"TÜRKİYE SORUNLARINA ÇÖZÜM KONFERANSLARI – VI"

kapsamında

Çankaya Sanat ve Kültür Vakfı'nca düzenlenen

"*TÜRKİYE'NİN GELECEĞİ İÇİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YENİ ARAYIŞLAR*"

Başlığıya **Prof. Dr. Recep AKDUR** Tarafından Hazırlanan

Raporun İrdelemesi ve Katkılarımız

Prof. Dr. Ahmet SALTIK (*www.ahmetsaltik.net*)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AbD

Sunum : TODAİE, 09.03.2007, Ankara

" Kendine Devrimin ve Devrimciliğin çeşitli ve yaşamsal görevler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde dikkatle durulacak ulusal sorunumuzdur (milli davamızdır)."

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK

" Sağlık hizmeti, Piyasaya bırakılamayacak denli *önemli, Kritik* bir alandır. "

***Adam SMITH**, Liberalizmin kurucusu*
The Wealth of Nations (1776)

Giriş : Rapor son derece kapsamlı olup (38 sayfa), Sn. Prof. Akdur, katkıları için Ankara Üniversitesi Rektörü Prof. **Nusret Aras**'ın değerli katkılarına teşekkür etmektedir.

Sistematik bir yapılandırma doğrultusunda, ***Giriş*** bölümü ile (3 sayfa, 3 tablo) bir takdim yapılmakta, ardından ***Verili Durum*** ayrıntılı olarak tablolarla bilgiye getirilmektedir (5 sayfa, 14 tablo). ***Verili Durum*** aşağıdaki gibi kurgulanmıştır.

1. NÜFUSA İLİŞKİN ÖZELLİKLER
2. EKONOMİK ve ÇEVRESEL ÖZELLİKLER
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ
   - 3.1. Sağlık Sektörünün Örgütsel Yapısı
   - 3.2. Sağlık Sektörünün Finansmanı
   - 3.3. Sağlık İnsangücü
4. TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİ

Sağlık Alanındaki Başlıca Sorunlar adlı 3. bölümde tanımlayıcı ve çözümleyici çabalarla sayısal veriler yine kapsamlı olarak mercek altına alınmaktadır (19 sayfa, 1 tablo). Altbaşlıklar aşağıdaki gibidir :

1. Toplumsal ve Kültürel Sorunlar
2. Çevresel Sorunlar
3. Örgütsel / Yapısal Sorunlar
4. Finansman Sorunları
5. İnsangücü Sorunları
6. Siyasal Sorunlar

4. Bölüm, "***Çözüm Yolları ve Hedefler***" başlığı altında düzenlenmiştir (8 sayfa, 1 tablo).

1. Toplumsal Ve Kültürel Sorunlara Çözüm Önerileri
2. Çevresel Sorunlara Çözüm Önerileri
3. Örgütsel / Yapısal Sorunlara Çözüm Önerileri
4. Finansman Sorunlarına Çözüm Önerileri
5. İnsangücü Sorunlarına Çözüm Önerileri
6. Siyasal Sorunlara Çözüm Önerileri

5. ve son bölüm ise ***Sonuçlar*** başlığını taşımaktadır (1 sayfa).

Çalışma 32 kaynağa dayandırılmıştır. Toplam 19 tablo içermekte, grafik çizime yer verilmemektedir.

- İrdelememiz, Prof. R. Akdur'un sunduğu Raporun sistematiğine uygun olarak yapılacaktır.

Giriş bölümünde, Cumhuriyet'imizin kuruluşundan bu yana yataklı sağaltım kuruluşları ve 10 bin nüfusa düşen yatak sayıları verilmektedir. 1923'ten 2005'e 85 yılda 86 adet yataklı kurumdan, yaklaşık 14 kez büyüme ile 1198 hastaneye erişilmiştir. 10 bin nüfusa düşen yatak sayısı ise 5,1'den, yaklaşık 5 kez iyileşerek 26,7'ye çıkartılmıştır. Bu 2. göstergenin daha anlamlı olduğu açıktır. Çünkü hastane sayıları, çok küçük sayılara inebilen yataklı kurumlar nedeniyle doğrudan gösterge olamayabilr. 2007 başında yataklı sağlık kurumlarımızın sayısı 1200'ü aşmıştır. Bunların yaklaşık ¼'ü, özellikle AKP'nin "Sağlıkta Dönüşüm" süreci kapsamında özel sağlık sektörünü desteklemesi ve kamuyu küçültmesi sonucu olarak özel sağlık kuruluşlarıdır. Hastane yatağı sayısı 180 bini aşmıştır ve 10 bin kişiye 25 yatak düşmekte ya da yatak başına 400 nüfus söz konusu edilmektedir.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), gelişmekte olan ülkelerin sınırlı olanaklarını ve Dünyadaki yeni eğilimleri de dikkate alarak, on bin kişiye 50 yatağın yeterli olabileceği savındadır. Gerçekten de, pek çok cerrahi işlem (*day surgery*) günübirlik hastane yatağı kullanımı ile gerçekleştirilmektedir. Birçok süregen (kronik) hastalıkta *Ev bakımı* (*home care*), hastanede yatırmanın yerine yeğlenmektedir. Hastaneleri kuşatan "*medikal oteller*", hastanelerin otelcilik ve lokantacılık hizmetlerini üstlenmiş durumdadır. Dolayısıyla Batı'da ulaşılan onbinde 100 yatak standartları geriye çekilmektedir ve bu durum, Türkiye gibi kaynakları sınırlı, gelişmekte olan bir ülke için tipik bir *fırsat penceresi*dir.

Yataklı sağaltım kurumlarına ek olarak, özel poliklinik sayılarına da değinmekte yarar vardır ki, Sağlık Bakanlığı verilerine göre bu rakam 1500'leri aşmıştır. Öte yandan, 2005 içinde SSK'ya ait toplam 508 sağlık kurumunun, bir yasa ile, Anayasa'nın 56. maddesi gerekçe gösterilerek Sağlık Bakanlığı havuzuna devredildiğini de anımsamak gerekir *(5283 sayı ve 06.01.05 tarihli yasa).*

Bunların yanı sıra, söz konusu sağlık kuruluşları portföyü -kamuya da özel- ülke coğrafyasına dağılımı hâlâ ciddi bir **eşitsizlik** sergileyerek dağılmaktadır. İstanbul'da 10 bin kişiye düşen hastane yatağı Türkiye kaba ortalamasını 2'ye katlayarak 50'ye yaklaşırken, bu rakam Ağrı'da, Türkiye ortalamasının 1/5'ine dek düşerek "5" (beş!) dolayında kalabilmektedir. Sağlık insangücü dağılımı bakımından da benzer adaletsiz dağılımda anlamlı iyileştirme, hekimlere zorunlu sağlık hzimetinin yeniden yasalaştırılmasına karşın sağlanamıştır. 115 bine yaklaşan hekim stokunun neredeyse 1/3'ü

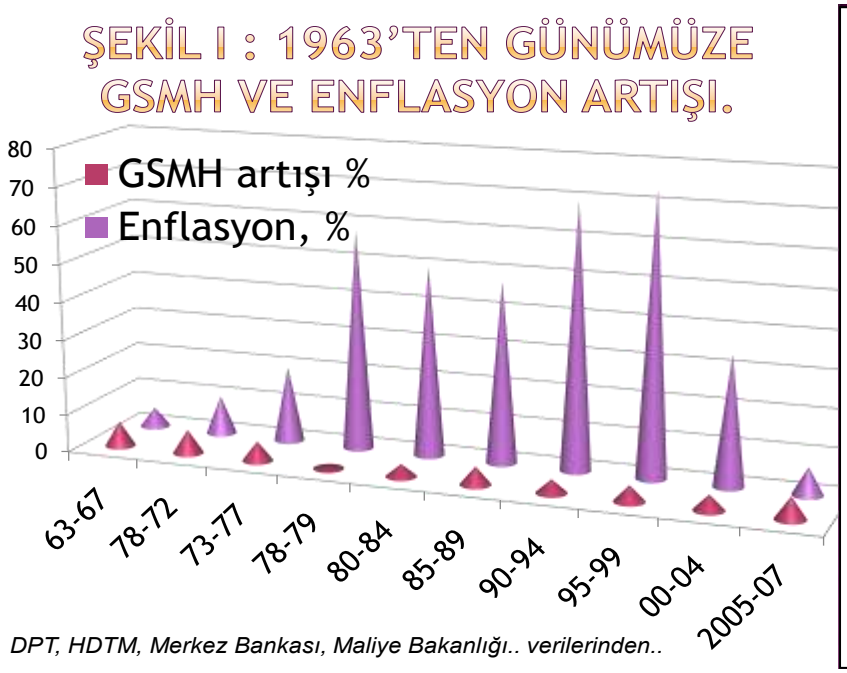
İstanbul'dadır ve bu tablo neredeyse "donmuş", konsolide biçimde karşımıza çıkan tablodur. Oysa İstanbul nüfusu, ülke nüfusunun 1/6'sı dolayında seyretmektedir. Ankara ve İzmir için de nüfusla orantısız benzer hekim yoğunlaşmasın sürmektedir.

1990'da, zamanın ANAP hükümetince davet edilen ve **Genel Sağlık Sigortası** (GSS) hakkında rapor istenen London School of Economics'ten Prof. Abel Smith'in uyarılarından bu yana geçen 17 yılda, bu kulvarda anlamlı yol katedilemediği izlenmektedir. Prof. Abel Smith şu uyarıları yapmıştı:

Türkiye'de GSS'ye geçiş için öncelikle yapılması gereken;

OLAĞANÜSTÜ ADALETSİZ GELİR DAĞILIMININ DÜZELTİLMESİDİR.

Aşağıdaki grafikten de izlenebileceği gibi, son 45 yılda GSMH / GSYİH artışının genellikle ve ezici biçimde yüksek enflasyon hızlarının altında kaldığı ve bu durumun orta ve alt toplum katmanlarını giderek yoksullaştırıldığı ve gelir dağılımını daha da bozduğu tartışma dışıdır.



DPT, HDTM, Merkez Bankası, Maliye Bakanlığı.. verilerinden..

1. Her yıl 1200 dolayında **kreten bebek**.. sahibi ouyoruz..
2. İyotlu tuz kullanımı % 64!
3. Toplumda her 3 insandan 1'inin Hb düzeyi; yaş, cins ve fizyolojik durumuna uygun rakamın altındadır; (anemi **prevalansı % 32!).** (Master Plan, 1990)
5. Bölgesel araştırmalarda **raşitizm** sıklığı : % 7.9 - 20.0
6. 2004 sonu TÜİK (DİE) raporuna göre ulusumuzun 18 milyonu yoksul (1/4), 1 milyonu **AÇTIR** !
7. 2003'te 5 yaş altı çocukların % 12'si **bodur**dur.
8. Iyot eksikliği **guatr**ı 0-6 yaşta %31'dir!

YOKSULLUĞUN SAĞLIKSIZLIĞI !

Prof. Abel Smith ardından, 2 öneride bulunmaktadır ;

1. *Ülkede üretilen sağlık mal ve hizmetleri nicelik ve nitelik olarak artırılmalıdır.*
2. *Sağlık insangücü, teknik donanımı, fizik mekânları.. ülkede dengeli dağılmalıdır.*

Cumhuriyet'in kuruluşundan bu yana, sağlık düzeyi göstergelerinde, nüfus artış hızının birkaç kat üstünde "*mutlak*" bir iyileşme sağlandığı görülmektedir. Ancak, ***OECD Health Data 2006*** veya ***AB-25*** verileriyle karşılaştırıldığında, daha alınacak epey yol olduğu görülmektedir. 85 yılda sağlanan başarı küçümsen*me*meli fakat, çağın olanaklarından akıllıca yararlanarak aradaki farkın daha hızlı kapatılabileceği, kapatılması gerektiğinin altını çizmek isteriz. Gerçekten, 3. Bin yıl başında *küresel konjonktür*; ulaşım, iletişim, örneğin gıda ve su güvenliği alanında erişilen öbür teknolojik olanaklar, koruyucu sağlık hizmetlerinde gelinen aşama (etkin ve yaygın sağlık eğitimi, bağışıklama..), artan toplumsal sağlık bilinci duyarlığı, genel eğitim düzeyinde sınırlı da olsa iyileşme.. pek çok dezavantajın yanında ciddi olanaklar da sunmaktadır.

Bir ara sonuç olarak vurgulamak gerekirse :

- *Yönetim destek hizmetlerinin güçlendirilmesi ve*
- *Ulusal sağlık politikaları üretimi zorunludur.*

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi

Md. 3 : Sağlık Hizmetlerine Erişimde Adalet

Taraflar, sağlık gereksinimleri ve varolan kaynakları dikkate alarak, kendi yasal yetkileri kapsamında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir biçimde yararlanılmasını sağlayacak uygun önlemleri alacaklardır.

(5013 sayılı yasa, 9.12.03 tarih ve 25311 sayılı RG)
(Anayasa'nın 90. md.son fıkrası uyarınca üstün bağlayıcı norm)

Prof. Akdur'un raporunda, "Çizelge 3 : Türkiye'nin Temel Sağlık Göstergelerinin AB-15 Ortalaması ile Karşılaştırılması (1990-2003)." verilmektedir. Bu tablodaki ölçütlere ek olarak, **DALY, QUALY, HALE**.. gibi kimi yeni birtakım sağlık düzeyi ölçütlerinin de yaygın olarak kullanıma girdiğini anımsatmak yerinde olacaktır. Gerçekten de, **Sağlık Ekonomisi** bilim dalında sağlanan ilerlemeler, toplumsal *hastalık yükü (disease burden)* kavramını gündeme taşımıştır ve Türk sağlık sisteminde de bu verilerin toplanabileceği bir yapılanmaya gidilmelidir. Ancak **UNICEF**'in, gelişmekte olan ülkeler için en çok önemsediği ölçütün "**5 yaşaltı ölüm hızı**" olduğu da akıldan çıkarılmamalıdır. Bu veri, ülkemiz için, TNSA-2003 verilerine göre %o 37 olup, hala çok yüksektir. %o 29'u salt sıfır yaş bebek ölümü kaynaklıdır. Yıllık 1,4 milyon doğum rakamı dikkate alındığında, %o 37'lik bir 5 yaş altı çocuk ölüm hızı, her yıl (1 400 000) x .037 = 51 800 çocuk ölümü demektir! Bu veri, daha dramatik ifade etmek gerekirse, her gün 51 800 / 365 = 142 ölüm anlamına gelir.

Evet, her gün, 1 jumbo jet düşmekte ve içindeki 142 çocuk, 5. Yaş gününü görmeden ölmektedir!

Anne / gebelik ölümleri için de benzer yaklaşımla, 38E-05 (yüzbinde 38) verisinden kalkarak, yıllık 1 700 000 gebelik için 646 rakamı hesaplanmaktadır ki, sözgelimi Norveç için yüzbinde 2 olan veriye göre bizim için ciddi bir yüktür. Norveç örneğinde, doğurganlık hızı ve toplam gebelik sayısı da Türkiye'ye göre oldukça küçük olduğundan, pratik olarak **anne / gebelik ölümü** bu ülke için bitmiştir. Bebek ve 0-5 yaş ölümleri de %o 5'in altına çekildiğinden, birer sağlık düzeyi göstergesi olarak anlamlarını ve işlevselliklerini -gelişmiş ülkelerde- yitirmişlerdir.

- Ancak, konvansiyonel sağlık düzeyi ölçütleri Türkiye için önemini hâlâ korumaktadır.

Çevre Sağlığı Sorunları :

*Çevre ve Orman Bakanlığı'nca hazılatılan **Çevre Atlası**'nda (2004), dönemin bakanı Osman Pepe, kalemiyle yakıcı sorunlara parmak basılıyor (syf. 421) :*

- *".. Çevre kirliliği dünyada olduğu gibi ülkemizde de her geçen gün artan boyutlarıyla hava, su ve toprak kirlenmesi olarak önemini korumaktadır. Belli bölgelerdeki **aşırı nüfus** yoğunlaşması, **plansız sanayileşme ve çarpık kentleşme** ile aynı zamanda kaynakların gereksiz ve aşırı kullanımı sonucu oluşan **atık** ve artık maddelerin miktarı çeşit ve özellikleri son yıllarda öylesine artmıştır ki, **hiçbir önlem alınmadan ve kontrolsüz bir şekilde** alıcı ortamlara atılan bu atıkları, doğanın kendi kendine özümlemesi çoğu kez mümkün olmamakta ve çevre kirliliği günümüzde artarak sürmektedir."*

- *"..Ekonomik ve teknolojik gelişme, **nüfus artışı**, hızlı kentleşme ve doğal **kaynakların tüketimi katı atık** miktarının giderek artmasına yol açmaktadır. Ülkemizde kişi başına günde yaklaşık*

*0,7 - 1,0 kg oranında **evsel atık** üretildiği kestirilmektedir. Ancak, projelerde kullanılan katı atık miktar ve niteliğine ilişkin verilerin eksik ve hatalı oluşu, **katı atıkların yönetimi**nde, özellikle de **geri kazanım** ve zararsızlaştırılması konularında yanlış tercihlere ve uygulamalara yol açmaktadır.*

- *Katı atık yönetiminde ulusal düzeyde uygulamaya yönelik bir politika oluşturulamamıştır. Bu durum belediyelerin pahalı ve yanlış teknoloji seçimlerine neden olmaktadır.."*

- *Türkiye'de 1960'lı yıllarda üretilen toplam **katı atık** yılda 3-4 milyon ton iken, bugün salt **evsel katı atık** miktarı 25 milyon ton/yıl'dır. Dolayısı ile çöp, artık yalnızca gözden uzak bir yerde zararsız-laştırılması gereken bir atık türü olmaktan çok toplama, taşıma, **geri kazanım** ve zararsızlaştırma gibi birçok farklı ögeyi içine alan bir yönetim sistemini gerekli kılmaktadır. Bu gelişmelerin bir sonucu olarak "**Atık Yönetimi**" terimi günlük dilimize yerleşmiş ve daha yeni bir terim olan "**Entegre Atık Yönetimi**" tanımı da kullanılmaya başlanmıştır (bkz. syf. 421).*

- ***Entegre atık yönetimi**nin yasal altyapısının oluşturulması, bu yolla **katı atık yönetimi**nde uygulanacak ilkelerin, teknik esasların ve standartların belirlenmesi amacıyla Çevre ve Orman Bakanlığı'nca yayımlanan yönetmelikler aşağıda verilmiştir (bkz. syf. 418-19).*

- *1. **Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği** (RG: 14.03.1991 ve 20834) Bu yönetmelik 7 kez yenilenmiştir.*

- *2. **Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği** (RG: 20.05.1993 ve 21586) Değişiklik 24.06.1998 ve 23382 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.*

- *3. **Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği** (RG: 27.08.1995 ve 22387) Bu yönetmelikte 5 kez değişiklik yapılmıştır.*

Görüldüğü gibi alana ilişkin mevzuat çok yenidir ve oturmamıştır; sık değişim yapılmakltadır.

Gıda-Beslenme Sorunları :

" Bütün gıda gereksinimimizin niteliğini yükseltmek, hastalık ve zararlıları ile uğraşmak için gereken teknik ve yasal her önlem, zaman geçirilmeden alınmalıdır."

*Gazi Mustafa Kemal **A T A T Ü R K***

Yaşamın sürdürülmesi için zorunlu olan gıda / besin maddelerinin alımı, kimi kez beklenmedik ve istenmeyen ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Gıda maddelerine karışan / karıştırılan kimyasal maddeler, mikroorganizmalar, kimi kez **radyoaktivite** insan sağlığını tehdit edebilir. Bu yüzden, ***besin hijyeni ve güvenliği*** son derece önemli bir Halk Sağlığı konusudur ve gıda sektörü, hayvancılık sektörü ile sağlık sektörünün aralarında ve tüketici / halk ile yoğun bir ***sektörler arası işbirliği***) zorunludur.

Gıda Güvenliği Sorunları Küreselleşiyor..

DSÖ'nün 1998 Sağlık Raporu'na göre (*The World Health Report-1998*), bulaşıcı hastalıkların denetimi ile ilgili giderlerin azaltılmasının getireceği önemli riskler arasında, -giderek büyüyen **küresel turizm ve ticaret** etkinlikleri ve ***dev uluslararası gıda tekelleri*** de dikkate alındığında- besinlerin, kimi bulaşıcı hastalıkların yayılımına aracılık edebilecekleri, önemli bir yer tutmaktadır.

Deli Dana Hastalığı

İngiltere'de 1996'da *sermayenin kâr hırsından* kaynaklanan bu hastalık (Mad Cow Disease, *spongioform brain encephalopathy*, JCD) tüm dünyaya son derece hızla yayılmış, **besin kaynaklı bir enfeksiyon** idi (İngiltere'de 140+ ölü!). Günümüzde besin endüstrisi **kitlesel üretim** yapmakta ve uluslararası ticaretin, pazarlamanın ve **turizm**in yaygınlaşması ile birlikte bu ürünler kısa zamanda tüm dünyaya yayılarak kitlelerce tüketilmektedir.
Ciddi bir kamusal denetim ivedi ve zorunludur.

Deli Dana Hastalığı'nın öğrettiği :

Bu durum hep göz önünde tutulmalı ve denetimde gerekli **KÜRESEL İŞBİRLİĞİ önlemleri** titizlikle, sürekli olarak alınmalıdır. *Sermayenin kâr hırsı*nın sonucu çıkan *Deli dana hastalığı* İngiliz ekonomisine çok büyük yükler ***(milyarlarca $!)*** getirmiş, onbinlerce sığır yok edilmek zorunda kalınmıştı.

Gıda güvenliği sermayenin insafına bırakılamaz!

Küresel Besin Zinciri

Kasım 2000'de basına yansıyan verilere göre, ülkemizde soğuk hava ortamlarında 10 yılı aşkın süre bekle(til)miş **bufalo eti** ve türevlerinin pazarlanıp tüketildiği, dehşet ve ibretle izleniyor!!

Çok uluslu dev gıda şirketleri karşısında sıradan yurttaşın korunması, devletin etkin denetleme düzeneğiyle sağlanmak zorundadır.

Besin hijyeni ve güvenliği, kritik bir kamusal alan olmalıdır.

Besin Zehirlenmelerinde Sürveyans

Bu yolla sorunun kaynağına inme çabasına **sürveyans araştırması** (*iz sürme*) denilmektedir.
Şu denlisini söyleyelim ki; sürveyans yöntemleri veya **filyasyon** *(kaynağına inme)* çalışması günümüzde **moleküler düzeydedir**. DNA (*viral RNA*) yapısının incelenerek karşılaştırılması, Adli Tıp, Toksikoloji, Kriminoloji alanlarına ***Moleküler Epidemiyoloji***'nin armağanıdır.

İnsanlardan üretilen mikrobiyal hastalık etmenlerinin genetik kodları belirlenmekte ve aynı genetik kodların aracı durumdaki besinlerde (kimi kez ilaç vb. biyolojik materyalde) aranması yoluna giderek ***genetik kimliklendirme*** (**DNA analizi ile** identifikasyon) yapılmaktadır. Bu yöntemler **Epidemiyoloji**'ye, -ileride de değinileceği üzere- moleküler boyutlar katmıştır (**Moleküler Epidemiyoloji**).

Biyoterörizm tehdidi nedeniyle son yıllarda gıda güvenliği hükümetlerin ve gıda endüstrisinin öncelikleri arasına girdi. ABD bu konuda gümrük yönetmeliklerini sıkılaştırırken, AB ükelerinde gıda denetimleri giderek artırılıyor. *Radyo frekans tanımlama* teknolojisi (**RFID**), gıda güvenliği denetimlerinde otomatik izleme olanağı sağlarken, nanoteknoloji sayesinde tarım sektörü yeni izleme olanaklarına kavuştu.

Gelişmiş ülkelerde **kişi başına günlük 60 gr hayvansal protein** tüketimine karşın, **ülkemizde bu rakam 25 gr** düzeyindedir. Bu oranlar bir ülkenin kendine yeterlilik düzeyini ortaya koymaktadır. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere **Türkiye'de ciddi oranlarda beslenme sorunları bulunmaktadır**..

Prof.Dr.Osman TORUN, Çukurova Üniv. Ziraat Fak.. Hayvancılıkta kendimize yetmiyoruz. www.arama.yore.com.tr:8081/sayfa.cgi?w+30+/cuth/cuth2005/0511/08/t/t07.html

FRANKEŞTAYN YİYECEKLERİ..

Her ne denli henüz bizde gündeme gelmemiş olsa da, son yıllarda giderek artan ölçüde, özellikle ABD ve İngiltere'de belirginleşmek üzere, Batılı kapitalist ülkelerde kamuoyunun gündeminde oldukça önemli bir sorun yer alıyor. Sorun, insan sağlığını hem günümüzde hem de gelecekte ciddi biçimde etkileyecek olan, **genetik yapıları değiştirilmiş yiyecekler** sorunu. Hükümetler ve çokuluslu tekellerin alabildiğince engelleme çabalarına karşın konu, birkaç yıldan bu yana gündemden inmiyor.

*Bugün batılı kapitalist ülkelerde -özellikle de ABD ve İngiltere'de- yiyecek satılan süpermarket zincirlerinin neredeyse tümünde yan yana 2 ayrı yiyecek bölümü var: Birinde yoldan yetiştirilmiş '**organik**' yiyecekler, doğal öbüründe ise bir şey belirtilmeden, GM (**Genetically Modified** / Genetik yoldan değiştirilmiş) yiyecekler satılıyor. **GDO'lu yiyecekler** kapsamında domatesten salatalığa, dondurma ve çikolatadan ete, ekmekten süt ve yumurtaya kadar neredeyse her türlü yiyecek yer alıyor. Ve de iki ayrı da fiyat..*

*Örn. organik domatesin etiketinde oldukça yüksek rakam gözlenirken, etiketinde nasıl yetiştirildiği belirtilmeyen domatesin (**genetik kodu değiştirilerek yetiştirilmiş, insanda ne tür etki yapacağı test edilmemiş**, gen mühendisliği ürünü domates) üzerinde ise, öbürüne oranla daha ucuz bir fiyat var. 2 fiyat ve 2 ayrı tür ..Doğal ama pahalı olanla ne idüğü belirsiz ama öbüründen ucuz. **Ekolojik denge**, insan sağlığı ve geleceği bakımından çok ciddi tehlikeler taşıyan ucuz olana akın başlıyor. Bilim çevrelerinin sürekli karşı çıkmalarına karşın **hükümet ve çokuluslu tekel sözcüleri bu yiyeceklerin sağlık açısından tehlike taşımadığını duyuruyorlar ??***

Tehlike büyük : Sorumlu vahşi kapitalizm !

*Örnekler, genetik yapısı değiştirilmiş yiyeceklerin insan sağlığına verdiği zararın yalnızca bir bölümü. Ancak tehlikenin boyutlarını göstermeye sanırız yeter. Görüldüğü gibi, çokuluslu emperyalist tekeller, daha çok kâr uğruna insanlığı bir yıkıma sürüklüyor. Ürettikleri ne idüğü belirsiz yeni yiyecekleri, insanda ne gibi olumsuz etkilere yol açacaklarını test etmeden, üstelik üzerlerine genetik yapısının değiştirilmiş olduğunu belirten bir **etiket bile koymadan** alelacele piyasaya sürüyorlar. Apar topar bir test yapılmış olsa bile kimi etkilerin uzun yıllar sonra ortaya çıkabilme gerçeği karşısında bu testlerin fazla bir değeri de kalmıyor. Açık ki, insan ve sağlığı, gözleri paradan başka bir şey görmeyen tekellerin hiç de umurunda değil.*

Batı'nın emperyalist kapitalist ülke hükümetlerinin tutumu ise bundan farklı değil. Bu ülkelerde bu tekelleri ve yiyeceklerini denetleyecek bir kurum bulunmuyor. Olan kimi göstermelik kurumlarda çalışan uzman ve "bilim adamları" ise ya doğrudan bu tekellerin adamları ya da bu tekellerle çok sıkı

çıkar ilişkileri içindeler. Böyle olunca, İngiltere'de bu kurumların BSE-Deli Dana Hastalığını, Belçika'da tüberkülozlu sığır etini ve Fransa'da yabancı madde karışmış Coca Cola'yı saklamak için niçin bu denli çaba harcadıkları ya da Türkiye'de radyasyonlu çayları televizyon ekranlarından niçin içtikleri daha iyi anlaşılıyor. Görülen o ki, insanlar daha fazla paradan başka bir şey düşünmeyen emperyalist tekellerin insafına bırakılmışlar.

"...Bütün gözeneklerinden kan ve pislik damlayarak gelen" ***vahşi kapitalizm****in artık insanlığa yıkımdan başka verecek bir şeyi kalmamıştır. Bu yüzden insanlığın kurtuluşu ancak emperyalist kapitalizmin ortadan kaldırılmasıyla mümkündür, başka da yolu yoktur. (Dr. Kenan Ateş, 25.02.07)*
*"****Bizi mahvetmek isteyen emperyalizme ve bizi yutmak isteyen kapitalizme karşı*** *ulusça savaşımı gerekli gören bir mesleği izleyen insanlarız. Biz; yaşamını, bağımsızlığını kurtarmak için çalışan emekçileriz."* ***Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK*** *(Dr. Kenan Ateş, Cumhuriyet Bilim-Teknik, 25.02.07)*

Zoonozlar..

Hayvanlardan insanlara geçen hastalıklardır ve sayıları 200 dolayındadır. Şarbon, kuduz, brusellozis, hidatid kist hastalığı, kuş gibi, tüberküloz (verem)... başlıcalarıdır.

*"Sonunda olan oldu. Yıllardır yaptığımız uyarılara karşın geliyorum diyen tehlike artık kapımızda. Hayvancılığa yalnızca parasal destek yapmanın yeterli olmadığını, aynı zamanda kurumsal yönden önemli düzenlemelerin yapılması gerektiğini kezlerce söyledik. Ülkemizde '****deli dana****' vardı yoktu derken önce Tokat'ta 2001 yılında* ***Kırım Kongo Kanamalı Ateşi*** *denen zoonoz hastalık patladı. Çok hafif geçirilen ve o yıl can yitiği yaşanmadan atlatılan hastalık, daha sonraki yıllarda hem çevre illere sıçradı hem de can yitiğine neden olmaya başladı." (Bildirimi zorunlu!)*

"... Hastalık Karadeniz illerinin neredeyse hepsine yayıldı ve en son Kastamonu'da görüldü. Az gelişmiş veya hiç gelişmemiş ülkelerde görülen bu hastalığın ***Ankara'ya varmasına az kaldı****. Yetkililer kenelerden uzak durmamızı öğütlüyor. Sağ olsunlar biz kenelerden uzak durmasına dururuz da, keneler bizden uzak duracak mı onu bilmiyoruz..."*

(Prof..A. FİLAZİ, Ankara Bölg. Veteriner Hekimler Oda Bşk. ***Cumhuriyet*** *Tarım ve Hayv. eki, 09.08.2005)*

Kritik bir soru soralım :

- ***Türkiye hayvanları neden kene kaynamaktadır ??***

Düzenli yürütülen kamusal koruyucu veterinerlik hizmetleri ile temel hayvan hijyeni sağlanarak bu ekto-parazitlerden hayvanları arındırmak ve bulaş zincirini kırmak o denli zor mu?
Devleti küçülttüğümüz, her şeyi piyasa kârına içinterkettiğimiz için mi bu acı bedelleri ödüyoruz?

Bir başka güncel zoonoz da **kuş gribi..**

Avian influenza epidemisi,
18 Ocak 2006, **www.msn.com.tr/news4/**

Kritik bir soru da burada soralım :

- *Kuş sürülerini izlemeyen, Manisa'da aşı üretim laboratuvarını "kâr getirmiyor diye kapayan Gıda Tarım Bakanlığı'nın yaşamsal, bağışlanmaz savsaklaması, kamusal sorumluluğu ne olacak??*
- *Türkiye, sulak alanlarda konaklayan kuş sürülerine geerkli bilimsel sürveyansı uygulayabiliyor mu? Yoksa bunu yap(a)madığından, salgın çıktıktan sonra canlı tavuk öldürerek mi savaşıyor?*

TAVUĞUNU VERMEYEN VATANDAŞA CEZA!

Iğdır'ın Aralık İlçesi bağlı Gödekli Köyü'nde itlafı için tavuklarını vermek istemeyen 2 kişiye, **Kabahatler Yasası'**nın 32. maddesi gereğince 100'er YTL para cezası verildi. Tavuklarında **kuş gribi** bulunmadığını iddia eden vatandaşlar, "Tavuklarımızı kümesten çıkarmıyoruz. Ancak yine de yetkililer tavuklarımızı almak istediler. Vermek istemediğimiz için bize tutanak tuttular." diye konuştular.
(Basın, 19.01.06)

DEVLETİ KÜÇÜLTMENİN AĞIR BEDELİ

"..Türkiye yıllar önce AB ve uluslararası standartlarda bir veteriner örgütüne sahip iken, 1985'te yapılan reorganizasyonla (!?) tümüyle yok edilmesi ve tahrip olması nedeniyle; Türkiye'de veteriner hizmetleri AB'nin ve dünya standartlarının gerisinde kalmış ve iş yapılamaz hale gelmiştir. O nedenle, hayvansal ürün dışsatımının neden yapılamadığı sorunlarını değerlendirirken, olaylara düz mantıkla bakmazdan önce gerçekleri görerek kalıcı çözümler üreterek çare aranmalıdır.."
(Süt Dünyası, Süt Ürünleri ve Teknolojileri Dergisi, sayı 9, Temmuz/Ağustos-200, Adnan SERPEN, Veteriner Hekim, adnanserpen@yahoo. com)

G I D A D E N E T İ M İ

Piyasadaki gıda denetimlerinde böylesi yitiklere yol açılmaması için *nitelik denetimi* gıda endüstrisinin fiziksel olarak içine yerleştirilmeli ve üretim sürecinde yapılmalıdır. Bu süreç **özdenetim**'dir (*oto-kontrol*). Buna göre *nitelik denetimi;*

1. Üretim öncesinde
2. Üretim sonrasında,
3. Son üründe yürütülmelidir.

Bunların kapsadığı "*nokta analizleri*" ise; **Fiziksel**, **Kimyasal (Toksik)**, **Mikrobiyolojik** ve **Nutrisyonel** içeriklerin saptanmasıdır. **Özdenetim**, belirli nitelik değerlerinin disipline edilmesi ve sürekliliğini sağladığı için, piyasa denetimlerine gerek kalmayacak biçimde koşulların iyileştirilmesi ve ekonomik yitiklerin giderilmesini sağlar. **Özdenetim**'in temel koşulu, gıda sektöründe çağdaş teknolojilerin egemen duruma getirilmesi ve bu konudaki eğitimin yaygınlaştırılmasıdır.
Bu aşamada **tüketicilerin bilinçlendirilmesi, örgütlenmesi ve tüketici hakları**nın yasal düzlemlerde tanınması önemsenmelidir. **Kamusal sorumluluk sürdürülmelidir..**

Hayvancılık da kriz sinyalleri veriyor : Kaçak Et Yiyoruz !

Besicilere kg başına verilen et teşvik primi 30 Kasım 2004'te 1 milyon liradan, 500 bin liraya indirildi.

2005 yılında ise tümden kaldırıldı. Besici, geçen yıllarda 1 milyar liraya sattığı danayı, bu yıl 500 milyon liraya satamıyor. Türkiye'de et fiyatlarındaki gerilemenin en önemli nedeni **kaçak et girişi**. Türkiye'nin 6-7 milyar $'lık zarar ettiği kaçak et tüketiminde İstanbul'un % 60 ile ilk sırada yer aldığı belirtiliyor. Türkiye genelinde kaçak et tüketimi yaklaşık % 50 düzeyinde olduğu kaydediliyor. *(www.atonet.org.tr/turkce/index12.html, 23.07.05)*

www.cumhuriyet.com.tr, 31.08.07

Prof. A. SALTIK-AÜ 145

Hayvancılıkta kendimize yetmiyoruz!

Beslenmenin daha çok tahıla dayalı olması ve üretimin yetersiz olması sonucu istemin karşılanamaması fiyat dengesini de olumsuz etkilemektedir. Bu durumda bireyler protein tüketimini kısıtlama eğilimine girmektedir.

Prof .Osman TORUN, Çukurova. Ziraat Fak..
www.arama.yore.com.tr:8081/sayfa.cgi?w+30+/cuth/cuth2005/0511/08/t/t07.html

Türk tarımı bugün can çekişiyor !

Türkiye önlem alınmadığı takdirde 3-5 yıl sonra açlık sınırına gelecektir. Ehil ellerde olmayan tarım politikaları yaz-boz tahtasına döndü. (www.tarim.gen.tr/12.10.05)

Öte yandan, BM'den KÜRESEL ISINMANIN AÇLIĞI ARTIRACAĞI UYARISI yapıldı. BM Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), **küresel ısınma**nın çok sayıda ülkede gıda üretimini azaltabileceği ve dünyadaki **açlığı oldukça artıracağını** bildirdi. *(26 Mayıs 2005, AA)*

Prof. Işıklı'ya göre, gerçekte, yeryüzünde üretilen temel gıda maddeleri, gereksinimin % 110'u karşılayabilecek düzeydedir. Buna karşılık, her yıl 10 milyonu aşkın kişi *(toplam yıllık ölüm 56 milyon)* **AÇLIKTAN ÖLMEKTEDİR!** Sorunların kaynağını; insan gereksinimlerinin karşılanmasının, piyasanın acımasız güçlerine terkedilmiş olmasında aramak gerekir. (*Prof. Dr. Alparslan Işıklı, " Dünya Bankası'nın Laik İmparatorluğu'nda Kumarhane Kapitalizmi. " adlı kitabından)*

Tüm çocuklara **okul sütü**nün Devlet desteği ile verilmesini çok önemsiyoruz.

- **" Bir ülkenin, çocuklarına süt vermekten daha büyük bir yatırımı olamaz.. "**
  Winston Churchill, İngiltere Başbakanı
- BM Genel Kurulu'na sunulan, Fransa ve Brezilya'nın hazırladığı "**AÇLIĞA KARŞI SAVAŞIM**" tasarısına 110 ülke destek verdi. Karşı çıkan tek ülke ABD oldu! Bu kapsamlı girişime verilen büyük destek, Washington için yeni bir sorun olarak değerlendiriliyor.
- Fransa Cumhurbaşkanı J. Chirac : "**K ü r e s e l l e ş m e n i n g e l e c e ğ i y o k ! !** Sosyal dengeleri ve çevreyi yok eden, yoksulları ezen, insan haklarını reddeden bir küreselleşmenin geleceği yoktur!"
- BM Genel Sekreteri Kofi Annan : **Açlık kitle imha silahlarından daha tehlikeli!**
- Annan, hukuk çağrısı yaptı : "En temel hukuk kuralları, tekrar tekrar, arsızca göz ardı ediliyor. Birileri, sivillerin, savunmasız kişilerin ve masum insanların yaşamı üzerinde söz sahibi oluyor. Hiç kimse hukukun üzerinde değil. Bu olayların Sudan, Irak, Uganda, Rusya ya da Ortadoğu'da yaşanmasının önemi yok. Zaman zaman, terörizme karşı savaşın gerekleri insan hakları çiğnemine (ihlal) yol açıyor.."
- Brezilya Devlet Başkanı Lula : "**Asıl demokrasi ve sosyal adalet küreselleşmeli!**" Ancak bu yolla terörizme karşı savaş verilebilir.
- **Baş döndüren uçurum :** BM İnsansal Gelişme Raporları verilerine göre 4.4 milyar insanın % 60'ı hijyenik temizlik olanağından yoksun. Temel koruyucu sağlık ve beslenme giderleri için yılda 13 milyar $ gerekirken, Avrupa ve ABD'de evcil hayvan yemine yılda 17 milyar $ harcanıyor. Kadınların doğum ve sağlık giderleri için yıllık 12 milyar $ gerekli. Bu tutar, Avrupa ve ABD'de parfüme harcanan paraya eşdeğer. *(www.cumhuriyet.com.tr, 22.09.04)*

Küreselleş**TİR**menin planlayıcıları, kendi tarımını ve çiftçisini aşırı devletçi düzenlemelerle yıllardır ulusal politikalarıyla korurken, yetkililer, kraldan daha kralcı bir yaklaşımla **Türk tarımını dibe vurma gayretleri içinde**. Bu çabanın adı ise Küreselleşme, uluslararası anlaşmalar ya da AB'ye uyum. Tarih boyunca kendini besleyen ülke konumunda iken, pek çok konuda olduğu gibi tarımda da dışa bağımlılık ciddi biçimde artıyor.. *(MOR GIDA; Dr. Filiz Akgün SOYDAL, Kum Yay., 2005, Ankara)*

BM ve IMF'den iki uzman ***neoliberal politikaların yoksulluğu körüklediğini;*** **Açlar ordusu 2 yılda 16 milyon kişi artarken,** BM Beslenme Hakkı Raportörü Prof. Ziegler, **neoliberal politikaların açlığı kışkırttığını bildirdi.** IMF'nin Araştırma Bölümü Direktörü Rajan da; ***"Gelişmiş ülkelerin ekonomik modellerinin geri kalmış ülkelerde sonuç vermeyebileceğini"*** itiraf etti. Ziegler, ***açlığın tüm savaşlardan, AIDS, Verem ve Malarya'dan daha fazla kurban aldığını*** da öne sürdü. Açlık ile ilgili verileri içeren raporun 27 Ekim'de yapılacak BM Genel Kurulu'na sunulacağını belirten Raportör Ziegler, BM tarafından 2015 yılına dek açların sayısının yarıya indirilmesinin hedef olarak ortaya konduğunu, ancak bunun her zamandan daha uzak bir hedef olduğunu savundu.
BM Beslenme Hakkı Raportörü Prof. Dr. Jean Ziegler, ***açlığın olağanüstü boyutlara ulaştığını*** açıkladı. "Piyasa açlık sorununu çözemez, her saniye bir insan beslenme yetersizliğinden ölüyor!" diyen Ziegler, her gün 100 bin kişinin öldüğünün saptandığını belirtti. Ziegler, **852 milyon insanın kronik olarak açlık sınırının altında beslendiğini**, bu rakamın 2 yıl önce 826 milyon olduğunu açıkladı. *(www.cumhuriyet.com.tr, 19.10.04, syf. 12)*

Görüldüğü gibi adına "**Küreselleşme**" denilerek saklanan "**Yeni emperyalizm**" en temel sorun kaynağı. Bu olguyu çok net olarak, kalın hatlarla ve altını çizerek saptamak ve hiç aklıdan çıkarmamak zorunlu! Türkiye, bu vahşi süreçte tüm önlemleri almakta en küçük ihmal göstermemeli.

Prof. R. Akdur'un raporunun

II. MEVCUT DURUM

1. NÜFUSA İLİŞKİN ÖZELLİKLER.. bölümü irdelememiz :

Nüfus sayımları, 2000 sayımından bu yana *de facto* yöntem bırakılarak, **MERNİS**[1] Projesi'nin yaşama geçirilmesine koşut olarak, çevrim içi (*on line*) ortama kaydırılmıştır. Nüfusun temel bileşenleri olan doğum, ölüm ile iç ve dış göç kayıtları e-Devlet bağlamında izlenerek gerçek zamanlı (*real time*) olarak izlenmeye çalışılmaktadır. Dolayısıyla, *de facto* sayımın terkedileceği, nüfusun, pek çok parametresiyle, dinamik ve kapsamlı olarak monitore edilebileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin rasyonel planlamasında temel demografik parametrelerin daha yoğun ve daha kolayca erişilerek kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Bu bölümde Dr. Akdur'un Raporuna ekleyeceklerimiz başlıca şu olgulardır :

1. Aşırı hızlı nüfus artış hızı (% 2,5-3!) görece denetim altına alınmıştır. Bu başarıda, teknik düzlemde aile planlaması hizmetlerinin Anayasa'nın 41. maddesi bağlamında etkin ve yaygın sunulmasının yanı sıra; ulaşılan toplumsal bilinç, sosyo-ekonomik dinamikler, kadının statüsünün yükselmesi ve her çocuğun aileye marjinal maliyetinin büyümesi (Liebenstein kuramı), doğurganlık eğilimleini birlikte frenlemiştir. 73 milyonluk nüfus, *net ve doğal* 900 bin kişilik yıllık artışla, %o 12 (%1,2) düzeyinde bir nüfus artış hızına oturmuştur. Ancak, bu görece düşük veride (hâlâ OECD ortalamasının 3 katı!), yılda yaklaşık %o 7 dolayındaki kaba ölüm hızının ürünü olan yarım milyon dolayındaki ölümün ciddi negatif payı vardır. Yılda 1,7 milyon gebelik olaylanmakta, yaklaşık 300 bini "*ezici bölümü istemli*" düşükle sonlanmakta, 1,4 milyon canlı doğum gerçekleşmekte ve net 900 bin dolayında yıllık

[1] **MERNİS** : "*Merkezi Nüfus İstatistikleri*" sözcüklerinden kısaltmadır.

nüfus büyümesi gözlenmektedir ve her yıl beş yüz bin yeni konut gerektirmektedir.[2]

2. **TNSA-2003** verilerine göre halen sahip olunan 3 çocuktan 1'i istenmeden edinilmiştir ki; bu veri Türk toplumunda son derece önemli bir doğurganlık eğilimine işaret etmektedir : Türkiye'de küçük aile = 2 çocuklu aile normu yerleşmiştir. Yine TNSA-2003 verilerinden öğreniyoruz ki, ***karşılanamayan aile planlaması gereksinimi***, özellikle güneydoğu ve doğuda **stratejik bir sorun** durumuna gelmiştir. Ülke genelinde bu oran % 6'dır ve 18 milyon aile temelinde 108 bin çiftin / ailenin bu gereksinimini doyuramadığı, doğu-güneydoğu aleyhine belirgin bir eşitsizliğin süregeldiği izlenmektedir. Halen çiftlerin 2/3'ünden çoğu başka çocuk iste**me**mektedir. Doğu-güneydoğuda toplam doğurganlık hızı TNSA-2003'te 3,7 olarak hesaplanmıştır, ancak bu çiftler, ellerinde olsaydı ve korunabilselerdi, TDH 1,9 olarak gerçekleşecekti! Dolayısıyla ***"kimi etnisitelerin "kasıtlı" yüksek doğurganlık sergiledikleri"*** gibi bir değerlendirmenin spekülatif olduğu ortaya çıkmaktadır. **Aile planlaması** hizmetlereinin kamu öncülüğünde topluma etkin, yaygın ve sürekli olarak sunulması stratejik bir öncelik alanı olarak öne çıkmaktadır. Doğu-güneydoğunun pozitif ayrımcılık görmesi olağan ve gereklidir.

3. Türkiye nüfusu artık "genç nüfus" olmaktan çıkmıştır ve halen "***orta derecede yaşlı nüfus***" tur. 65+ yaş dilimi %6'yı aşmıştır (73 milon x .06 = 4,38 milyon!) ve bunların 1/3'ü 80+ yaş dilimindedir (1,5 milyon!) insanımız vardır. Ortanca yaş 28'dir, 0-18 yaş dilimi 24 milyon çocuğumuz vardır ve bağımlı nüfus oranımız 1/3'ler dolayındadır. İşgücü arzı nüfusun 2/3'ü olup 50 milyona yakındır, ancak ancak bu potansiyelin ancak yarısı istihdam edilebilmektedir! Türkiye, halen "**demorgafik fırsat penceresi**" içindedir; ancak bu "pencere" hızla kapanmaktadır. Dolayısıyla, ciddi düzeyde bu genç nüfus potansiyeli için yapılacak **stratejik** yatırım alanları **eğitim**, **sağlık** ve **istihdam-sosyal güvenlik** olarak netleşmektedir. Aksi takdirde, AB-27'nin halen yüzleştiği yaşlanmış, duragan nüfus = "***demografik bomba***" olgusu, Türkiye'nin yaklaşık çeyrek yüzyıl sonra kaçınılmaz olarak yüzleşeceği bir tablodur. Bu süreçte izlenecek "**eğitim**, **sağlık** ve **istihdam-sosyal güvenlik**" stratejik politika triosunun son derece rasyonel ulusal planlama temellerine dayandırılması, ülke için yaşamsal önem taşımaktadır.

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'ün uyarıları çok dikkat çekicidir :

- *"Okuyup-yazma bilmeyen tek bir yurttaş bırakılmamalıdır. Kalkınma savaşının gerektirdiği teknik işgücü yetiştirilmelidir.* ***Yurt sorunlarının ideolojisini anlayacak, anlatacak****,* ***kuşaktan kuşağa yaşatacak*** *birey ve kurumlar yaratılmalıdır. (1937 TBMM açış konuşması)*
- *Gençliği yetiştiriniz, Onlara ilim ve irfanın müsbet (pozitif) fikirlerini veriniz. Geleceğin aydınlığına onlarla kavuşacaksınız."*

HER-KES*; ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetmeden; erişilebilecek en yüksek düzeyde* ***sağlıklı olma TEMEL hakkına sahiptir****.*

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948, md. 25)

Dr. Akdur'un raporunun **2. EKONOMİK VE ÇEVRESEL ÖZELLİKLER..** bölümüne irdelememiz :

Bu bölümde, Çizelge 3 ile oldukça kapsamlı veri seti, 2000-2005 dönemi, 9. Plan (AB ile eşgüdümlü, 2007-13 arası 7 yıllık!) dönemi öngörüleri ve AB-15 verileri değerlendirilmektedir. Makro ve mikro düzeyde pek çok ekleme yapılabilir. Öncelikle dikkat çekilmesi gereken, belki de makro düzeyde yakalanan görece "iyi" performansın "ekonomik büyüme" anlamına gelebileceği fakat kendiliğinden "ekonomik kalkınma" yı da doğurmadığıdır. Göstergeler makro düzeyde "nominal" olarak

[2] Dr. Akdur'un raporunda 50 (elli) bin rakamı -yanlışlıkla- verilmektedir.

büyümektedirler. 75 milyon nüfusa erişmiş, 800 bin km^2 toprak sahibi bir ülkede, özellikle 1970'ler sonrası küresel konjonktürün sağladığı kimi olanaklarla bu tempo "olağan" sayılmalıdır.

Ancak, bu nominal büyüme / şişmenin toplumsal gönence (refaha) yansıması, yaratılan kaynakların, artı değerin adil paylaşımına dayanmalıdır. Bu olgunun Türkiye'de başarılabildiğini savlamak son derece güçtür. **Gelir dağılımı adaletsizliği büyümekte**, küreselleşmeye eklemlenen ülkede yoksullaş**TIR**ma politikaları süregelmektedir. TÜİK'in 2006 Hane Halk Tüketim Araştırması verileri, *nüfusun % 42'sinin günde 4 $'ın altında bir gelire sahip* olduğunu ortaya koymaktadır!

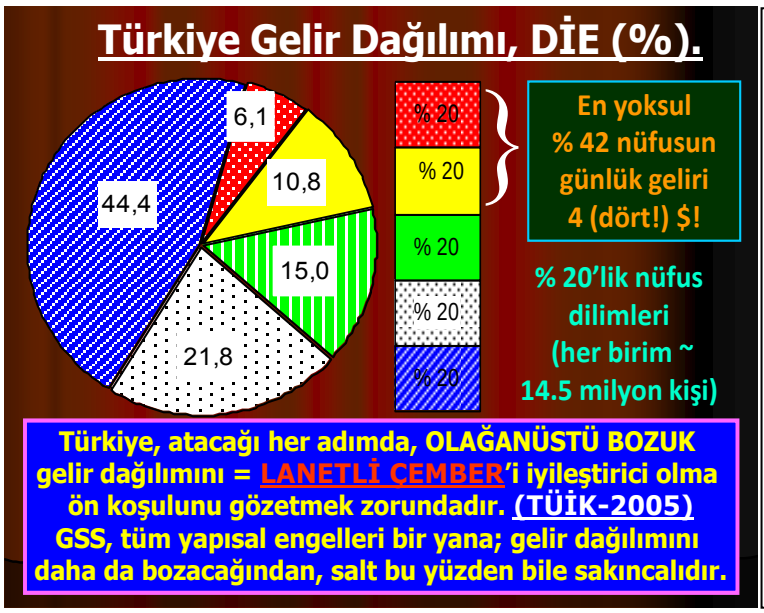
The Forbes adlı ABD kaynaklı, dolar milarderi Steve Forbes tarafından yayınlanan aylık dergi, 2007 başındaki verilerle Türkiye'de 28 dolar milyarderine erişildiğini belirtmekte ve bu sayı ile Türkiye'nin dünyada 6. sırada yer aldığına dikkat çekilmektedir. Kasım 2002'de AKP hükümetinin kurulmasıyla, 5 yıl içinde, 8 olan dolar milyarderi sayısı, 4,5 kat artışla 23 yeni katılımla 28'e ulaşmıştır. Türkiye yeni bir ciddi ve reel gelir kaynağı üretemediğine göre, bu olgu, ülke servetinin, izlenen halktan yana olmayan ekonomi politikalarıyla belli ellerde toplanması anlamına gelmektedir! Hükümet eliyle spekülatif yaratılan yaratılan "varsıllar" dönüp medyun oldukları siyaseti finanse etmekte ve ortaya bir **demokrasi krizi** çıkmaktadır. *Demokrasi yoksunluğu* sosyal devlete sahip çıkmayı da engellemekte ve en temel devlet işlevlerinde bile serbest piyasa lehine geri çekilme yaşanmaktadır. Gelinen yer, *yaygın halk yığınları adına ciddi bir yoksullaştırma ve yoksunlaştırmadır!*

"*Düzeltilmiş işsizlik oranı*"[3] 5 216 000 kişi ile % 22,2'ye erişmiştir ki, gençlerde % 19'dur. Gençlerde "*atalet oranı*"[4] % 34,2 gibi dehşet verici bir düzeye tırmanmıştır. 15-29 yaş dilim genilerde 6 624 138 "atıl" genç kayıtlara girmiştir. Bir de "**çalışan yoksulluğu**" gündemdedir ki, 9 680 000 kişi, çalıştığı halde günde 4,3 $'dan daha az kazanabilmektedir! Oysa 2007 başında 4 kişilik ailenin açlık sınırı 600 YTL'ye yaklaşmıştır. 4,3 $, 2006 yılortası kur ile 5,16 YTL, ayda ise 30 gün tam istihdam ile 154,8 YTL turmaktadır. Ortalama hane halkı 4 olan ülkemizde, aynı ailede 2 kişi (anababa, öbür 2'si çocuk!) çalışıyor olsa dahi, açlık sınırının yarısına bile ulaşa**ma**maktadır! Halk, yaygın biçimde ve artan rakamlarda borçlanmaktadır (**yatay ve dikey yoksullaşTIRma**!). 2002'de 4 milyar TYL olan kredi kartları borcu, 25,7 milyar YTL'ye tırmanarak 6,5 kat büyümüştür. Hane halkının harcanabilir gelirinin ¼'ü borçtur *(Prof. M. Kaynak, Gazi Üniv. İkt. İd. Bil. Fak., 2006 sonu).* Aşağıdaki gelir dağılımı, "**lanetli çember**" durumuna gelmiştir ve yaygın-derin **yoksullaşTIRma**, Halk(ın) Sağlığının en temel engelidir!

DSÖ'ye göre 2000'ler Sağlık Sisteminin 5 Temel Ölçütü *(World Health Report, 2000)* **:**

1. Halkın genel sağlık düzeyi.. **Türkiye'de nasıl??**
2. Sağlık alanında karşılaşılan haksızlıklar.. **Bizde ne düzeyde??**
3. İnsanların sağlık hizmetlerinden hoşnutluğu.. **Kimler memnun?**
4. Hizmetlerin istemi ne ölçüde karşıladığı.. **Hizmet açığı yok mu?**
5. Parasal yükün ne biçimde üstlenildiği.. **Faturayı kim ödüyor??**

[3] İş aramaktan vazgeçen, iş bulma umudunu yitirenlerin de katılmasıyla...
[4] Eğitimsiz, iş aramayan, istihdam dışı..



Dünya Bankası'nın yayınladığı rapor, Türkiye'deki gelir dağılımının sanıldığından daha adaletsiz olduğunu ortaya koydu. Gelir dağılımı Türkiye'den daha kötü ülkeler arasında Afrika ve Asya ülkeleri çoğunlukta. Türkiye ile ilgili asıl çarpıcı sonucu ise en zengin ve en yoksul %10'luk dilimlerin gelirden aldığı payların karşılaştırılmasıyla ortaya çıkarıyor.
EN YOKSULUN GELİRDEN PAYI %2.3!
Türkiye'de nüfusun en yoksul %10'unu gelirden %2.3 pay alırken, en zengin %10'un aldığı pay ise %30.7'ye çıkıyor. % 20'lik dilimlerin karşılaştırılmasında 7.6 kat olan en yoksul ve en zengin kesim arasındaki gelir farkı, %10'luk dilimlerin karşılaştırılmasında 13 kata yükseliyor. Sıfıra doğru indikçe gelir dağılımındaki adaleti, 100'e yaklaştıkça da adaletsizliği gösteren **Gini katsayısı** ise Türkiye'de 40!
www.ntvmsnbc.com. *22.04.05*

Bu arada, **TÜİK'**in hükümeti rahatlama adına makyajlı veriler yayınladığı hususunun, uzman çevrelerde kaygı ile izlendiğini akılda tutmakta yarar vardır.

Öte yandan DSÖ'nün Türkiye saptamaları önemlidir :
2002 Raporu'na göre ise *(World Health Report, 2002)*, Türkiye'de sağlık sorunları sıralanmaktadır :

1. Ülke gelirine oranla düşük sağlık statüsü
2. Sağlık hizmetlerine ulaşımda eşitsizlik
3. Yetersiz koruyucu sağlık hizmetleri
4. Sağlık hizmetlerindeki kaynakların etkili kullanıl(a)maması
5. Sağlıkla ilgili konularda *verimsiz kamu yönetimi*
6. Ekonomik çalışmalar bu konulara eğilmelidir.
7. Ulusal sağlık sisteminin finansman kaynakları : Vergiler %43 + Cepten ödemeler %32 + Sosyal ve özel sigorta primleri %25

Prof. Akdur'un raporu, **"3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ"** altbaşlığıyla sürmektedir. Bu bölümde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı, finansman ve sosyal güvenlik yapısı incelenmektedir. İrdeleme ve katkılarımız aşağıdadır :

Sağlık Bakanlığı, "**Sağlıkta Dönüşüm**" projesi kapsamında sistemde köklü değişimlere girişmiştir. Dr. Akdur'un raporunda 27. ve 35. sayfalarda bu kavram salt 2 kez geçmekte ve yalnızca sözleşmeli personel ücretlerinde artış sağladığı bağlamında değinilmektedir. Oysa bu süreç Türkiye'ye en azından son çeyrek yüzyıldır dayatımaktadır ve 59. ve 60. AKP hükümetlerinde hız kazanmıştır.

Dolayısıyla "**Sağlıkta Dönüşüm**", **"TÜRKİYE SORUNLARINA ÇÖZÜM KONFERANSLARI – VI"** çerçevesinde

- ***"TÜRKİYE'NİN GELECEĞİ İÇİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YENİ ARAYIŞLAR"***

kapsamında mutlaka ve hakettiği derinlikte incelenmek zorundadır. Prof. Akdur'un raporunda bu konunun hemen hemen hiç vurgulanmamış olması çok önemli bir eksiklik olarak görülmektedir.

Türkiye'de sağlık sisteminin finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık alanında yapılan harcamalar; temel olarak kamu kaynaklarından, kamusal sigorta primlerinden;

azalan oranlarda da cepten ve özel sağlık sigorta primleri tarafından karşılanmaktadır. Kamu kesimi sağlık harcamaları içinde merkezi hükümet ve yerel yönetimler ile kamusal sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar -hatalı olarak - yer almaktadır. Özel harcamalar çoğunlukla hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personelleri için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kâr amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır.

Türkiye'de 1961-2008 yılları arasında sağlık harcamaları ile ilişkili olduğu düşünülen yasa, tüzük, yönetmelik, genelge, yönerge, protokol (IMF, DB vb..) ve tebliğlere kısaca bakılacak olunursa;
9 Ocak 1961'de Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında 209 sayılı Yasa, 12 Ocak 1961'de yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa ve 20 Temmuz 1961 tarihli 1961 Anayasası sonrasında sağlık alanında, geçmişi 1980'lere dayanan önemli bir "**Dönüşüm**" yaşanmaktadır. Bu süreçte, 1961 Anayasası Sağlığı yurttaş açısından "temel bir hak" olarak tanımlayarak Devleti de bu hizmetle görevlendirirken (md. 49); daha sonra 1982 Anayasası sağlık ve çevre konusunu aynı maddede işleyip, sağlık hakkını net olarak vurgulamamakta;
Devlete, daha çok "düzenleme ve denetleme" görevi yüklemektedir (md. 56).
Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu'nun geçici 7. maddesi uyarınca (Ek: 5/11/1985 - 3235/2 md.) aylık almakta olanların aylıklarından on yıl süreyle Bakanlar Kurulu'nca saptanmak üzere % 5-10 oranında sağlık sigortası primi kesilmesi kararlaştırılmıştır

Dünya Bankası 1987 ve 1990'da gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemlerine ilişkili sunduğu raporlarla aynı zamanlara rastlayan ve 1987'de kabul edilen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5. maddesi; Milli Savunma Bakanlığı dışında kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimlerinin kamu tüzel kişiliğine sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine olanak tanıyarak, hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılamasını, piyasa koşullarında rekabet eden kurumlar durumuna getirilmesini amaçlamıştır. Bu yasa, sağlığın ticarileştirilmesi amaçlı en net belge niteliğindedir ve Anayasa Mahkemesi'nce birçok maddesi iptal edildiğinden, sistematik bir bütünlük içinde yürürlüğe sokulamamıştır.

Sonrasında, 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenleştirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun'un 5. maddesinde "(Ek: 27/6/1989-KHK-375/27 md.) Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden; o birimde görevli yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personele bunların bir yılda alacakları aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü ödence (tazminat) tutarının %50'sini, öbür personele ise %100'ünü aşmamak üzere, Sağlık Bakanlığınca belirlenecek esas ve oranlarda ek ödeme yapılabilir" kuralı yer almıştır.

11 Ocak 1995'te çıkarılan "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin "**Sağlık İşletmesi**" durumuna getirilmesinin yolunu açmıştır.

18 Kasım 2002'de 58. ve 14 Mart 2003'te 59. AKP Hükümetleri programında Acil Eylem Planı çerçevesinde "**Sağlıkta Dönüşüm Programı**" hazırlanmıştır. Bu programın bileşenleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir :

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı *(Sağlık hizmeti üretimi yerine)*
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası (GSS);
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi;
   - ♦Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği;
   - ♦Etkili, basamaklı (kademeli) sevk zinciri;
   - ♦Yönetsel ve parasal özerkliğe sahip sağlık işletmeleri;
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek güdülenme ile (motivasyonla) çalışan sağlık insan gücü;
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları;
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon yapılanması;

7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma;
   ♦Ulusal İlaç Kurumu
   ♦Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim, Sağlık Bilgi Sistemi,
9. Daha iyi bir gelecek için sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıklı yaşam programları,
10. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
11. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

"**Sağlıkta Dönüşüm**" süreci kapsamında 1. Basamak sağlık hizmetlerinin yapısı da köktenci biçimde değişime uğratılmaktadır. Sağlık Ocakları kapatılmaya başlanmış, yerlerine Aile Hekimliği ofisleri açılmıştır. Topluma dönük koruyucu sağlık hizmetleri için ise Toplum Sağlığı Merkezleri açılmaktadır. 1. Basamak sağlık hizmetler, de özelleştirilmekte ve Aile Hekimi eliyle verilmesi tasarımı uygulamaya konmaktadır.

Aile Hekimliği 1983'te Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alarak bir tıp uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Aralık 2004'te ise "*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkına Kanun*" yürürlüğe girmiştir. Uygulamaya ilk olarak Eylül 2005'te Düzce ilinin tümünde başlanmıştır. Şimdiye dek 11 ilde Aile Hekimliği pilot uygulamasına geçilmiş ve 600'den çok Sağlık Ocağı kapatılmış olup, 2007'de 9, 2008'de ise 35 ilde bu sisteme geçilmiş olması planlanmaktadır.

Sosyal Güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinde, Mayıs 2006'da **Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası** yürürlüğe girerek Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur tek çatı altında toplanmıştır. Hemen arkasından, 5510 sayılı **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası** Mayıs 2006'da yürürlük almıştır. Sonrasında Anayasa Mahkemesi bu yasanın kimi maddelerini iptal ederek yürütmeyi durdurmuş ve Hükümetin önerisiyle TBMM'de yasanın yürürlük maddesi değiştirilerek 1 Temmuz 2007'ye ertelenmiştir. Bu yasada "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" ile yapılan değişiklikler hâlen TBMM Genel Kurulu'nda görüşülmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun **Sağlık Uygulama Tebliği** (SUT) ve Maliye Bakanlığı'nın **Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği**'nin (TUT) Haziran 2007'de yürürlüğe girmesine çaba harcanmaktadır. Böylece vatandaşların istedikleri hastaneye serbest olarak gidebilmesinin önü açılacaktır. Ayrıca yılların klasik Bütçe Uygulama Tebliği (BUT) gündemden düşmüş olacaktır.

Öte yandan, Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan "**Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı**" ise Mart 2007'de TBMM Başkanlığı'na sunulmuştur. Bu yasa tasarısı, kamu hastanelerinin yönetimini ve finansmanını, özel sektöre mülkiyet devri de dâhil olmak üzere Özel İdarelere bırakmaktadır ve 5510 sayılı yasanın TBMM'den geçmesinden sonra Meclis gündemine alınması planlanmaktadır.

Böylelikle, SSK'nın 508 sağlık kurumunun, yukarıda değinildiği üzere 2005 yılı içinde mülkiyeti ve personeli ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na devrinin gerçek amacı ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanı **Recep Akdağ**'ın basın önünde kezlerce "*Sağlık Ocalarını kapatmıyoruz, kapatmayacağız*" demesine karşın, tersi yapılmaktadır. Yine Sayın Bakan'ın "*Hastaneleri özelleştirmiyoruz, özerkleştiriyoruz*" içerikli kezlerce yinelediği söyleminin de doğru çıkmadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı sırasıyla kamusal sağlık hizmeti ve sosyal güvenlik hizmeti üretmekten çıkmakta ve bu 2 alan piyasalaştırılmaktadır. Zaten Bakan R. **Akdağ** açık açık niyetini açıklamıştır :

- " *Artık hastalar memnun edilecek, **müşteri** olarak kabul edilecek*." *(Milliyet, 26.07.03)*
- Oysa bir Japon atasözü; **"Hekimin akıllısı hasta ile değil, sağlamla uğraşır."** demektedir.

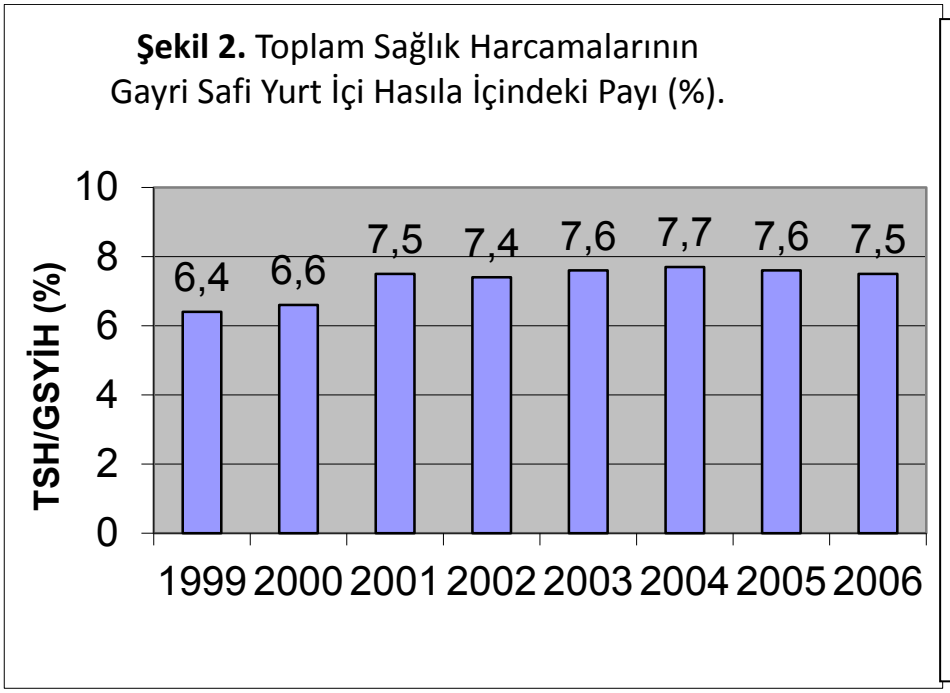
Bu arada *TÜİK **"2006 Yılı Yoksulluk Çalışması"*** verilerine göz atmak zorunlu gözükmektedir :

- ***Yoksulluk** en çok çocukları vurdu. 2006'da Türkiye genelinde yoksulluk sınırının altında yaşayanlar %17.81 oranında iken, çocuklarda bu oran %25.23 oldu. Bir başka deyişle 2006'da 15 yaş altındaki 5.3 milyon çocuk yoksulluk içinde, yani yeme, barınma, sağlık ve eğitim.. gibi*

insansal gereksinimlerden yoksun yaşamak zorunda kaldı. 5.3 milyon yoksul çocuğun 1.7 milyonu kentlerde, 3.6 milyonu da kırsal bölgelerde yer aldı.

- *Ülkemizde çok çocuk sahibi olan ailelerin genellikle eğitim ve gelir düzeyleri düşük ve sağlık hizmet kullanımları sınırlıdır. Anne ve bebek ölümleri, çok ve sık doğum yapan ve sağlık hizmetine ulaşımı sınırlı bu gruplarda yaşanmaktadır. Doğurganlığı yüksek olan kadınlarda yaşam boyu ölüm riski artmaktadır.*

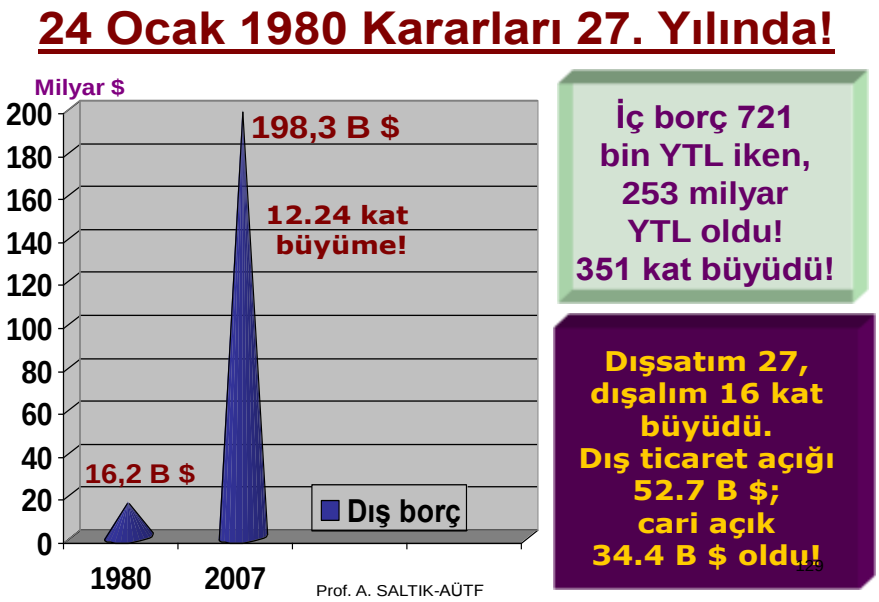
Kökeni 1990'lar başına tarihlenen ve AKP hükümetleriyle 200'den bu yana hız kazanan "**Sağlıkta Dönüşüm**" süreci kapsamında ülkemizde sağlık sektörü harcamaları tırmanmaya devam etmektedir (Bkz. Şekil 2).



Türkiye, ulusal gelirinin % 8'e varan önemli bir bölümünü sağlığa harcıyor! GSMH' nın 600 milyar $'ı aşması durumunda, toplam sağlık haramaları 50 milyar $'a varacak! Bu tutar ödenemiyor, sürdürülebilir değil. Tek çare, etkin ve yaygın koruyucu sağlık hizmeti ile tasarruf! Almanya, yasa zoru ile koruyucu sağlık hizmeti kullandırıyor!

Kaynak: Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.

Bu arada ülke borçları çok ciddi bir artış eğilimi göstermektedir :



1989 tarihli **32 Sayılı Karar**'dan bu yana *ülke zenginleri vergi yerine devlete borç veriyor*. Vergiyi emekçiler ödüyor. Bu da zenginlerin devlete verdiği borcun faizine gidiyor. Devlet, başta sağlık olmak üzere kamusal hizmet üretemiyor. Borçları büyüyüyor, özelleştirmeye zorlanıyor. **Ulus, planlı olarak yoksullaştırılıyor!** *Yoksulluk, kötü sağlığın en temel belirteci! İkisi arasında acımasız bir kısır döngü var!*

İlaç Harcamaları :

Prof. Akdur'un raporunda hakettiği ağırlığı bulmadığını düşündüğümüz bu alanda, ciddi sorunlara işaret etmek isteriz.

İlaç pazarının büyüme hızı bakımından Türkiye, Dünya 2. sidir
(Türkiye'nin Çelişkileri, Ankara Ticaret Odası, Mayıs 2005) !

2002 sonunda 5 milyar $ dolayındaki tüketici fiyatlarıyla ilaç harcamaları, çok hızlı bir tırmanışla 2006 sonunda 2'ye katlanarak 10 milyar $'ı aşmıştır *(İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası-İEİS verileri..)*.

2005 yılı içinde ilaç harcamaları, toplam sağlık giderlerinin yarısına erişmiştir!
(Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yrd. Prof. Dr. Sabahattin Aydın ile kişisel görüşmemiz)

İlaç giderlerinin bu orana vardığı bir başka ülke yeryüzünde yoktur. Temel nedenlerinden biri, 1 Mart 2004 tarihli İlaç Fiyat Kararnamesidir. Söz konusu oran ABD'de % 11, OECD ülkelerinde % 17 dolayındadır *(OECD Health Data..)*.

Üretici ve tüketici fiyatları arasındaki makas, 2002'den başlayarak açılmaktadır. Bu da, ithalatçı, depocu ve eczacı kâr payının görece büyümesi anlamındadır. Son yıllarda 500 büyük şirket arasına 3 tane ecza deposunun girmesi rastlantı değildir *(İstanbul Ticaret Odası 500 Büyük Şirket, 2006 sonu..)*.

1996'da tavan yaparak 13 bin tona varan yerli ilaç hammaddesi üretimi, 1 Ocak 1996'da AB ile üye olmaksızın **Gümrük Birliği**'ne geçiş ve **Dünya Ticaret Örgütü**'ne üyelik için imzalanan **GATS Anlaşmaları** nedeniyle düşmeye başlamıştır. 1999'da **İlaçta Patenti** benimseyen 551 Sayılı Yasa Gücünde Kararname ile yerli ilaç hammaddesi üretimi ve ilaçta özyeterlik oranı düşmeye devam etmiştir.

Oysa, 1986'da başlayan ve Dünya Ticaret Örgütü'nün kurulmasına giden **Uruguay Turu** süreci 1994'te bitmiş, 2004'e dek on yıl süreli bir uyum süresi tanınmıştı. Türkiye, dış baskılarla bu süreyi kullana)madan, ilaçta patent korumasını başlatarak halkına daha pahalı ilaç kullandırdı. İlaç faturası kabardı. Bir yandan da yerli ilaç sanayisi yabancılarla rekabet edemeyerek, onlara satılarak tasfiye oldu ve yerli üretim durduruldu. Türkiye, halen, gereksinimi olan ilacın % 30'unu bile üretemiyor ya da tersinden söylenecek olursa, bu stratejik sektörde % 70 dolayında dışa bağımlı bulunuyor.. Üstelik hiçbir aşı, bağışık serum, antidot... üret(e)meksizin; hızla pazar olarak..

Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu, eczanelerin alacaklarını zamanında ödeyemiyor ve 2,5 milyar YTL'ye tırmanan tahsil edilemeyn faturalar nedeniyle, 2006 Ocak ayında 8 bin Eczacı Kadıköy'de miting yapıyor. Tam da 2006 bütçesi TBMM'de görüşülürken, gece yarısı verilen bir önerge ile Maliye Bakanlığı'nın kamu-özel sağlık kurumlarına biriken 3,5 milyar YTl'lik borcu, Yüce Meclis'in yüksek iradesi ile, Bütçe Yasası'na eklenen bir madde ile silinebiliyor ?!?

İstikrar Enstitüsü'nün değerlendirmelerini dikkatle incelemekte büyük yarar vardır :

"Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı? Sağlık Politikaları ve Ülkemizde Kamu Sağlık Harcamaları Sorunu" *(www.tepav.org.tr/tur/index.php?type=event&cid=390&title=S/, 11.02.07)*

- Sağlık harcamalarının 1999-2007 arasında reel olarak % 40 gibi oldukça yüksek bir oranda arttığına dikkat çekilerek; "*İstikrar programlarının uygulandığı bir dönemde sağlık harcamalarının bu düzeyde artması, başta eğitim olmak üzere diğer kamu harcamalarının üzerindeki tasarruf baskısını daha da yoğunlaştırmıştır.*" denilmektedir.
- Kamu sağlık harcamalarının reel olarak artmasına, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarındaki artış ile **Yeşil Kart** harcamaların-daki sıçramanın neden olduğuna dikkat çekilen Rapor'da, **Yeşil Kart** harcamalarının GSYİH'ya oranı 1999-2007 arasında % 254 artarken,

bu artışın sosyal güvenlik kurumlarında yaklaşık % 60 oranında olduğu ve kamu sağlık harcamalarında bu dönemde yaşanan artışın % 70'inin bu iki alandan kaynaklandığı açıklandı.

- "Kamu sağlık harcamalarının zaman içinde artıyor olmasının, sağlık hizmetinin kalitesinin de arttığı şeklinde bir izlenim doğurması konusunda ise dikkatli olmak gerekmektedir.
- Nitekim, *Sağlık Bakanlığı bütçesinin toplam sağlık harcamaları içindeki payının önemli oranda düşmesi* ve koruyucu sağlık hizmetleri içinde yer alan *halk sağlığı harcamalarının bu dönemde artmaması* hatta reel olarak azalması, etkinlik ve kalite sorununu bugün daha çok gündeme getirmektedir."
- **Döner sermayeler dönüyor mu?** Rapor'da sağlık sistemindeki önemli bir yer tutan "**döner sermaye sistemi**" de incelendi. *"Döner sermayeli işletmelerin son iki yılda 3,8 milyar YTL, 2007 yılında silinecek tutarlar ile birlikte ise toplam 5-6 milyar YTL arasında değişen bir alacağı silinmiş ve silinmesi planlanmaktadır."* denilen Rapor'da, silinen söz konusu alacak toplamlarının bugünkü fiyatlara getirildiğinde, yıllık bazda döner sermayeli işletmelerin yıllık satış hasılatının nerede ise % 70-75'ine yaklaştığına dikkat çekildi.
- "**Sonuç olarak**; döner sermayeli işletmelerin alacaklarının silinmesi sureti ile kamu sağlık harcamaları daha düşük düzeyde gösterilmektedir. Bu düzeyde bir alacağın son 3 yıl içinde silinmesi, 2 temel konuyu kaçınılmaz olarak gündeme getirmektedir:
- Bunlardan ilki döner sermayelerin hızla ödeme güçlüğüne çekilmesinin bir bütün olarak sağlık sistemini olumsuz etkilemesi riskidir. İkincisi ise, sağlık hizmetlerinde fiyatlamanın özel sağlık kurumlarının yoğun bir şekilde sisteme girmesiyle birlikte ne şekilde oluşturulacağıdır."
- Rapor'da sağlık sistemi için geliştirilen politikalar ve harcama tercihlerine ilişkin olarak şu saptamalara yer verilmektedir :
- - Sağlık harcamaları yıllar içinde artış eğilimi göstermekle beraber, bu artışın kompozisyonu **maliyet-etkin değildir**.
- - *Koruyucu sağlık hizmetlerine gereken kaynağın ayrılmadığı bir ortamda*, sağlık sisteminin herkesi kapsayacak ve asgari sağlık hizmetini herkese verecek şekilde yaygınlaştırılması, arkasında sağlam bir finansman modeli olmadığında, hizmetin aksamasına ve tıkanıklıklara yol açmaktadır.
- - Kompozisyonu bozuk ve maliyetli sağlık harcamalarının artmaya devam etmesi, bütçe disiplini uğruna, bu sefer eğitim ve diğer alanlara ayrılacak kamu fonlarını kısıtlamaktadır.
- - Kamu sağlık hizmetinin temel sunucusu durumunda olan döner sermaye işletmelerinin mali durumu bütün bunların sonucunda bozulmaktadır. Devletten alacaklarını tahsil edemeyen işletmeler ve özel kesim kurumları bu durumu gelecekte sunacakları hizmetin maliyetini artırmak sureti ile maliyetlere yansıtmakta ve bu maliyetlerin de karşılanamaması, **içinden çıkılmaz bir kısır döngü**yü gündeme getirmektedir.
- Bütün bunlar, ***kamu sağlık sisteminin finansman açısından ciddi bir darboğaza girmek üzere olduğunu*** bize göstermektedir."
- "IMF ile görüşmelerde bütçe tartışma konusu olabilir."
  Rapor'da... önümüzdeki döneme ilişkin olarak şu uyarılarda bulunuldu :
- "IMF ile yapılacak görüşmelerin gelişimine bağlı olarak yılın ilk 3-4 ayında bütçede gözlemlenebilecek harcamaların baskı altında tutulması eğiliminin de güç kazanabileceğini bir olasılık olarak not etmek gerekmektedir.
- Bu açıdan bütçe dışından harcama yapma eğilimi bir seçenek olarak kamu otoritesinin başvurabileceği bir alan olabilir. Ancak IMF ile Stand By düzenlemesi sonrasında muhtemelen yeni bir biçimde sürdürülmesi sözkonusu olan ilişkilerde bu hususun ciddi bir tartışma ve müzakere konusu olabileceğini de gözden uzak tutmamak gerekmektedir."

Türkiye, İngiltere gibi gelişmiş ve varsıl bir ülkenin sağlık harcamalarına ulusal gelirin oranı olarak oldukça yaklaşmıştır : % 8!

Ancak sağlık düzeyi göstergelerimizin karşılaştırılması olanak dışıdır! Bundan çıkan sonuç nedir ?

- Türkiye, sağlık sektöründe, dış güdümlü dayatma politikalarla sınırlı kaynaklarını **verimsiz** hatta kötü kullanarak dışarıya akıtmaktadır. Böylece kalkınmasını riske atmaktadır.

Dr. Ata Soyer şu çarpıcı noktaları kaydetmektedir :

*“19 milyar $ dolayında olan toplam sağlık giderinin % 47'si, yani 8.9 milyar dolarlık bölümü, çeşitli yöntemlerle **kamudan özele aktarılmış**tır. AKP'nin "**sağlıkta dönüşüm**" diye adlandırdığımız ucubeyi, 1980'li yılların başında yaşanan "batık banker skandalları" na benzetiyoruz.”*

*"**AKP** iktidarının sağlık alanındaki övünmesi, yağı bol bulan Arap'ın, yağı nereye süreceğini bilememesi gibi bir övünmedir. Kamu sosyal güvenlik kurumlarının kaynaklarını zorlayarak ve SSK'ye el koyarak, kamu sağlık harcamalarını, o tarihe kadar görülmeyen bir oranda arttıran AKP iktidarı, bu parayı yatırıma yönlendirmeyerek kamusal sağlık hizmetlerini geliştirmeyen, aksine çökertmeyi sürdüren bir tercihte bulunmuştur.”*

*“Burada oluşturulan boşluğu, hizmet ve mal satın alma ile doldurma tercihi, AKP'nin kamudan özele inanılmaz boyutta bir kaynak aktarmanın yolu olmuştur. Bu kaynak aktarma operasyonunun önündeki görüntü, 'performans' ve 'her sağlık kurumunun, daha çok hasta bakması' zorlaması ile şişirilmiş bir poliklinik hizmeti patlamasıdır. Önümüzdeki dönem, vatandaş açısından, kısmen hoşnut olduğu yalancı bir dönemin bitişi, suni olarak şişirilmiş sağlık pazarının maliyetini daha fazla üstlenmesi şeklinde yaşanacaktır.” Az daha bekleyelim, **Dönüşümün çöküşünü de göreceğiz**.”*
(Bkz. Sağlık Ekonomisi ders notlarımız..)

Öte yandan, **Sağlıkta rekabet olur mu?**

ABD sağlık piyasasında *hastane birleşmelerinin maliyet ve fiyatlara etkileri* üzerine yapılan en son çalışmalardan birinde, 3500 hastane verilerini kapsayan bu araştırmada, 1986-94 arasındaki, 122 hastane birleşmesinin etkileri incelenmiştir: *(RA Connor et al, Health Affairs, vol 16, issue 6, 62-74, 1997)*

- *Birleşen hastanelerde, birleşmemiş hastanelere göre, maliyetler düşüyor -hastane birleşmeleri etkinliği güçlendiriyor- bununla birlikte, yoğunluğun olduğu piyasalarda, hastane birleşmelerinin pazar gücünü artırmasına bağlı olarak, **birleşmiş hastaneler daha yüksek fiyatlara sahiptirler!!***

Bu arada Türkiye’de, 300’ü aşkın özel hastanenin 1/3’ünün tek bir grubun elinde olduğunu anımsamak gerekir. Sağlık piyasaları rekabete yatkın olmayıp, *oligopolistik* eğilimlidir.
Nitekim ABD’de *Humana Hospitals* grubu 600+ hastaneyi bünyesinde toplayarak tekelleşmiştir.

Tüm bu çarpıcı gerçekler ortada iken Türkiye’de kökü dışarıda “**Sağlıkta Dönüşüm**” süreci neden ve nasıl dayatılıyor ?

Yanıt verelim :

Dünya Bankası raporu (*World Development Report, 1993) :*

- ***Kamu hizmeti dayanışma kökenlidir; bu yüzden kaldırılmalı, rekabet olmalıdır.***
- ***Sağlık özel bir sorundur ve sağlık hizmeti özel bir metadır.***

Mercedes-Benz Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Kurt Lauk’un, “*Küreselleşmenin Nimetleri*” panelindeki İstanbul konuşmasından alıntılar çok öğretici olacaktır (www.antimai.org, Mayıs 1988)

- **“**Aslında çok daha hızlı küreselleşebilirdik, fakat 2 önemli engelle karşılaştık bu süreçte : Demokrasi ve trilyonlarca dolar değerindeki *emeklilik fonlarının kamu, yani ulus devletlerin denetiminde olması*. Doğrudan yatırımların ya da bir başka deyişle sanayinin küreselleşmesi için gerekli adımları zaten yıllardan beri kat ediyoruz. Ama artık, bizim için asıl önemli olan, finansal sermayemizi küreselleştirebilmek.”
- **“**Yani borsalarda işlem gören hisse senetlerimizin prim yapması ve böylece bilanço varlıklarımızın, sermayelerimizin bilanço değerlerinin giderek daha da büyümesi, büyümesi.. Fakat bunun için borsalara sürekli para girişi yapılması gerekiyor ve bu para da **emeklilik fonlarında** yatıyor.”

- **"**Bu ***emeklilik fonları özel aracı kurumların emrine tahsis edilecek olursa***, borsalara kanalize edilecek ve biz daha da zenginleşeceğiz. Öbür yandan, doğrudan yatırımlarımızın küreselleşmesinde de ciddi bir direnç ile karşılaştık : **Demokratik devlet yapıları!**"
- **"**Bakın Asya sermayesi nasıl para kazanıyor. Çocuk işçi, kadın emeği, sendika, insan hakları gibi sorunlarla uğraşmıyor Asya sermayesi ve bu yüzden de kâr oranları son derece yüksek."
- **"**Çünkü bu bölgede ve G. Amerika'da **dikta yönetimler** iş başında. Fakat biz Avrupa'da ne yapıyoruz? Yok işçi hakları, yok sendikal haklar, yok insan hakları, yok sosyal güvenlik katkı payları *(Devletin ve işverenin)..* Sonuçta kârlarımız kuşa dönüyor.
  Demokrasiden vazgeçmek zorundayız." **(!?)**

Bir başka yanıt : ***MAI ;*** *Multilateral Agreement for Investment, Çok Taraflı Yatırım Anlaşması!*

- **Emeğin mal oluşunun düşürülmesi için her türlü sosyal güvenlik ve yardımın yanı sıra örgütlenmesinin önüne geçilmesi;**
- Üretimde kullanılacak ham madde ve ara malda birincil önceliğin üretimin yapıldığı ülke olması ya da belli bir oranın bu ülkeden karşılanması ilkesinin yerine, fiyatının düşük olduğu yerden dışalımına (ithaline) bıraktırmasını..
- ***DİKKAT :*** *Anlaşmayı imzalayan devletler, 5 yıl süre ile anlaşmadan çıkamayacak ve çıktıktan sonra da 15 yıl süre ile tüm anlaşma kurallarını uygulamak zorunda bırakılacaklardır!?!* (*Katolik nikahından beter!*) (*Kabul tarihi : 13 Ağustos 1999)*

DÜNYA BANKASI DÖKÜMANI

Rapor No.24358-TU Türkiye : Yaygınlığı Ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, Haziran **2002**, İnsan Geliştirme Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi

- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın sağlık sektöründeki temel görevi, evrensel sağlık sigortası sisteminin yönetimine ve işlevlerine denetim ve rehberlik yapmaktır.
- Her 2 bakanlık da, şu anda yüksek öncelik vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, varolan yapıların özünü oluşturan *sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması* işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır.
- Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm SB ve SSK hastanelerine hem yönetsel hem parasal (mali) açıdan hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin sağlanması bakımından özerklik tanınmalıdır. İlk aşamada hastane kurumunun geneline özerklik tanınmalı, ikinci aşamada ise, her tesise ayrı ayrı **özerklik** tanınmalıdır.
  Sağlık tesislerinde bulunan tüm personel, ilgili kurumun sözleşmeli personeli olacaktır.
- SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın sunduğu çeşitli sağlık sigortaları ile Devlet memurlarına sunulan hizmetler ve **Yeşil Kart** gibi refah programları (?!) birleştirilerek ***tek bir zorunlu sağlık sigortası*** sistemi ya da Sağlık Fonu haline getirilmelidir. Sağlık Fonu yüksek oranda özerk olmalı ve profesyonelce yönetilmelidir.

DB önceki başekonomistlerinden, 2001 Nobel Ekonomi ödüllü Prof. J. **Stiglitz**'in itrafları çarpıcıdır :

- **"..İçeride sosyal güvenliğin özelleştirilMEmesi için savaşırken, dışarıda özelleştirilmesini aşılıyorduk..."** *(Cumhuriyet, 24.03.04).*

Görüldüğü üzere, günümüzde AKP hükümetinin sağlık politikaları;

1. *Sözleşmeli çalışan sağlık insan gücü*
2. *Sağlık Bakanlığı'nın "Hizmet" sunmayı bırakması,*
3. *Aile hekimliği/doktorluğu sistemine geçiş*
4. *Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi*
5. *Genel Sağlık Sigortası*

6. *Ve sözde "Rekabet"..*

A World Bank project !

tamamı ile Dünya Bankası'nın Türkiye'ye dayattığı politikalar doğrultusundadır.

Bu politikaların yaşama geçmesi için, ülke nüfusunun yarısına hizmet veren **SSK'nın dağıtılması** gerekmektedir. Hükümet, DB ve IMF'nin sağlık ve sosyal güvenlik alanında verdiği ödevleri yerine getirerek, bu uluslararası mali kuruluşlarla ve onlar aracılığı ile de varsıl kapitalist ülkelerle iyi geçinerek, ***ne pahasına olursa olsun, iktidarda kalma, kadrolaşma*** *ve Temmuz 2007'de genel seçimi alma telaşı* **ve planı** içindedir.

AB 2. Ulusal Programı ve Genel Sağlık Sigortası

- İlk "Ulusal Program" yaklaşık 2 yıl kadar sonra güncellenerek yeniden sunulmuştur *(24.07.2003 tarih ve 25178 mükerrer sayılı RG).* Buna göre, III.6. bölümde;
- Uzun ve kısa erimli (vadeli) sigorta programlarının birbirinden ayrılması,
- Sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik sisteminden ayrılması ve **Genel Sağlık Sigortası'**nın kurulması... istenmektedir.

Prof. Yeldan'ın AKP'nin, kökü dışarıda "Sağlıkta Dönüşüm" progrsamı angajmanına ilişkin irdelemeleri çok düşündürücü ve öğreticidir (*www.cumhuriyet.com.tr*, 12.01.05).

- **Türkiye**, uluslararası işbölümünde **yüksek borçlu** bir ülke olarak gözükmekte ve öncelikle borçlarının çevrilmesi görevi yükümlülüğüyle, IMF ve ulusal ve uluslararası finans sermayesi tarafından **denetim altında** tutulmaktadır.
- Öte yandan 2003 ve 2004 Türkiyesi'nde çok yüksek tempolu büyüme ve kamu sektöründe ulaşılan **faiz dışı fazla** (>%6.5/TUG) bütçe hedeflerine karşın, borç yükünün azaltılAmadığı gözükmektedir.
- *Kamu harcamalarındaki kesintilerin ve vergi gelirlerinin de sınırına gelinmiş olduğu izlenmektedir.*
- Dolayısıyla, **Sağlıkta Dönüşüm Programı özünde**, gerek IMF'ye gerekse ulusal ve uluslararası sermaye çevrelerine aktarılacak yeni kaynak arayışı içinde olan **tarikatlar koalisyonu AKP**'nin kısa dönemde gerçekleştirmeye çabaladığı bir **rant transferi** ve **güven tazeleme** operasyonu olarak değerlendirilmelidir.

IMF Türkiye Temsilcisi Hugh Bredenkamp, 2006'da en önemli gündemin sosyal güvenlik reformu olduğunu söyledi. Niçin acaba?? (*www.ntvmsnbc.com/news*, 14.12.05)

UYARALIM :

- *En yoksul % 40 nüfustan GSS için prim = ek vergi (!) kesmek hem çok güç, hem pahalı, hem de zaten bozuk olan gelir dağılımımıza daha da adaletsiz kılar. Buna kimin hakkı olabilir?? Oysa bu kesime kaynak aktarılmalıdır. Sosyal güvenlik politikaları, Batı'da bu gerekçeyle türetilmiştir.*
- ***GSS**'nin uygulamaya geçilmesi durumunda bu sistemin de bugünkü SSK ve BAĞ-KUR'un durumuna düşeceği ve sağlık sistemimizin daha da karmaşıklaşacağı kesin gibidir.. Balayı dönemi, duraksama ve **ÇÖKÜŞ**! Dünya pratiği böyle. Bu arada milyarlarca $ ulusal kaynak yerli ve yabancı sermayeye aktarılır! Enkazı kaldırmak, halkın vergisi ile Devlete kalır..*

İşçi Sağlığı ve Güvenliği

Emeğe saygı, insan olmanın baş koşuludur..

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve DSÖ'ye göre **İşçi Sağlığı'nın amaçları** (1950) :

" Tüm mesleklerde işçilerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumlarını en üstün düzeye ulaştırmak; bunu sürdürmek, çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek, işçileri sağlığa aykırı etmenlerden korumak, fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun mesleksel ortama yerleştirmek, özet olarak *işin insana ve her insanın kendi işine uyumunu sağlamak*. " tır.

Toplumumuzun üretken bölümü, tüm nüfusun yaklaşık 2/3'üdür. Bu kesimin sağlığı; işyeri ortamından kaynaklanan, yinelenen fakat korunması olanaklı nedenlerle ciddi risk altındadır.

Meslek hastalıkları ve **iş kazaları**, çalışanların sağlık ve güvenliğinin en temel 2 göstergesidir.

- Literatüre göre meslek hastalıklarının neredeyse tamamı,
  iş kazalarının ise % 98'inin önlenmesi olanaklıdır.

24 milyona yakın çalışan, ülke nüfusunun 1/3'ü demektir. Bu kesimin yalnızca 1/3'ü SSK'lıdır ve bu 8 milyona yakın sigortalı çalışan için söz konusu istatistikler tutulmaktadır.

Ne var ki, SSK 2006 verilerine göre yaklaşık 8 milyon SSK'lı işçide 574 meslek hastalığı tanısı konmuştur! Oysa Almanya'da her yıl 81 bin dolayında yeni meslek hastalığı saptanmaktadır. İş kazalarında da ciddi bir buzdağı söz konusudur ve 2006 içinde kayda giren yaklaşık 75 bin iş kazası olmuştur.. 2006'da, kayda giren iş kazası + meslek hasdtalığı ölümü yaklaşık 1600'dür.

Türkiye, bu eksik kayıt hatta kayıtsızlık sorununu çözmek zorundadır.

Anayasa'nın 56. maddesine göre, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı vardır. Dolayısıyla bu hak, çalışma çevresini de doğallıkla içerir.

Türkiye, tüm çalışanlara bu hakkı yaşama geçirecek **sağlık ve güvenlik** önlemlerini ve ortamını sunmak zorundadır. Bu amaçla, tüm çalışanların sürekli ve düzenli sağlık ve güvenlik hizmeti işveren tarafından sağlanmak; Devlet tarafından da etkin yaptırımlarla denetlenmek zorundadır. Ne yazık ki, bu dentimden sorumlu Çalışma Bakanlığı, 250 dolayında denetçiye sahiptir. 2006 SSK verileriyle 1 050 000 dolayında işyeri bulunduğu dikkate alınacak olursa, 1 denetçiye yıl içinde yaklaşık 4000 işyeri düşmektedir. Dolayısıyla işyeri denetimleri gereğince yapılmaktan çok uzaktır.

Bir başka sorun alanı, Türkiye'nin ILO normlarını (Sözleşme ve Tavsiye Kararları) benimseyerek iç hukukta yaşama geçirmede tembel davranmasıdır. 200'e varan Sözleşme'den (Konvansiyon) ancak ¼'ü iç hukuka uyarlanmıştır. En temel sorunlardan biri, işçilerin **örgütlenme** alanındadır.

Bir kez tüm emekçilerin yapay kompartmanlardan çıkarılarak (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK..) "çalışan" olarak nitelenmesi ve evrensel sendikal örgütlenme hakkını kullanmasıdır.

Halen, 8 milyon SSK'lı işçinin yaklaşık 750 bini (yalnızca 1/10'u!) sendikalıdır!

Oysa 1980'de 3 milyon SSK'lı işçinin 1i,5 milyonu (yarısı!) sendikalıydı!

Geçen çeyrek yüzyılda, **küreselleştirilme** adı altında yeniden yarı sömrge kılınan Türkiye'de, emek örgütlenmesi planlı politikalarla, avuç içinde kar örneği eritilmiştir. Çifte standartlı AB seyircidir! Dolayısıyla işçi sağlıpğı ve güvenliği ortamını iyileştirmek son derece güçtür.

Bunlara bir de **yüksek işsizlik** sorunu eklendiğinde, tablo daha da ağırlaşmaktadır.Türkiye bu yakıcı sorunlara hızla çözüm üretmek zorundadır.

Esnek istihdam, altişverenlik (taşeronluk), işçi kiralama, kayıt dışı istihdam, ücret düşüklüğü, işletme ölçeğinin küçük oluşu. İşyerlerinin yalnızca % 2'si (yaklaşık 20 bin orta-büyük işyeri) 50+ işçi çalıştırmaktadır. Geriye kalan % 98 işyeri >50 işçi çalıştıran KOBİ'lerdir. Bu yapısal bir sorundur ve kapsamlı orta-uzun erimli politikalarla üstesinden gelinebilir.

- *İşveren, kalifiye olmayan elemanı genellikle **kayıtdışı** veya eksik bildirimli sigortalı olarak çalıştırmakta, birkaç yıl sonra ya kamufle edilen **iş kazası** ya da adı konul(a)mayan **meslek hastalığı** tohumlanması ile işten çıkarmaktadır. % 6-7 dolayında çekirdek işgücü tutulmakta, öbürleri için hızlı bir doldur-boşalt **esnek istihdam** yöntemi izlenmektedir. Bu tablonun çeyrek yüzyıl devamı halinde, milyonlarca insan iş kazası ve / veya meslek hastalığı ile yüklenmiş, değişik derecelerde işgöremeyen, derdine ad da konmamış, 50'li yaşlarına gelmiş ama 7000 gün*

prim ödeme süresini tamamlayamamış, bu yüzden de emekli olamayan, başka iş de bulamayan insanlarla dolu, "hastalıklı" bir toplum durumuna gelebilecektir! Bu senaryo, ***ağır bir toplumsal bunalım*** *demektir. Hızla, köklü öngörülere dayalı çözümle üretmek kaçınılmazdır.*

Yaşamın yükünü kimler omuzluyor?? 119

Bir ülkenin en değerli serveti, kuşku yok ki, eğitilmiş ve sağlıklı insangücüdür; insan sermayesidir. Dolayısıyla, hiçbir ekonomik gerekçe hatta zorluk, insan sağlığını tehlikeye atmayı haklı kılamaz. Çalışma yaşamında evrensel asgari ILO normlarına uyum küresel ölçekte zorunlu kılınmalı, bu durum ürünlerin üzerine yazılmalı ve tüketiciler bilinçli denetim yapmalıdır.

ILO verilerine göre, küresel gelirin % 4'ü, her yıl işle ilgili kaza ve hastalıklar yüzünden tüketilmektedir. Türkiye'de 600-700 milyar $ çapında bir ulusal gelir düşünülürse, 24-28 milyar $ dolayında bir ekonomik yitiğin Türkiye için de söz konusu edilebileceği görülür. Bu bakımdan, tablo çok ciddidir.

ILO verilerine göre; **ekonomik küreselleşme**, verimliliği düşüren ve giderleri artıran bir sorun olarak işletmeleri ve ülke ekonomilerini tehdit etmektedir. İşçilerin yoğun psikolojik rahatsızlıkları nedeniyle her yıl 200 milyon iş günü yitirilmektedir. *(www.ilo.org, 28 Nisan 2003)*

Prof.Dr. A.SALTIK, AÜTF

Çalışanların işveren karşısında devletçe korunması gereği tartışma dışıdır.. Devlet, tarafsız hakem olmaya zorlanamaz!

ILO'nun Dünya akıl sağlığı günü dolayısıyla hazırladığı rapora göre, çalışma yaşamındaki belirsizliklerden biri olan "***EKONOMİK KÜRESELLEŞME***" nin yarattığı iş güvencesizliği, çalışma yaşamındaki belirsizlik istikrarsızlık kısa dönemli sözleşmeler vb. nedenler ülkelere göre farklılık gösterse de, ***alarma geçirecek ürkünçlükte***dir. **Çalışan her 10 işçiden biri depresyon sağaltımı görmekte**dir! *(www.ilo.org, 28 Nisan 2003)*

Ağız-diş sağlığı :

Bu alandaki ulusal ölçekte çalışmalar son derece sınırlıdır. Ancak yerel, küçük ölçekteki çalışmalardan ve ampirik günlük gözlemlerden bilinmektedir ki; ciddi bir halk sağlığı sorunu ile karşı karşıya bulunmaktayız.

Başta halkın sağlık eğitimi ile soruna ilişkin toplumsal duyarlığın artırılması, ek olarak yaygın koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerinin topluma sunulması büyük önem taşımaktadır.

Sonuç :

" Devlet olma savındaki siyasal kuruluşların
***en birinci görevi**, halkın sağlığı ve sağlamlığıdır."*

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK

BCG'yi, meslektaşı Dr. Rene Guerin ile birlikte geliştiren Dr. Albert CALMETTE'nin (1863-1933) uyarısı bu gün de geçerli :

- *"İnsan topluluğunun sağlığını korumak üzere yapılan harcamalar, o ülke zenginliğinin biricik nedenidir."*

DSÖ'nün önceki Genel Başkanlarından Dr. Halfdan Mahler de son derece yerinde bir değerlendirme yapmıştı (aşağıda)..

- *Sosyal ve ekonomik kalkınmanın en temel itici gücü, hükümetlerin **halkın sağlığı**na yaptıkları yatırımlardır..*

IMF uzmanından, İbret alınması gereken bir açık istifa mektubu :

- *"Beş yıl önce Başkan Ronald Reagan bize, üçüncü dünyayı kapitalizm çarkının serbestçe döneceği yeni bir alan yapma konusunda sıkı bir talimat vermişti. Biz o zaman ne büyük bir sevinçle, ne büyük bir görev duygusuyla işe atılmıştık. 1983 yılından sonra yaptığımız her şey; ya güney küreyi **özelleştireceğiz, ya da öleceğiz"** kararlılığına dayanıyordu. Bu amaca ulaşmak için, 1983-1988 arasında **Latin Amerika ve Afrika'da alçakça, ekonomik bir tımarhane yarattık."***
  { Davidson L Budhoo, Open Letter of Resignation from the staff of the IMF, syf. 102 }

Prof. Chomsky'nin uyarıları çok çarpıcıdır : "REFORMLAR"ın Ürküten İçyüzü..

1. *"Reformlar" sömürgeciliği yeni biçimlerde sürdürüyor.*
2. *Ulusal planlamayı engelliyor.*
3. *Gerçek bir demokrasileşmeyi engelliyor.*
4. *Halk yararına programların ayağını kaydırıyor.*
5. *Güç ve imtiyazın çıkarları için, dünyanın büyük çoğunluğunu acı ve umutsuzluğa teslim ediyor..*

*Bunların hiçbiri kaçınılmaz, çaresiz şeyler değil.. Kanada'lı Prof. Dr. Michel Chossudovsky'nin kitabının(YOKSULLUĞUN KÜRESELLEŞMESİ) sağladığı anlayış, olayları tersine çevirecek mücadeleye doğru önemli bir adımdır : **DİRENİŞİN KÜRESELLEŞTİRİLMESİ!..***
Prof.Dr. Noam CHOMSKY, ABD (Yoksulluğun Küreselleşmesi, kitabına sonsöz, 1999)

Küresel emperyalizm hukuk tanımıyor !

" Liberal ve Küresel bir süper güç, kendi ahlaksal önermelerini (argüman), uluslararası hukuk süreçlerinin yerine koyduğunda, uluslararası hukuktan söz etmenin anlamı kalır mı?"
(Jurgen HabermasUluslararası Felsefe Kongresi, İstanbul, 14.08.03)

Beaglehole ve Bonita, "Halk Sağlığı : Yol ğzında" adlı yapıtlarında son derece önemli noktalara vurgu yapmaktadır :

Halkın Sağlığı'nın temel belirteçleri iyi bilinmektedir :

1. Yeterli-dengeli beslenme
2. Güvenli su
3. Konut güvenliği
4. Ve.. **Umut**.

Bu temel gereksinimler ne ölçüde karşılanabiliyor Küre genelinde?

Yazarlara göre, halk(ın) sağlığı sorunları "***küresel gündemin kalbine***" taşınmadıkça çözüm uzak ve güçtür.

Beaglhole ve Bonita, ünlü kitaplarının daha başında *(syf. 3)* çok temel ve **çarpıcı bir soru** sormaktadırlar :

- **Health status or disease status ?**
- ***Sağlık durumu mu, hastalık durumu mu?***

Son vermeden, Beaglehole ve Bonita'dan bir katkı daha almak uygun düşecek :

- *"Sağlığın kötü oluşunda altta yatan en önemli nedenler toplumun sosyal ve ekonomik karakteristikleridir ki, bunlar sağlıkta dönüşümün (health transition) yönlendirici güçleridir."*

*" Küresel Halk Sağlığı hareketi için, kamu politikalarında merkezcil bir konum edinmek için, çok sayıda eylem yapılmalıdır. Halk Sağlığı'nın kuramsal destek eşitsizliği ile etik ve moral temelleri bağlamında geniş kapsamı bakımından bir uzlaşmaya varmak üzere, uluslararası bir tartışma açmak uygun olur.. **Epidemiyoloji** ve öbür **Halk Sağlığı bilimleri**, Halk Sağlığı politikaları ve uygulamaları ile yakın ilişkilerini yeniden bildirmelidirler."*

*Tüm Halk Sağlığı çalışanları, **kanıta dayalı** danışmanlığın yasal / meşru etkinlik olduğunu düşünmeli ve uygulamasını benimsemelidir.*
Güçlü bir Halk Sağlığı hareketi için,
*Halk Sağlığı gündemini oluşturmada **toplum katılımı** gereklidir. Hepsinin ötesinde, küresel politik ve sosyo-ekonomik hareketlerin karşılıklı bağımlılığı temelinde **güçlü bir Halk Sağlığı (önderliği) gereklidir**." (Beaglehole R, Bonita R. Public Health at the Crossroads : Achievements and Prospects. 2nd ed., Cambridge Univ. Press, sırasıyla pp. 54 ve 278, 2004)*

2007'de geldiğimiz aşama, BM **İnsansal Gelişim İndeksi**'nde acıyla izlenmektedir:

*Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın (BMKP, UNDP) "**Türkiye 2007 İnsani Gelişme Raporu**" nda, değişik alanlarda bir ülkenin elde ettiği ilerlemenin küresel düzeyde değerlendirilmesini sağlayan **İnsani Gelişme İndeksi**'nde, Türkiye'nin 177 ülke arasındaki durumu da irdelendi. Buna göre Türkiye, genç işsiz oranında 177 ülke arasında 10'uncu sırada, eğitim indeksinde ise 104'üncü sırada. BMKP'nın Türkiye'ye ilişkin İnsani Gelişme Raporunda, **sağlık**, eğitim, bilgi ve düzgün bir yaşam standardı konularındaki ortalama başarının ölçüldüğü insani gelişim endeksinde Türkiye, **sağlık** alanındaki kamu harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYH) oranı bakımından 41'inci, insani gelişme indeksinde 84'üncü, bilim, mühendislik, üretim ve inşaat dallarında okuyan yüksekokul öğrencilerinin toplam öğrencilere oranında 54'üncü sırada, gençliğin okur yazarlığında 66'ıncı sırada!*

Türkiye birçok bakımdan ileri sayılabilecek bir ülkedir. Fakat ***sağlıktaki çarpıcı ve farkedil(e)meyen geriliği***ni kabıllenemiyor ve içimize sığdıramıyoruz. Bir türlü kıramadığımız **geri kalmışlık çemberi**nin başlıca nedenlerinden birinin, insan sermayesine yatırımların, başta sağlık olmak üzere yetersiz olduğunun altını israrla çizmek isteriz.

- **Yoksul olduğumuz için mi sağlığımız bozuk??**
- **Yoksa sağlığı ihmal ettiğimiz için mi yoksuluz??**

Oysa yanıt ve de çözüm çok yalındır.

"*HER-KE-SE EŞİT ve NİTELİKLİ, SÜREKLİ, BÜTÇEDEN ÖDENEN SAĞLIK HİZMETİ*"

bu sorunun büyülü çözümüdür. Aslında Türkiye bunu başarabilecek güçtedir.
Üstelik konu **stratejik** önemdedir. Herkes gücü ölçüsünde vergi vermeli, gereksindiğince yararlanmalıdır. Sağlık hizmetleri, yazımızın en başına da koyduğumuz üzere, Liberalizmin babası **Adam Smith** tarafından bile, 1776'da **kritik bir kamu hizmeti** olarak tanımlanmıştır.

Dolayısıyla, *neo-liberalist* dayatmayla sağlık alanını piyasalaştırmak, özelleştirmek, kamuyu hizmet üreten ve sunan, fianase eden bir yaşamsal işlevden yoksun bırakmak; en temel insanlık hakkı olan

sağlık hakkını müşteri anlayışıyla sunmak temelsiz, yabanıl kapitalist uygulamalardır, ideolojik tabanı da yoktur.

Tarih; yurttaşlarına Sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, adalet, iç-dış güvenlik sağla(ya)mayan devletlerin uzun boylu bağımsız yaşayamadıklarını, sömürgeleşerek parçalandıklarını öğretiyor. Dolayısıyla bu temel hizmetleri yurttaşa sunmamak, Devlet ile vatandaşı arasındaki ana sözleşmeye, Anayasaya aykırıdır. Devlet meşruiyetini yitirir. Devlete sadakatle bağlı, vergi veren, askerlik yapan yurttaşın tatışılmaz haklarıdır altı çizilenler. Devlet, yurttaşından görevlerini bekler, örn. emekçi kitlelerden ağır ve adaletsiz vergileri *(vergi gelirlerinin % 72'si dolaylı vergiler!)* alır ve tek yanlı olarak edimlerini yerine getirmezse, **Devlet-yurttaş arasında güven bunalımı** doğar..

Bu olgu yıkıma götürür!

- Özel sektöre *kamu kurumlarını çökertme pahasına* verilen, Devlet desteği durdurulsun.
- Kamusal sağlık yatırımları artarak sürdürülsün.
- Bütçe içinde Sağlık Bakanlığı payı en az **%10'a çıkarılsın**, bu Anayasal kural olsun.
- *Çok bozuk Gelir Dağılımı*nı hızla adilleştirecekekonomik ve sosyal politikalar zorunludur. Halka daha çok vergi yükü bindirilmesin.
- Anayasal Sendikalaşma hakkı korunsun. Fakat ***MAI*** *Anlaşmaları tersini dayatıyor ?!*
- Yıkıcı-ideolojik **özelleştirme son bulsun**.
- İyi yöneticilerin istihdamı sağlansın.
- **Tam gün** çalışma yeniden yasalaşsın.
- **"Performans"** iş barışını bozmakta, **etik dışı** zorlamalara gidilmekte, emekliliğe yansımamakta!
- **SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM** dış dayatmadır, durdurulmalıdır!
- **Tanı, izlem ve sağaltımda standart protokol ve direktifler** yaşama geçirilmelidir.
- **Tüm işlemleri standart kurallarla *(normlarla)* bilgisayar ortamında yetki kodlarıyla yürütmek, pek çok soruna çözüm sağlayabilecektir.** Sosyal Güvenlik Kurumu'nun eczanelerde yürütttüğü provizyon sistemi ile, sağlık kurumlarının *Medulla* programı örnektir.
- Kayıt dışılık.. Vergi kaçağı, niteliksiz istihdam.. önlenmelidir.
- Tıp, diş, eczacılık ve öbür sağlık bilimleri eğitiminde, eldeki sağlık kaynaklarının olanaklı en yüksek verimlilikle kullanılmasına ilişkin yeter eğitim verilmelidir.
- Halkın sağlık eğitimi de örgün ve yaygın eğitim olarak etkin biçimde verilmeli.
- Riskli toplum kümelerini belirleyebilmek için, düzenli olarak işleyen bir veri kayıt sistemine ve *insanlar hasta olmadan topluma götürülecek koruyucu sağlık hizmetleri*ne gereksinim vardır. **Epidemiyoloji temelli, bilimsel bir sağlık yönetimi vazgeçilmez önemdedir..**

Özetle :

- Türkiye köklü bir vergi reformu ile etkin ve adil bir rejim işletmeli, kamusal gelirlerini artırarak, başta sağlık ve eğitim olmak üzere *temel sosyal sektörlere yatırımını artırmalı*dır.
- Bu adımla birlikte at başı gidecek girişim ise, sağlık sektörüne aktarılacak kaynakların özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesidir.
- Böylesi bir sağlık politikası, ülkemizin içine sürüklendiği ekonomik bunalımı aşmasında kilit öneme sahip stratejik bir politika aracıdır.
- Özellikle son 30 yılda, sağlık sektörüne kaynak ayrımı (özgülemesi, tahsisi) hızı, ekonominin genel gelişiminin 2 katı bir hızla seyretmektedir. Dolayısıyla bu denli önemli kaynak büyüklüğünün denetimi önem kazanmaktadır. Kuşkusuz bu denetim yalnızca kaynakları *kısmak* anlamında değil; çok daha **verimli** ve **yararlı** kullanmak anlamındadır. Bunu sağlamanın en etkili yollarından biri ise, ***halkın,*** sağlık hizmetlerinin yönetimine -özellikle- denetimine etkin olarak ***katılımı***dır.
  AB neden susar??
- Kasım 2000 ve Şubat 2001'de planlanan ekonomik krizler, **toplumsal bunalım**a dönüşmüştür. Mala ve cana dönük suçlar patlamıştır. **Sosyal çürüme..**
- **Yoksulluk**, toplumsal direnç sınırlarını aşmış; ailelerin maddi ve psikolojik yedekleri tükenmiştir.

- ☐ **İşsizlik**, bölgesel ekonomik düzey farklılıkları, *gelir dağılımındaki adaletsizlik*.. Katlanılabilir sınırları aşarak **sosyal dokuyu bozmuş**; **gasplar** artmış ve ülke **sosyal patlama** eşiğine sürüklenmiştir..
- ☐ Sermaye yanlısı ekonomik politikalar ***sağlıkta çöküş*** getirmiştir.

Can simidimiz ne olabilir??

- *Böylesi bir kesitte **koruyucu sağlık hizmetleri** daha da artan bir önem kazanmaktadır.* ***Türkiye'nin, bu ağır ekonomik bunalım ortamında koruyucu sağlık hizmetlerini, bir anlamda Sağlık Ocaklarını özellikle geliştirmesi son derece akıllıca, hatta can simidi gibi kurtarıcı olacaktır. 6200'ü aşan deneyli, kurulu kapasite dururken; DB, Aile Hekimliği'ni neden dayatıyor? Sağlıkta da ülkemizi Pazar kılmak için!***

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Yüce ATATÜRK de son derece isabetle uyarısını yapmaktadır :

- *"Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde durulacak ulusal sorunumuzdur (milli davamızdır). Çünkü Cumhuriyet; düşünsel, bilimsel ve bedensel bakımdan güçlü ve yüksek düzeyli koruyucular ister."* uyarısında bulunmaktadır.

Türkiye insanına çağdaş sağlık hizmeti sunmanın yolu GSS ve Aile Hekimliği değildir!

- **Çözüm; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nı uygulamaktır..**

Türkiye'nin "**NASIL BİR SAĞLIK HİZMETİ?**" sorusuna vereceği yanıt, aşağıdaki ek tabloda sistematik olarak özetlenmiştir.

K a y n a k ç a; *Metinde geçtiği yerde gösterilmiştir..*

Ö R G Ü T L E N M E

- Tabandan tepeye örgütlenme
- Uygun nitelik ve nicelikte fizik mekân
- Sektörlerarası işbirliği
- Coğrafyasal erişebilirlik
- Basamaklandırılmış örgütlenme
- Koruyucu sağlık hizmetlerine tartışmasız öncelik verilmesi
- Nüfusa dayalı örgütlenme
- Düzenli, sürekli, güvenilir enformasyon ve veri-kayıt sistemine sahip olmalı
- Uygun teknoloji kullanımı ve **AR-GE**'yi önemsemesi
- Tanı-sağaltım ve izlemde standart protokollere uyması
- Denetime açık olmalı
- Katı ve merkezcil olmamalı
- Yönetim mekanizmalarına dayalı, kurumsallaşmış olmalı
- Tümelci olmalı (bütüncül, holistik, entegre) : Koruyucu Sağlık Hizmetleri + Sağaltıcı SH + Esenlendirici SH + Sosyal Tıp Hizmetleri ile birlikte..
- Sosyo-ekonomik kalkınmada en temel itici, sağlıklı nüfus!

F İ N A N S M A N

- Kişilerin, parasal gücünce ödemesi (adil ve etkin vergi!)
- Kamusal kaynakla finansman
- Verimli kaynak kullanımı
- TUG'den sağlığa daha çok pay ayırma (en az % 8)
- Adil ve etkin vergi rejimine dayalı temelde bütçeden finansman (doğrudan vergi ↑)
- **Anayasal sağlık bütçesi :** Bütçenin % 10'unun DSÖ önerisi uyarınca sağlığa ayrılması Anayasa kuralı olmalıdır.
- Tek **Ulusal Sosyal Güvenlik Sistemi** kurulmalı ve tüm yurttaşları hiçbir ayrım yapmadan şemsiye altına almalıdır.
- Emeğe saygılı özlük ve sosyal haklar, iyi çalışma ortamı.

"Hiçbir ekonomik zorunluk, insan sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz."

İHEB-1948

" Hükümetin halkın sağlığına verdiği değer, bütçeden ayırdığı payla ölçülür ."
Prof. Dr. Nusret H. FİŞEK

SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

- Nitelik ve nicelikçe yeterli sağlık çalışanı ve ülkeye dengeli dağılımı *özendirerek* sağlanmalı.
- Toplum katılımını sağlayan sağlık hizmetleri
- Takım çalışması
- Sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası sürekli eğitiminde, minimum standartların sağlanıp Hizmet İçi Eğitim ile sürdürülmesi
- Sağlık İnsangücü (SAİG) ve toplum arasında sunum-istem dengesi olmalı
- SAİG, topluma sağlık eğitimi vermeli
- SAİG temel yönetsel becerilere de sahip olmalı
  - **Sağlık ekonomisi** eğitimli olmalı
  - İş Güvenliği olmalı
- SAİG sendika, meslek örgütü, dernek, vakıf gibi örgütlenme haklarını kullanabilmeli..
- Sağlık haklarını güvenceye alan uluslar arası hukuk metinleri, başta İHEB, DSÖ, ILO.. kararları benimsenmeli.

Ö B Ü R ÖLÇÜTLER..

- İnsanların kabul edebilecekleri nitelikte sağlık hizmeti sunulmalı
- Öncelikli sorunlara önem verilmeli (A. Grotjhan ilkeleri.)
- "Sürekli" hizmet vermeli
- Yenilikçi olmalı
- İstikrarlı hükümetler ve rastgele değiştirilemeyen bir **ulusal sağlık politikası** olmalı
- Sağlık hizmetleri planlı ve ulusal planların parçası olmalı
- Anayasa dahil (56. md.) sağlık mevzuatının çağdaşlaşması.

" HERKESE EŞİT, NİTELİKLİ, BÜTÇEDEN KARŞILANAN, SÜREKLİ SAĞLIK HİZMETİ= 224 SAYILI YASA " temel ilke olmalı..

" İnsanı ve doğasını korumanın yolu, **Küreselleş(tir)me ve talan aracı özelleştirmeye net karşı çıkmak**tan geçiyor. "

IMF, DB, AB vb. dış kurumlara teslim olmadan, halk yararına kamucu, ulusal sağlık hizmeti asıldır. İnsan sermayesi değerlidir.