44	Kazalar	13	Kazalar	47
	Kalp hastalıkları	21	Neoplazmlar	17
	Neoplazmlar	17	Kalp hastalıkları	11
	İnfeksiyon hastalıkları	13	SS ve D.O. hastalıkları	2
	MSS damar lezyonları	10	Diyabet	2
45 ve üzeri	Kalp hastalıkları	1148	Kalp hastalıkları	1197
	Neoplazmlar	260	Neoplazmlar	602
	MSS damar lezyonları	244	MSS damar lezyonları	291
	Kazalar	51	Kazalar	127
	İnfeksiyon hastalıkları	45	Pnömoni	86

Hız : Yüzbinde.



Şekil 7 — Türkiye'de Yaşla Özel Standardize Ölüm Hızları.

TABLO:5-TÜRKİYE'DE 1927-1987 YILLARI ARASINDA SAĞLIK PERSONELİ
ve SAĞLIK PERSONELİ SAYISINDA GÖZLENEN GELİŞME

Sağlık Personeli ve Sağlık Tesisi	1927		1960		1972		1987	
	Sayı:	Oran:	Sayı:	Oran:	Sayı:	Oran:	Sayı:	Oran:
Hekim	1059	12842	9826	3829	17579	2133	38829	1360
Hemşire	139	97842	2420	11488	10767	3482	34855	1516
Ebe	347	39139	3126	8893	12028	3118	21982	2404
Sağlık Memuru	1036	13127	3890	7146	10130	3702	12352	4278
Hastane Sayısı	42	----	566	.	768	.	811	.
Hastane Yatak Sayısı	3615	3762	45807	607	93603	401	128146	412
Verem Dispanseri	0	----	106	.	229	.	249	.
Sağlık Ocağı	0	----	0	.	872	.	3084	.
Tıp Fakültesi	1	.	3	.	7	.	24	.
Hekim-Dışı Personel								
Okulları	4	.	23	.	68	.	84	.

Oran:Kişi başına düşen personel veya hastane yatak sayısı.

TABLO:6-GEÇİTİLİ ÜLKELERDE SAĞLIK HARCAMALARI

ÜLKE	YIL	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Avustralya	1960-61	1236	4.9	26	74	39
Fransa	1963	1079	4.2	25	48	40
İsveç	1962	1420	4.9	21	94	21
İngiltere	1961-62	1180	4.0	20	58	14
A.B.D.	1961-62	2365	5.5	7	161	48
Şili	1961	541.	5.6	16	37	57
Avustralya	1984	11740	7.6	.	892	.
Fransa	1984	9760	8.0	.	780	.
İsveç	1984	11860	9.2	.	1091	.
İngiltere	1984	8570	6.1	.	522	.
A.B.D.	1984	15390	10.9	.	1677	.
Batı Almanya	1984	11130	9.3	.	1035	.
Türkiye	1985-86	1160	5.2	3	63	81

(1) Kişi başına milli gelir(Dolar)

(2) Sağlık harcamasının Gayri Safi Milli Hasılaya Oranı(Yüzde)

(3) Hükümetin sağlık harcamasının genel bütçeye oranı(yüzde)

(4) Kişi başına yıllık sağlık harcaması(Dolar)

(5) Hastaların doğrudan yaptıkları sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı(yüzde)

TABLO:7

KİŞİYE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN HARCANAN PARANIN
KURUMLARA GÖRE DAĞILIMI(Yüzde)

Ülkeler:	Yıl	Hükümet	Zorunlu Sigorta	Diğer Kurumlar	Kişi Doğrudan
Avustralya	1961	49.5	2.4	8.2	39.9
Kanada	1961	17.7	29.0	15.8	37.5
Çekoslovakya	1961	85.2	5.7	1.5	7.6
Fransa	1963	12,1	69.4	7.7	10.9
Hollanda	1963	14.0	46.0	4,5	35.5
Polonya	1961	77.9	-	-	22.1
İsveç	1962	64.6	12.8	-	22.6
İngiltere	1962	84.4	-	0.6	15,0
A.B.D.	1962	19.8	1.7	28.4	50.1
Yugoslavia	1961	5.7	80.9	7.9	5.5