

**GÖZLEM ve GÖRÜŞLER****2000'e DEK HERKESE SAĞLIK:  
HEPİMİZ SORUMLUYUZ!***Dr. Muzaffer ESKİOCAK\*, Dr. Ahmet SALTİK\*\****GİRİŞ**

2000 yılına çok az bir süre kala, "2000 Yılına Dek Herkese Sağlık" (Health for All by the Year 2000-HFA 2000) hedefinden oldukça uzak olduğumuz açıktır. Bu yazının, anılan süreçte ilgili kesimlerin sorumluluklarına değin bir anımsatma olarak algılanması ve artık bir eylem başlatması dileğimizdir. Gerçekten, 1978'de Alma-Ata'da Türkiye dahil 134 ülkenin ve sağlıkla ilgili 67 uluslararası kuruluşun Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde benimsenen bu evrensel hedefin ve uluslararası anın (2000 Yılına Dek Herkese Sağlık!) gereklerinin yerine getirilmesi bağlamında ciddi ihmallerimiz, hatta sapmalarımız olduğu tartışma dışıdır. Dolayısıyla konunun, tarafların sorumluluklarını vurgulamak bakımından bir kez daha gündeme getirilerek irdelenmesi yerinde olacaktır.

Hemen anımsatalım ki; 1978'den bu yana geçen 2 onyıllık zaman diliminde, özellikle sağlık ekonomisi alanında yapılan bilimsel araştırmalar; sağlıklı insanın ekonomik, sosyal, kültürel kalkınma ve gelişmede üstlendiği yaşamsal rolü daha da netleştirmiştir. İnsana dönük yatırımların en verimli ve birincil öncelikli yatırım alanları olduğu ortaya konmuş ve kabul görmüştür. Çok açıktır ki, insana dönük yatırımların başında sağlık ve eğitim alanları gelmektedir. Öyle ki, sağlıklı olmayan kitlelerin eğitimleri de güçleşmektedir. Dolayısıyla, günümüzde sağlıklı insan ve giderek toplumun savunulması olgusu, salt etik düzlemde yerleşik değildir. Beraberinde, ilki ölçüsünde köklü bir diğer gerekçe düzlemi daha vardır ki; o da **ekonomik düzlem**dir. Dünya kaynaklarının en verimli kullanımı yoluyla elde edilecek insan erinç ve gönenci sağlıksız toplumla olanaksız olduğu gibi; bu hedefin yakalanmasında sağlık yatırımları en temel itici güç konumuna taşınmıştır. Bu çıkarımın ülkemiz için de geçerli olduğu kuşkusuzdur.

Bu yüzden de, başta politikacılar olmak üzere ilgili kesimlerin yazımızda dikkati çektiğimiz noktalarda bilgilendirilmelerini adamakıllı önemsiyoruz.

**DEVLETİN SORUMLULUĞU**

**Sağlık Politikası:** Sağlık hizmetleri üretimi ve sunumu ile ilgili politikaların hükümet değil, **ulusal nitelikli devlet politikası** olarak benimsenmesi ve her hükümet değişikliğinde tartışma konusu olmaktan çıkarılması gereklidir. Devletler, salt devlet olmaktan kaynaklanan bir sorumlulukla tüm yurttaşlarının nitelikli ve eşit sağlık hizmeti almasını şu ya da bu yolla gerçekleştirmek yükümlülüğündedirler.

**Örgütlenme bağlamında:** Devletin bu temel yükümlülüğünü yerine getirmesi için, halen var olan 224 sayılı yasa yeterlidir. 2000'e üç kala yeni politikalar için zaman olmadığı gibi, bu çaba gereksizdir de. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın gereği olan Sağlık Ocakları, nüfusa göre yeterli sayıya çıkarılmalıdır. Özellikle kentlerdeki açık hızla giderilmelidir. Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri ve diğer sağlık kurumlarının kurulacakları yerler politik yeşilemelerle değil; nüfus, coğrafi erişim ve hizmet gereksinimleri gözönüne alınarak seçilmelidir. Sağlık Grup Başkanlıkları, yasada öngörüldüğü gibi kurulmalı ve işlevsel olabilecekleri kadroyla donatılmalıdır. Yasada yapılacak birkaç güncelleme düzenlemesi yeterli olacaktır.

**Sağlık yönetimi bağlamında :**

1. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, yönetici niteliklerle donatılmış hekimlerin önderliğinde çalışacak ekiplerce yürütülmelidir.

2. Sağlık yöneticileri liyakat (merit) sistemine göre, yönetici nitelikleriyle donatılmış hekimlerden atanmalı,

\* Yrd. Doç., Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

\*\* Prof., Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

görevden alınmayı gerektirecek ölçütler açıkça belirlenmeli ve yönetim görevi için özendirici ek bir ücret ödenmelidir.

3. Görev yerlerinde çalışma süresi olarak belirlenecek en az (asgari) süreden daha kısa bir sürede görev yeri değişikliğine izin verilmemelidir.

4. Sağlık yöneticileri asil olarak atanmalıdır.

5. Sağlık hizmetleri sunumunda, toplumun yönetime katılması süreciyle, planlama her düzeyde gerçekleştirilmeli ve o bölgenin insanları ve kurumlarıyla paylaşılmalıdır.

6. Sağlık düzeyi ölçütlerinin izlenmesiyle yönetimin performansı sürekli değerlendirilmelidir.

7. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde merkezi yönetimin ağırlığı karşısında yerel yönetimlerin özerklik alanı belirlenmelidir.

8. Tüm sağlık personeli atamalarında yerel sağlık yönetiminin, ilgili meslek örgütlerinin görüşleriyle belirlenmiş yerel standart kadrolar gözönüne alınmalı; kişi, kurum veya politik görüşler dahil tüm kayırmaların önüne geçilmelidir.

9. Varolan tek amaçlı (monovalan) yapılanmaların (AÇS, VSD, vd.) sistemle bütünleşmesi sağlanmalıdır.

10. Yukardan aşağı olduğu ölçüde, aşağıdan yukarı ve yatay iletişim ve işleyişin olanaklı kılınması için gerekli mekanizmalar kurulmalıdır (matris organizasyon yapısı).

#### Sağlık insangücü bağlamında:

1. Sağlık Bakanlığı, çalıştıracağı sağlık ve diğer personelin görev analizi -gerekliyorsa- yeniden belirlenmeli, uygun nitelikte olmayan personelin istihdam edilmeyeceği normunu yerleştirmelidir. Belirlenecek normlar, bu insangücünü yetiştiren kurumların eğitim politikalarında karşılığını böylece bulacaktır, bulmalıdır.

2. Sosyal hizmet uzmanlarının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışabilmeleri için kadro verilmelidir.

3. Dört yıllık hemşirelik yüksek okulu mezunlarının 224 Sayılı Yasada tanımlanan Halk Sağlığı Hemşireliği işlevini yerine getirebilmeleri için kadro verilmeli ve gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır.

4. Tıbbi Sekreterlik ve Dökümantasyon mezunlarının, eğitimlerine uygun kadrolarda istihdamı için öncelikli olmaları sağlanmalıdır.

5. Çevre Mühendislerinin sağlık ekibine katılmalarını sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

6. Başta Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışanlar olmak üzere tüm sağlık personelinin kendilerini yeniden üretebilmelerini sağlayacak (ekonomik, sosyal, moral, sürekli eğitim ve hizmetiçi eğitim için) destek sağlanmalıdır. Uzmanlık dışında da kariyer gelişimi (carier development) olanağı olmalıdır.

7. Yarı zamanlı (part-time) çalışma tümüyle ve bir daha geri getirilemeyecek biçimde derhal kaldırılmalı, **tam gün**

çalışmanın özendirilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

8. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışma, belirlenecek ölçütlerde sağlanan iyileşme ölçüsünde, bazı alanlarda uzmanlaşma için avantaj sağlamalıdır. Bu alanlar Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Halk Sağlığı, İşçi Sağlığı, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz, Adli Tıp ve Acil Servis Hekimliği.. olarak düşünülebilir.

9. Mezuniyet sonrasında 2 yıl TUS'a girilememeli, bu hizmetin uygun ölçütlerle TUS sınavına katkısı sağlanmalıdır. Bugün için 1. Basamak Sağlık Hizmeti'nin başarı ve verimliliğinin önündeki en temel engellerden biri TUS'tur. TUS hem mezuniyet öncesinde nitelikli ve güdülenmiş 1. Basamak hekimi yetiştirilmesini engellemekte; hem de hizmet sırasında TUS hazırlığı, adeta çok önemli ölçüde hizmet ile yarışmacı bir ketlemeye (kompetitif inhibisyona) neden olmaktadır. 2 yıl TUS'a girememe ve bu dönemde aynı yerde çalışma hem personel dolaşım hızını (sirkülasyonunu) azaltacak, hem de belli bir başarıyı TUS için önkoşul ve katkı kılacaktır.

#### Finansman bağlamında:

1. Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay % 10'dan aşağıda olmayacak biçimde artırılmalıdır.

2. Sağlık harcamalarında kamunun payı, -vergi adaletinin sağlanması önkoşuluyla- aşamalı olarak % 70'e çıkarılmalıdır.

3. Sağlık Bakanlığı bütçesinden Temel Sağlık Hizmetlerine ayrılan pay artırılmalıdır.

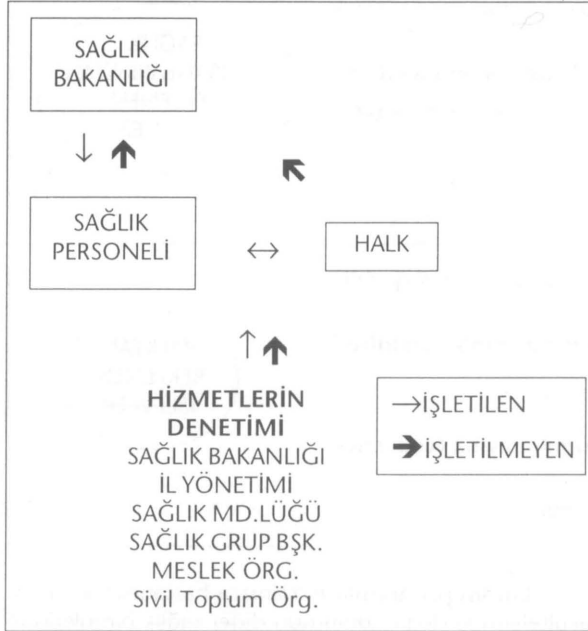
4. Bütçede Sağlık Bakanlığı'na ayrılan payın illere ve kurumlara göre dağılımı, bütçe karara bağlanmadan önce kamuoyuna ilan edilmelidir (saydam yönetim).

5. Stratejik öneme sahip tıbbi ürünlerin (aşılar, temel ilaçlar..) kamu tarafından üretimi ve sağlanması için bütçede zamanında kullanılacak nitelikte ödenek ayrılmalıdır. Bu konularda -Türk Silahlı Kuvvetleri dışında- halen ulusal ölçekte lojistik planlarımızın olmayışı önemli bir eksikliğimizdir.

6. Birinci Basamak Sağlık kuruluşlarında çalışanlara, hastanelerde çalışan aynı nitelikteki personele verilen döner sermaye ödentsine denk düşecek ek bir ödeme yapılmalıdır.

Bu kapsamda **vergi adaletinin** sağlanması büyük önem taşımaktadır. Sistem, ödeme gücü olanlardan finansman sağlamaya açık olmalıdır. Vergi adaletinin sağlanması hiç kuşku yok kayıt dışı ekonomiyi disiplin altına almayı da kaçınılmaz olarak içermektedir. Bu başarılabilirse, genel anlamdaki yapay kamusal kaynak kıtlığı sıkıntısı aşılabilecektir. Öte yandan, gelir vergisi rejiminde adalet sağlanmaksızın kamunun sağlık harcamalarına artan katkısı, bir anlamda, halen vergi veren -ya da devletin vergi alabildiği- kesimlere sağlık hizmetlerinin finansman yükünü yıkacaktır ki; bu hiç de özlenen bir durum değildir.

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinde İşletilen ve İşletilmeyen İletişim Kanalları



#### HİZMETİ SUNANLARIN SORUMLULUĞU

1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin tanımlandığı YAŞAM HAKKI'nın gerçekleştirilmesinde; insanların SAĞLIK HAKKI konusunda bilgilendirilmesi, bu hakkın izleyicisi ve ısrarlı isteyicisi olmaları konusunda sağlık personelinin eğitici işlevi, günlük tıbbi uygulamanın tamamlayıcı bir parçası olmalıdır.

2. Sağlık çalışanlarının konumlarının, kendilerini gerçekleştirmek için en uygun yer olduğundan hareketle, edindikleri bilgi ve becerileri toplumdan esirgememeleri gereklidir.

3. Sağlık çalışanları, bilgi ve beceri donanımlarını hizmete uygunluk yönünden sürekli olarak değerlendirmeli, eksikliklerini tamamlamak için sağlık yönetimi ve meslek örgütlerinden uygun istemde bulunmalıdırlar.

4. Hizmet sunmalarına engel koşulların düzeltimi için sağlık yönetimini zorlamalı; sorunlarını meslek örgütleriyle, halkın örgütlenmeleriyle paylaşmalıdırlar.

5. Hizmetin planlanması ve yönetimine **toplumun katılımını** sağlamak için özel bir çaba göstermeli, sorunların çözümünde bu süreçten yararlanmalıdır.

6. Sorunların(in) çözümünde doğru adrese yönelmeli, toplumların haklarını koruyup geliştirmenin sonuçta kendi haklarının korunup geliştirilmesiyle örtüştüğünün bilincinde olmalıdırlar.

7. Temel Sağlık Hizmetlerine istemin oluşturulması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasının, görevlerinin en önemli öğelerinden biri olduğunu bilmeli ve bu görevi titizlikle yerine getirmelidirler.

8. Meslek örgütlerinde örgütlenme aracılığıyla Ulusal Sağlık Politikasının yönetimine, yerel sağlık hizmetlerinin denetimine katılmalıdırlar. Halkın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde asıl yükümlün sağlık personelinde olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

#### TOPLUMLARIN SORUMLULUĞU

1. Sağlıklı yaşamın doğuştan kazanılan bir hak ve ödev olduğu bilinciyle, hizmet alma haklarını kullanma ve arama davranışını göstermelidirler.

2. Sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanabilecekleri ve gereksinimleri konusunda görüş bildirme hakları ve ödevleri olduğunu, bunu halen **Sağlık Ocakları Sağlık Kurullarında** temsilcileri aracılığıyla yapabileceklerini bilmelidirler.

3. Sağlık hizmeti alma haklarının sürekli ve etkili bir biçimde gerçekleşmesi için hizmet sunanlarla işbirliği içinde oluşun önemini kavramalı ve onları desteklemelidirler.

4. Yaratılan tüm olumsuzluklara karşı Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin kendi yararları için temel olduğunu ve bu hizmetleri veren kurumların terkedilmemesi gereken kazanılmış önemli mevziler olduğunu bilerek davranmalıdırlar.

5. Sağlık hizmetlerinde yaşanan olumsuzlukların temel nedenlerinin hizmeti sunanlar değil; kamusal sağlık kurumlarını hizmet sunamaz duruma getirmek için çalışan üst düzeyde politik karar sahipleri olduğunu bilmelidirler. Yanlış hedef seçmemelidirler.

6. Sağlık hakkının gerçekleştirilmesi için ülkemiz olanaklarının yeterli olduğu, sağlığa kaynak aktarımının ve ya aktarmamanın açıkça politik bir yeğleme (tercih) olduğu, Sağlık hizmetlerini özelleştirmenin ülkemizde diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da varolan eşitsizliklerin daha da derinleşmesine yol açacağını bilmelidirler.

7. Özelleştirmenin kamuoyunda çözüm gibi algılanması için, yıllardır sürdürülen **kamu sağlık kurumlarının çökertilmesi**, halkın ve sağlık çalışanlarının sorunlarına duyarız kılınması ile derinleştirilen "Sağlık hizmetlerinde bunalımın tek çözüm yolu özelleştirme, rekabettir, aile hekimliğidir" tezgahına düşülmemelidir. Sözde küreselleşmenin, 2. ve 3. Dünya ülkelerini zenginlerin sömürgesi kılma yolunda geliştirilen politikaların son sürümü (versiyonu) olduğunu görmelidirler. Sağlıkta özelleştirmenin, genel sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulamalarının bu alanda daha çok ulusal kaynak tüketimi ancak daha çok eşitsizlik doğuracağını anlamalıdırlar.

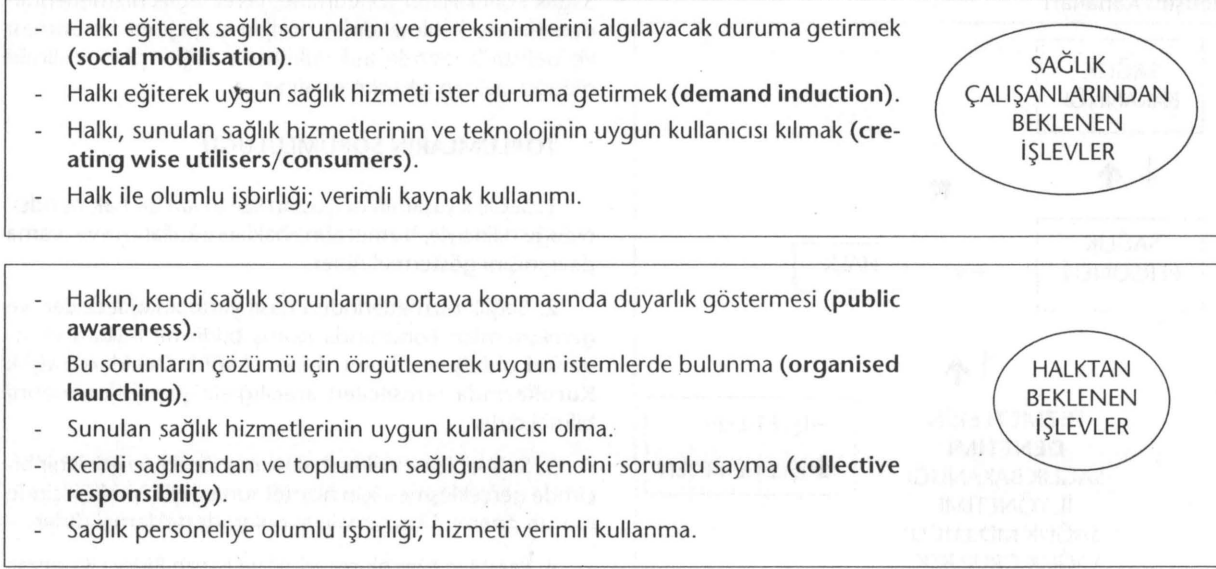
8. Örgütlenerek sağlık haklarını koruyup geliştirmeli; örgütleriyle sürecin aktif birer katılanı olmalıdırlar.

Şekil 2'de, sağlık çalışanlarıyla halkın karşılıklı beklenti örüntüsü özetlenmektedir.

#### MESLEK ÖRGÜTLERİNİN SORUMLULUĞU

1. Meslek üyelerinin hizmet üretim ve sunum sürecini,

Şekil 2: Sağlık Çalışanlarının ve Halkın Birbirinden Karşılıklı Beklentileri



etik değerler ve varolan ulusal ve uluslararası (ya da ulusüstü) hukuk kuralları çerçevesinde izlemelidirler.

2. Ulusal Sağlık Politikasının halkın sağlık sorunlarını çözme ve genel sağlık düzeyini yükseltme amacına uygunluğunu izlemelidirler.

3. Yerel sağlık yönetiminin hizmetlerini taşra örgütleri aracılığıyla izlemeli, değerlendirmeli, gerekli uyarı ve yardımı yapmalı; gereğinde danışmanlık hizmetleri vermeli-dirler.

4. Meslek üyelerinin sürekli eğitimlerini sağlamak üzere çalışmalar yapmalı ve yapılmakta olan çalışmalarını izlemelidirler.

5. Bölgelerinde başta hekim olmak üzere sağlık çalışanı istihdamı ve dağılımı gereksinimini belirlemeli; bu alanda normlar geliştirmelidirler.

6. Bölgelerinde sağlık hizmeti sunmak üzere alımı planlanan yüksek teknoloji ürünü araç ve gereç gereksinimi ve dağılımını belirlemeli; bu alanda normlar geliştirmelidirler.

7. Halkı; sağlık hakkı, sağlık hizmeti istemi, izlenecek sağlık politikalarının hedefleri.. gibi temel noktalarda eğitmeli; onları sağlık sisteminin aktif taraflarından kılmalıdır.

#### SAĞLIK ÇALIŞANI YETİŞTİREN KURUMLARIN SORUMLULUĞU

Tıp Fakülteleri, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları, Sağlık İdaresi Yüksek Okulları, Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu, Hemşirelik Yüksek Okulları ... gibi kurumlardan beklenenler aşağıda özetlenmektedir :

**EDİNBURG TIP EĞİTİMİ BİLDİRGESİ** - 1988'de belirtildiği biçimde;

**1. Eğitim programları:** Yalnızca hastanelerde ve tıp fakültelerinde değil, toplumun diğer sağlık birimlerinde ve halkın yaşadığı ortamlarda yaygınlaştırılarak yürütülmelidir.

**2. Eğitim programlarının içeriği:** Ulusal sağlık sorunlarına dönük olmalı ve ülkenin olanaklarıyla uyumlu olmalıdır.

**3. Aktif eğitim-öğretim:** Yaşam boyu eğitim sürmeli ve eğitilene aktifleştiren küçük grup çalışmaları, yaygın olan pasif yöntemlerin yerini almalıdır (etkileşimli, interaktif eğitim!).

**4. Sosyal değerler:** Program ve sınavlar yalnızca bilginin saklanması anımsanmasını değil; mesleki beceri ve sosyal değerleri de geliştirecek biçimde hazırlanmalıdır.

**5. Eğitimde başarı:** Tıp öğretmenleri yalnızca bir konuda uzman değil; alanlarının eğiticileri olarak da yetiştirilmelidir (pedagojik, androgojik formasyon).

**6. Hastalıklardan korunma:** Hasta bakımı eğitiminde sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma özelliği ve önemle vurgulanmalıdır (sağlık bakımı).

**7. Sorun çözme:** Kuramsal ve uygulamalı eğitim elele yürütülmeli ve klinik ve toplum içinde sorun çözümü, bir öğretim yöntemi olmalıdır (**Problem Oriented Medical Education-POME**).

**8. Tıp öğrencisi seçimi:** Yalnızca zeka yetenekleri ve akademik başarıların değil; kişisel niteliklerin değerlendirilmesine de önem verilmelidir.

**9. Ortak politikalar :** Sağlık, Ulusal Eğitim Bakanlıkları



ve toplum sağlığı hizmetleriyle ilgili diğer tüm birimler işbirliği içinde olmalıdır.

**10. Öğrenci kontenjanları :** Ulusal hekim gereksinimi ile orantılı olmalıdır (Hekim işsizliğine dikkat!!).

**11. Ekip çalışması :** Tıp öğrencileri, diğer sağlık ve yardımcı sağlık meslekleri ile öğretim, araştırma ve hizmet alanlarında ortak çalışmalar yapabilecek biçimde, bir ekibin elemanı olarak yetiştirilmelidir.

**12. Sürekli tıp eğitimi :** Sorumluluk ve kaynaklar belirlenmeli ve mutlaka gerçekleştirilmelidir.

### SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİNİN SORUMLULUĞU

Meslek Örgütleri, Vakıflar, Yardımlaşma Sandıkları, Tüketici Hakları Dernekleri, Sendikalar, Sağlık Kooperatifleri, Çevre Koruma Dernekleri, İnsan Hakları Dernekleri...

1. **Sendikalar** toplu sözleşme görüşmelerinde temsil ettikleri çalışanların Sağlık Hakkını korumak ve geliştirmek için özel çaba göstermelidir. **Türk Tabipleri Birliği**'nin çabalarıyla bugünkü aşamaya getirilebilen İŞYERİ HEKİMLİĞİ birikim ve kazanımının, iş ve işçi sağlığına beklenen katkısının sağlanabilmesi ve artırılmasının; yalnızca hizmeti sunanların niyet ve becerileriyle ilişkili olmadığının bilinciyle, hizmet alıcılarının temsilcisi kimliğiyle sürece aktif olarak girmelidirler.

2. Yaşam hakkına doğrudan saldırıların yoğunluğunun şaşırtıcı yönlendirmesinden hatta saptırmasından sıyrılmalı; **sağlık hakkına** saldırıları da önemsemelidirler. **sağlık hakkına** saldırı ülkemizde tüm toplumun sorunudur ve önemli düzeyde morbidite ve mortaliteden sorumludur.

3. Sağlık hizmeti gereksinimlerin bu gereksinimi karşılamada karşılaştıkları güçlüklerin çözümü sürecine katılmak, tüm sivil toplum örgütlerinin görev olarak algılamaları gereken bir davranış olmalıdır. Tıbbi uygulamaların teknik niteliği ve özgüllüğü, bu alanı dokunulmaz kılamaz; hizmet kullanıcılarının ve dolayısıyla örgütlerinin, sağlık hizmetlerinin sosyal yönünü baskılayamaz, baskılamamalıdır.

4. Halkın sağlık eğitimine katkıda bulunmak için etkinlikte bulunmalıdırlar.

### MEDYANIN SORUMLULUĞU

Gazeteler, televizyonlar, radyolar, dergiler, kitaplar, senaristler, sanatçılar, elektronik yayınlar, internet...

1. Medya organları genel olarak kuruluşlarını ve çalışmalarını düzenleyen yasalarla, yayınlarının belli bir bölümünü sağlık programlarına ayırmak zorundadırlar. Ancak bunu yerine getirirken bir zorlamanın baskısıyla değil, bir sorumluluğun yerine getirilişi olarak program zamanı ve içeriğini belirlemelidirler.

2. Halkın sağlık eğitiminde yazılı, görsel ve işitsel kanallarla yayın yapan bu kuruluşların ulaştığı kitlenin büyüklüğü gözönüne alındığında, içeriğe ne denli dikkat edilmesi gerektiği açıktır. Sansasyonel habercilik değil, eğitime yarımcı olacak sorumlu, bilimsel bir içerik yetiştirilmelidir.

3. Sağlık haberciliği konusunda ulusal düzlemde TTB, üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı ile ortak bir eğitim programı oluşturmalıdırlar.

4. Yerel düzlemde Tabip Odalarıyla ilişki kurarak işlevsel bir danışmanlık süreci kurma ve bunun kurumsallaşması çabasına girmelidirler.

### ULUSLARARASI TOPLUMUN SORUMLULUĞU

Dünya küçülmüştür. Sağlık sorunları artık ülkelerin yapay sınırları içine hapsedilememektedir. Barış içindeki güvenli bir dünyanın kaçınılmaz gereksinimlerinden biri de sağlıklı bir dünya toplumdur. Bu olgu BM Ana Sözleşmesi'nde de kabul görmüştür. Dolayısıyla BM başta olmak üzere DSÖ, UNICEF, ILO, FAO, Dünya Bankası, IMF, UNDP, US-AID, UNFPA, UNESCO ... gibi sağlıkla doğrudan-dolaylı uluslararası ilgili kuruluşlar; sağlıkta eşitsizlikleri azaltıcı politikaları eksen almalı, öncelikli sa-yıp desteklemelidir. Teknoloji, insangücü, bilgi, araç-gereç değişim ve desteği insanlı ve akılcı biçimde sağlanmalıdır. Gelişmişler gelişenlere destek sağlamalıdır. Örn. ABD'nin polio'yu eradike etmiş olması ona yetmemelidir; yetmemektedir de! Her an polio ithali riski yaşanmaktadır. 1978'de Alma-Ata'da edilen uluslararası yemin; "2000'e Dek Herkese Sağlık" içerikliydi. Bu hedefi serap olmaktan çıkarmanın vazgeçilmez bir yolu da içtenlikli bir uluslararası dayanışma, Sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanılması ve uluslararası ölçekte sağlıkta eşitsizliklerin en aza indirilmesi; üçüncü bin yıl insanının hayır diyemeyeceği bir özlem olsa gerek.

Ne var ki, -yineleme pahasına da olsa- bir kez daha altını çok kalın çizgilerle çizerek vurgulayalım ki; bu özlemin önündeki en büyük engellerden birisi, yeni dünya düzeni adı altında sunulan sözde küreselleşme politikalarının sağlık ve diğer ekonomik, toplumsal alanlara son derece olumsuz yansımalarıdır. Gelir dağılımını iyice bozan, işsizliği artıran, yoksulluğu derinleştiren ve yaygınlaştıran bu politikalar; eğitim ve sağlık alanında ciddi fırsat eşitsizliklerine yol açmaktadırlar, açmışlardır ve daha da açacaklardır. Bu bakımdan, son 30 yıldır izlenen bu yanlış yoldan artık dönülmelidir. Üçüncü bin yılın uygar insanı, bu bilimsel olgunluğu ve etik sorumluluğu göstermek gibi bir tarihsel-insansal sorumlulukla karşı karşıyadır.

**2000'e DEK HERKESE SAĞLIK:  
HEPİMİZ SO RUM LU YUZ!**

### SONSÖZ YERİNE

İsa'dan bu yana uygarlığının üçüncü bin yılına koşan

insanlık, ne yazık ki önemli sağlık sorunlarını da bu milenyum (binyıl) taşıyor. Üstelik, sorunlar ajandasında sağlık sorunları pek üst sıralarda da değil.. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde "önce sanayileşme sonra sağlık" dogması acımasızca egemen. İşin ilginç, halk yığınlarının da gündemlerinde öncelikli değil sağlık sorunları.. Çünkü pek bir şey yapılamayacağı yargısı yazgıcı biçimde egemen.. Onlar kanıksanmış ve birlikte yaşamaya alışılmış.. Bunlara bir de yeni dünya düzeni kapsamında sağlıkta özelleştirme baskısı eklenince, son yıllarda sağlıkta eşitsizlikler daha da arttı. Dahası, sağlıkta derinleşen eşitsizlikleri önemsemeyen çevrelerin başları, beklemedikleri biçimde ağrımaya başladı.. Örn. tüberküloz ciddi bir artışa geçti.. Bulaşıcı ve salgın hastalık epidemileri yalnızca etkilenenleri rahatsız etmekle kalmıyor; egemenlerin de uykularını kaçırıyor; her 3 ölümden 1'i bulaşıcı hastalıklardan!..

Öte yandan sağlık alanında gelişen teknoloji giderek daha pahalıya mal oluyor.. Sağlığa ayrılan kaynaklar ulusal gelirden giderek daha çok pay alıyor.. Hatırı sayılır büyüklüğe ulaşan bu kaynakların sınırlandırılması ve kaçınılmaz olarak akılcı kullanımı gerekiyor. Tüm bu dinamikler, sağlıkla ilgili tüm çevreleri yeni baştan düşünmeye ve yeni düzenlemelere itiyor. Bizim de sunulan yazıda söylemek istediğimiz bunlar zaten...

#### AKLIMA TAKILAN KİMİ SORULAR

- Türkiye insanının sağlık düzeyi ülkenin genel gelişme düzeyinin neden çok gerisinde?
- Hükümetler neden Sağlık Bakanlığı bütçesini % 3'ler dolayında tutuyor?
- 1978'de Alma-Ata'da tüm insanlarımıza 2000'e dek temel sağlık hizmetlerini götürme sözü verdiğimiz halde neden gereği yapılmıyor?
- Türkiye'nin ulusal sağlık politikası olarak yasayla benimsendiği halde ve **224 sayılı yasanın** halen yürürlükte olmasına karşın; herkese eşit sağlık hizmetini temel ilke edinmiş bu politika neden uygulanmıyor?
- Sağlık Bakanlığı'nın güdük bütçesinin neden son derece yetersiz, komik bir bölümü koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılıyor?
- Sağlık Bakanlığı kolerayı neden her yıl ısrarla ve basıyla saklıyor?

- Neden hala kızamıktan, ishalden bebek ve çocuklarımız ölüyorlar?

- Sağlık olanakları bakımından bölgelerarası farklar neden dev boyutlarda?

- Hekim işsizliğinin sorumluları nerede?

- Ve bizim -yer darlığından- yazamadığımız ama sizlerin her gün yaşadığı, boğuştuğu, çözüm için çıkış aradığı.. aklına takılan onlarca belki de yüzlerce soru daha..

#### KAYNAKÇA

**Social Challenge to Health (1996):** Equity and Patients Rights in the Context of Health Reforms. 5th Conference of European Health Ministers, Warsaw.

**Hasta Hakları Seminer Notları,** 2-3 Mayıs 1997, İstanbul.

**Eren N.(1982).** Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Ün. Toplum Hekimliği Bölümü Yay. no. 18, Ankara.

**WHO Working Group.(1989)** The Role of Primary Health Care in Changing Life Styles. Rovigo, Italy.

**Öztek Z.(1986).** Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD Yay. no. 86/33 Kısa Dizi no 1, Ankara.

**WHO Working Group.(1991).** The Contribution of Family Doctors/General Practitioners to Health For All. Perugia, Italy..

**WHO Working Group.** District Health Systems in Action -Ten Years After Alma-Ata- Experiences and Future Directions. Neubrandenburg, German Democratic Republic.

**Saltık A.(1996).** Çağdaş Sağlık Anlayışı. İşyeri Hekimliği Ders Notları içinde. s.13-27, Türk Tabipleri Birliği yayını..

**Türk Tabipleri Birliği, (1991).** Nusret Fişek ve Hekimlik. Ankara.

**Saltık A, Eskiocak M. (1997).** Nasıl Bir Sağlık Hizmeti? UM-AG için hazırlanan henüz yayınlanmamış rapor, Ankara.

**Belek İ.(1994),** Sosyal Devletin Krizi. Sorun Yay., İstanbul.

**Belek İ, Onuroğulları H, Nalçacı E, Ardıç F.(1992).** Türkiye için Sağlık Tezi. Sorun Yay., İstanbul.