

DOSYA**AZ GELİŞMİŞLİK ve SAĞLIK İNSAN GÜCÜ
KAYNAKLARININ KÖTÜ DAĞILIMI:
TÜRKİYE'NİN DURUMU****H.Hüseyin YILDIRIM***

Sağlık bakım hizmetlerinin sunumu, direkt olarak çeşitli disiplinlerdeki nitelikli personel arzına bağlıdır. Ancak sağlık personelinin dağılımındaki dengesizlik probleminin, personel arzı kıtlığı probleminden daha önemli olduğu unutulmamalıdır.

Sağlık insangücü ihtiyacının saptanmasında Türkiye'de ve Dünya'da kullanılan başlıca yöntem nüfus başına personel oranlarıdır (Örneğin, 1000 veya 10000 nüfusa düşen, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru sayısı gibi). Ancak sağlık insangücünün sayısal (nicel) yetersizliği giderilebildiği zamanlar bile dağılım ve nitelik sorunlarının ön plana çıktığı görülmüştür. Söz konusu sorunları gidermek ve sağlık insan gücü ihtiyacının rasyonel olarak belirlenebilmesi için ülke gerçeklerini yansıtan demografik ve epidemiyolojik özelliklerin, hizmet kullanımlarının, iş yükünün ve bütün bunlarla birlikte finansal kaynakları dikkate alan yöntemlerin kullanılması gerekmektedir (SB, 1996: 11).

Navarro'nun makalesinde ortaya atılan ve aşağıda başlıklar altında verilen görüşlerin Türkiye sağlık politikası/sistemi açısından geçerliliğinin/uygulanabilirliğinin ortaya konulabilmesi; Türkiye'nin sadece sağlık politikasını/sistemini değil, aynı zamanda ekonomik büyüme ve kalkınma politikasının da ciddi bağlamda sorgulanmasını gerekli kılmaktadır. Ancak konunun bu denli derinlemesine ele alınması; amacımızı aşacağı için, burada sadece sağlık sektörü bazında bir irdeleme yapılacaktır.

Navarro'nun makalesinde savunulan ve Türkiye politikaları/sistemleri açısından da geçerliliğini koruyan görüşleri şu başlıklar altında belirtebiliriz:

1. Az gelişmişliğin ve bunun sonucu olarak kaynakların kötü dağılımının nedenleri; yoksul ülkelerdeki teknoloji ve değerlerin kıtlığı, sermayenin azlığı, sermayenin ve teknolojinin az gelişmişliği değildir. Aksine, az gelişmişliğin asıl nedenleri; yüksek derecede kültürel ve teknolojik bağımlılık, kaynakları ellerinde bulunduran grupların bu kaynakları gerçek değerinin altında kullanması ve ülkedeki marjinal sektörlerin varlığıdır.

2. Sermaye akışı az gelişmiş ülkelere doğru olmaktadır (örneğin yurtdışına hekim göçünün olması).

3. Özellikle gelişmemiş/gelişmekte olan ülkelerde ki toplum refahının büyük bir kısmını ellerinde bulunduran ve aynı zamanda dış ticaret ve endüstri ile ilgilenen; politik, sosyal ve ekonomik açıdan bir güç odağı olan bir sosyal grubun (Lumpen-Burjuvazi) varlığı söz konusudur (politik elit).

4. Bir ülkenin ekonomik gelişmesi, endüstrileşme sürecine dayanır. Endüstri sektörü Lumpen-Burjuvazi ve onun yabancı ortakları için bir kontrol aracıdır.

5. Ticari kesim (Lumpen-Burjuvazi ve yabancı ortakları) kaynakların dağılımını etkiler. Bu etki şu şekilde gerçekleşir: Kaynakların dağılımında piyasa modelini yeğlerler ve bunu gerçekleştirmek için de politik güçlerini kullanarak liberal ideolojiyi uygularlar. Örneğin hastanelerin özelleştirilmesi gibi. Üretime çeşitli aşamalarda müdahale ederler. Örneğin tıbbi eğitimi gerçekleştirirler.

* Bu makale, Vicente Navarro'nun "The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America. International Journal of Health Services, Vol: 4, No. 1, 1974" makalesine dayanılarak hazırlanmıştır.

** Araş. Gör., Hacettepe Üniv. Sağlık İdaresi Yüksek Okulu

Yukarıda özetle belirtilen az gelişmişliğin tipik karakteristiklerinin bir fonksiyonu olarak sağlık insan gücü kaynağının dağılımındaki dengesizliği konusunda şunları söyleyebiliriz:

1. Sağlık insangücü kaynağının kendi arasındaki dağılımında dengesizlikler söz konusudur. Hekim sayısına oranla hemşire, ebe, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni sayısının yetersizliği/dengesizliği gibi (SB, 1996: 31).

2. Sağlık insangücü kaynağı göçü az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru olmaktadır.

3. Sağlık insangücü kaynağının dağılımındaki dengesizlik kendisini bölgeler arasında da göstermektedir. Türkiye'de sağlık insan gücünün bölgeler arasında ki dağılımında ciddi adaletsizlikler vardır. Dengesizlikler sadece kırsal kent arasında değil aynı zamanda doğu-batı arasında da mevcuttur. 1991 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye genelinde 1059 kişiye bir hekim, 1219 kişiye bir hemşire, 1694 kişiye bir ebe düştüğü görülmektedir. Fakat bölgesel düzeyde bir inceleme yapıldığında Türkiye ortalamalarından büyük sapmalar görüldüğü ortaya çıkmaktadır. Örneğin 1991 verilerine göre İstanbul'da 1563 kişiye bir pratisyen hekim düşerken bu rakam Hakkari'de kendisini 3254 kişiye bir pratisyen hekim şeklinde göstermektedir (SB, 1996: 31).

4. Bir ülkedeki insan sağlığı kaynaklarının dağılımındaki çarpıklık ile o toplumdaki politik güç, gelir ve zenginliğin dağılımındaki çarpıklık arasında aynı yönlü bir ilişki vardır.

5. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektöründeki üretim sürecinin; hastane temelli, yüksek teknoloji ile donatılmış ve uzmanlaşmış tıp olarak dizayn edilmesi ve nüfusun çoğunluğu yerine Lumpen-Burjuvazi'nin ihtiyaçları ile ilintili olarak şekillenmesi söz konusudur.

6. Nüfusun çoğunluğunun sağlık hizmetlerinden yoksun olması; sağlık sektöründeki kaynak veya sermaye kıtlığından değil, kaynakların yanlış dağıtımından kaynaklanmaktadır.

7. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve tüketimi büyük şehirlerde yoğunlaşmış olup, kırsal kesimin sağlık hizmetleri ihtiyacı Lumpen-Burjuvazi uğruna göz ardı edilmektedir. Dolayısı ile sağlık sektörünü kontrol eden Lumpen-Burjuvazi, sağlık hizmetlerinin üretiminden ve tüketiminden en çok yarar sağlayan sınıf olmaktadır.

8. Kaynakların; tüm topluma faydaları eşitlenecek şekilde dağıtılması, hem ekonomik hem de politik önemi olan bir husustur.

9. Eşitsizlikler hiç bir zaman sıfırlanamaz. Çünkü eşitsizlik sosyal sürecin doğasında var olan bir olgudur. Ancak uygun politika ve planlama süreçleri ile bu eşitsizlikler en

aza indirilebilir.

Yukarıda maddeler halinde belirtilen Navarro'nun görüşleri daha önce de belirttiğimiz gibi gelişmekte olan Türkiye ve spesifik olarak Türkiye sağlık sistemi/politikası açısından geçerliliğini korumaktadır.

Türkiye'deki sağlık politikası belirleme sürecinde; sektördeki hakim tıbbi yaklaşımdan (medical approach) dolayı, seçici temel sağlık hizmetleri (STSH), kapsamlı temel sağlık hizmetlerine (KTSH); yüksek teknoloji hastane temelli (tedavi edici) sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine tercih edilmektedir. Bu tercihlerin altında yatan bir çok faktör vardır. Konumuz açısından öneme haiz olanları belirtecek olursak; sağlık politikası/planlaması sürecindeki, teknik elitin (profesyoneller) güçlü bir baskı unsuru olmaları/oluşturmaları, yine bu sürecin diğer bir ayağı olan politik elitin (Lumpen-Burjuvazi) öncelikleri ile toplumun önceliklerinin örtüşmemesi, politikacıların iktidar dönemlerinin sınırlı olması, oy ve koltuk kaygısı ile toplum gözünde nisbi değeri daha kısa sürede gözlenen tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelmeleri gibi nedenler sayılabilir.

Türkiye'den özellikle gelişmiş ülkelere; finansal yetersizlikler, araştırma imkanının olmaması, kendi uzmanlık alanlarında Türkiye'de uygulama imkanı bulamamaları gibi nedenlerden dolayı hekim göçü (beyin göçü) olmaktadır. Sağlık insangücünün eğitim maliyetlerinin çok yüksek olması nedeni ile bu anlamda yurt dışına bir milli sermaye transeferi/göçü olmaktadır. Buda bir milli kayıptır.

Türkiye'de sağlık altyapısının dağılımı ve bölgeler arasındaki gelişmişlik düzeyi arasındaki çarpık farklılıklara paralel olarak sağlık insan gücünün coğrafik bağlamda kötü dağılımı da söz konusudur.

Türkiye'de diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık sektöründe de kaynak dağılımında; arzulanı oryantasyonda, doğru karışımdaki becerilerin, doğru yerlerde bulunmasını ve bunu en az masrafla gerçekleştirebilmenin ön şartı makro bazda; Türkiye'nin endüstrileşme sürecini tamamlaması ve ekonomisinin nüfusun küçük grupları (Lumpen-Burjuvazi) tarafından kontrolü gücünün en aza indirilmesi. Bunu sağlamanın temel stratejisi ise gerçek anlamda demokrasi kültürünü toplumun tüm sistemlerine hakim kılmaktan geçer. Mikro bazda ise çağdaş insan kaynakları yönetimi tekniklerinin sağlık sektöründe ve sağlık bakım örgütlerinde de gerektiği gibi kullanılmasını gerektirmektedir.

KAYNAKLAR

Navarro, Vicente., (1974), The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America. *International Journal of Health Services*, Vol: 4, No. 1.

Sağlık Bakanlığı (SB)., (1996), Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ank.