

SAĞLIK-İLAÇ-MESLEKİ SORUNLAR ÜZERİNE GENEL DEĞERLENDİRME

Doç.Dr. Nurettin ABACIOĞLU

GİRİŞ

Bir Ülkenin Gelişmişlik Düzeyini Etki Altında Tutan Başlıca Üç Sanayii Değerlendirmelere Temel Ölçüt Oluşturur. Bunlar, İmalat, Doğal Maddeleri İşleme ve İnsan Hizmetleri Sanayiidir.

Sayılan bu sanayii tiplerinde üretilen meta ve değerler (emek ürünleri) birey tarafından değiş-tokuş edilir ve kullanılır.

Kısacası birey toplumsal ilişki içinde sürekli tüketici konumundadır. Bu çerçevede insan hizmetleri sanayii şöyle tanımlanmaktadır.

Tüketicinin gündelik yaşam için gereksinimlerini veya bedensel, ruhsal, duygusal karakteristiklerini değiştiren daha iyileştiren ve bu anlamdaki diğer tür üretimlerin yapıldığı bir sanayiidir.

İnsan hizmetleri sanayii başlıca üç alanda faaliyet gösterir. Bunlar eğitim, sağlık hizmet ve üretimleri ile sosyal-genel hizmetlerdir.

İmalat, doğal maddeleri işleme ve insan hizmetleri sanayiilerinde üretilen ürünler, bunların yurt içindeki değiş-tokuşu ile yurt dışına satışı ve bunlardan elde edilen gelirler global olarak bir ülkenin gayri safi milli hasılasını oluşturur.

G.S.M. hasılanın nüfusa oranlanması veya başka bir değişle paylaşımı, kişi başına düşen ortalama geliri tanımlar.

Kişi başına düşen ortalama gelir ülke halkının satın alma gücünü ve hizmetlerden yararlanabilme olanaklarını tanımlar.

Bu çerçevede bir ülkenin sosyal kalkınmışlığına etki eden en önemli ölçütlerin başında kişi başına düşen ortalama gelir ve bebek ölüm oranları gelmektedir.

Sonuçta ve diğer bir anlatımla kişi başına düşen milli gelir ve bebek çocuk ölümleri bir ülkenin dünya ülkeler sıralamasındaki yerini ve gelişmişlik düzeyini temellendirmektedir.

(*) Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti Genel Sekreteri

2 - UNİCEF TABLOLARI

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri elbette yukarıdaki parametrelerle sınırlı değildir. Yukarıda bildirilen temel göstergelerin dışında beslenme, sağlık, eğitim gibi insan hizmetleri sanayilerinin gelişmişlik dereceleri ile demografik ve ekonomik diğer göstergeler de "kalkınmışlık" veya "gelişmişlik" düzeylerini etkilemektedir. Dünyada çeşitli resmi veya gayri resmi kuruluşların hazırladığı raporlarda dünya ülkeleri yukarıda anılan parametrelere göre gruplanmakta ve sonuçta dünya uygarlığı içindeki sıraları belirlenmektedir. Bu tür örnek çalışmalarından birisi 1988 yılı itibarıyla Birleşmiş Milletler Teşkilatına bağlı kuruluşlardan olan UNICEF'ce düzenlenmiştir. UNİCEF raporlarında sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi "beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı" parametresi kullanılarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu parametreye göre incelenen toplam 131 ülke 4 kategori içerisinde sınıflandırılmıştır. Bu kategoriler şunlardır:

- i - Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı çok yüksek (170'in üzerinde) olan ülkeler (toplam 33 ülkeyi kapsamaktadır)
- ii - Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı yüksek (95-170) olan ülkeler (toplam 30 ülkeyi kapsamaktadır)
- iii - Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı orta (26-94) olan ülkeler (toplam 36 ülkeyi kapsamaktadır)
- iv - Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı düşük (25 ve aşağısı) olan ülkeler (toplam 35 ülkeyi kapsamaktadır)

Türkiye'nin gelişmişlik düzeyi, çocuk ölümleri açısından değerlendirildiğinde, 25 yılı planlı kalkınma dönemleri içerisinde geçen 65 yıllık Cumhuriyet Türkiye'si ancak ikinci kategorideki 61 sraya oturabilmektedir. Aşağıda yer alan çeşitli ülkeler ve Türkiye karşılaştırmaları temel göstergeler, beslenme, sağlık, eğitim, demografik ve ekonomik göstergeleri olmak üzere toplam 6 tabloda incelenmektedir.

TABLO 1: TEMEL GÖSTERGELER

	Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı		Bebek ölüm oranı (1 yaşından küçük)		Toplam nüfus (1970) 1986	Yüksek doğum oranı ve çocuk ölümlerini karşılayıcı nüfus (14 yaş) (1986)	Kıyı başına GSYİH (ABD doları) 1985	Okulda, yaşlılar bakımında olan çocuk sayısı 1988	Okul yazar yaşındaki çocukların oranı 1985	Bebeğin taşıdığı yaş grubu %'s 1983-85	Nüfus artış hızı, yüzde	
	1980	1986	1980	1986							En düşük %40	En yüksek %40
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı çok yüksek (170'in üzerinde) olan ülkeler												
Ortanca	380	211	185	130	4771	225191/47301	280	47	43/22	71/48	..	..
1. Afganistan	380	325	215	105	17.2	863/280	..	39	39/8	24/11	..	..
30. Nijerya	318	178	190	107	98.5	5015/895	800	50	54/31	103/81	..	..
33. Uganda	224	174	133	105	16.0	810/141	230	51	70/45	66 ^x /50 ^x	..	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı yüksek (95-170) olan ülkeler												
Ortanca	251	125	156	85	15201	498401/70471	770	57	68/50	105/92	..	..
34. Pakistan	277	170	163	111	102.9	4211/716	380	52	40/19	66 ^x /33 ^x	18 ^x	57 ^x
49. Fas	265	125	163	85	22.5	755/95	560	60	45/22	98/63	..	..
55. Cezayir	270	112	168	76	22.4	938/105	2550	62	63/37	104/83	..	..
61. Türkiye	258	99	190	79	50.3	1486/147	1080	64	86 ^x /62 ^x	119/112	12 ^x	57 ^x
64. Vietnam	233	95	156	68	60.9	1835/175	..	61	88 ^x /80 ^x	107/94	..	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı orta (26-94) olan ülkeler												
Ortanca	138	108	92	41	20091	437801/23451	1440	68	89/85	105/102	14	54
65. Madagaskar	161	94	109	61	10.3	458/43	240	51	74/62	125/118	..	..
75. Suriye Arap Cumh.	218	68	135	50	10.9	502/34	1570	65	76/43	116/101	..	..
82. Çin	202	47	150	34	1072.2	19914/942	310	69	82/56	132/114	..	..
87. Arjantin	75	39	61	33	31.0	733/29	2130	70	96/95	107/108	14 ^x	50 ^x
95. Yugoslavya	113	30	92	27	23.3	362/11	2070	72	97/86	96/96	19	39
96. S.S.C.B.	53	28	38	23	281.3	5207/147	4550 ^x	72	../..	../..	..	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı düşük (25 ve aşağısı) olan ülkeler												
Ortanca	43	13	36	10	8911	127921/1661	7300	74	97/93	102/101	18	40
97. Şili	142	25	114	20	12.2	272/7	1430	71	97 ^y /96 ^y	108/106	10 ^x	61 ^x
106. Küba	87	19	62	15	10.1	181/3	..	74	96 ^x /96 ^x	108/101	..	..
107. Monistan	64	17	53	12	9.9	145/2	3550	75	97/88	106/106	..	..
111. ABD	30	13	26	10	240.1	3789/48	61690	75	../..	101/101	17	40
115. İtalya	50	13	44	11	57.3	658/8	6520	75	98/96	99/99	18	44
117. Alman Federal Cumh.	38	12	31	9	60.7	636/7	10940	74	../..	96/96	20	40
120. İngiltere	27	11	23	9	56.1	743/8	8460	74	../..	103/103	19	40
123. Fransa	34	10	29	8	54.8	765/8	9540	75	../..	108/106	17	42
126. Japonya	40	9	31	6	127.4	1522/14	11300	77	../..	101/102	22	38
127. Hollanda	22	9	18	8	14.6	173/2	9290	76	../..	94/96	22	36
130. Finlandiya	28	7	22	6	4.9	63/0	10890	75	../..	104/103	18	38
131. İsveç	20	7	16	6	8.3	87/1	11890	77	../..	97/99	21	42

TABLO 2: BESLENME

	Düyük doğum eğilimi bebekler (%) 1982-85	3 ay	Emziren annelerin oranı 1980-1986		İlimi-ortaafiditlik beslenme bozukluğu olan beş yaşın altındaki çocuk (%) 1980-1988	Yaş grubunun %'si olarak 12-23 aylık olmalarının sıklığı (1980-85)	Kişi başına besin tüketimi ortalama kişisel (1979-81+100) 1983-85	Gerekenin %'si olarak kişi başına sağlanan günlük kalori 1985
			6 ay	12 ay				
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı çok yüksek (170'in üzerinde) olan ülkeler Ortanca	15	95	90	70	31/7	21	106	92
1. Afganistan	17 ^x	20 ^x	6 ^x	5 ^x	20 ^x /..		104	92
30. Nijerya	25	98	80 ^x	60 ^x	24 ^x /..	16 ^x	109	92
33. Uganda	10	85 ^x	70 ^{x1}	20 ^x	15 ^x /4 ^y		125	109
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı yüksek (95-170) olan ülkeler Ortanca	13	95	90	71	33/5	14	109	100
34. Pakistan	27	78 ^x	73 ^x	67 ^x	60 ^x /10 ^x	14	114	93
49. Fas	9	95 ^x	61 ^x		40 ^y /5 ^y		113	108
55. Cezayir	9 ^x	..	..	..	../.	108	121	..
61. Türkiye	7	99 ^x	91 ^x	51 ^x	../.	..	108	125
64. Vietnam	18 ^x	93 ^x	88 ^x	20 ^x	39 ^x /13 ^x	12 ^x	122	97
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı orta (26-94) olan ülkeler Ortanca	9	67	52	30	40/..	..	110	113
65. Madagaskar	11	95 ^x	95 ^x	85 ^x	../.	..	112	111
75. Suriye Arap Cumhr.	9	88 ^x	72 ^x	41 ^x	23 ^x /2 ^x	..	108	129
82. Çin	6	..	..	..	../.	..	125	111
87. Arjantin	6	..	..	..	../.	..	106	122
95. Yugoslavya	7	..	..	..	../.	..	102	134
96. S.S.C.B.	6	..	..	..	../.	..	110	128
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı düşük (25 ve aşağısı) olan ülkeler Ortanca	6	..	..	..	../.	..	108	128
97. Şili	6 ^x	..	..	..	9 ^x /(. ^x) ^x	11	103	102
106. Küba	9	..	..	..	../.	..	110	127
107. Yunanistan	6	..	..	..	../.	..	104	145
111. ABD	7	33	25	8	../.	..	100	140
115. İtalya	7	..	..	..	../.	..	103	143
117. Alman Federal Cumhr.	5	..	..	..	../.	..	110	133
120. İngiltere	7	..	..	..	../.	..	109	129
123. Fransa	5	..	..	..	../.	..	107	142
126. Japonya	5	..	..	..	../.	..	106	106
127. Hollanda	4	17 ^x	..	..	../.	..	107	128
130. Finlandiya	4	..	..	..	../.	..	114	111
131. İsveç	4	..	..	..	../.	..	108	114

TABLO 3: SAĞLIK

	İçme suyu olan nüfus (%) 1983-86 Toplam/Kırsal/Kırsal	Nüfusun, sağlık hizmetlerinden yararlanabilen %'si 1980-88 Toplam/Kırsal/Kırsal	Tam olarak beş yaşından itibaren %'si 1981/1985-86 Bir yaşındaki çocuklar				Hamile kadınlar Tetanoz	Her 100 uşak vakasında kullanılan AST miktarı (kg) 1985	Eğitimci sağlık personelinin nazır bulunduğu öğretim %'si 1984	Anno olan orası 1980-84
			TB	DBT	Polio	Kızamık				
Beş yaşından küçük çocukların ölümler oranı çok yüksek (170'in üzerinde) olan ülkeler										
Ortaça	29/61/21	40/80/30	27/46	14/20	8/21	19/39	5/12	20	22	450
1. Afganistan	16 ^x /56 ^x /10 ^x	29 ^x /80 ^x /17 ^x	8/16	3/9	3/9	6/12	3/10	37	..	640 ^x
30. Nijerya	33/58/25	40 ^x /75 ^x /30 ^x	23/30	24 ^x /14	24 ^x /14	55/16	11/11	2	..	1500
33. Uganda	16 ^x /90 ^x /7 ^x	61 ^x /90 ^x /57 ^x	18/51 ^x	9/21 ^x	8/21 ^x	22/33 ^x	20/5 ^x	21	..	300
Beş yaşından küçük çocuklarda ölümler oranı yüksek (95-170) olan ülkeler										
Ortaça	51/73/33	74/99/62	55/73	35/54	37/58 ^p	26/51	8/22	22	60/145	
34. Pakistan	47 ^x /83 ^x /38 ^x	55 ^x /99 ^x /35 ^x	11/68	3/55	3/55	2/40	1/28	28	24	600
49. Fas	30 ^x /63 ^x /2 ^x	73 ^x /100 ^x /50 ^x	../71	43/53	45/53	../48	../..	18	..	327
55. Cezayir	89 ^x /100 ^x /80 ^x	89/100/80	59/88 ^y	33/88 ^y	30/68 ^y	17/67 ^y	../..	22	..	129
61. Ürkiye	63 ^y /63 ^y /63 ^y	../../..	42/24 ^x	64/45	69/45	52/36	../4 ^x	3	78 ^y	207 ^x
64. Vietnam	41 ^x /60 ^x /32 ^x	80 ^x /100 ^x /75 ^x	../57	../43	../44	../37	../..	10	99	110
Beş yaşından küçük çocuklarda ölümler oranı orta (26-94) olan ülkeler										
Ortaça	66/86/42	78/../..	58/77	47/66	48/71	42/55	12/44	21	82	90
65. Madagaskar	23/73/9	60 ^x /../..	25/10	40/30	8/30	../10	../18	..	62	300 ^x
75. Suriye Arap Cumhri.	75 ^y /98 ^y /54 ^y	75 ^x /92 ^x /60 ^x	36/82 ^x	14/73 ^x	14/73 ^x	14/70 ^x	3/19 ^x	6	37	280
82. Çin	../85 ^y /..	../../..	../70 ^y	../62 ^y	../68 ^y	../63 ^y	../..	..	..	44
87. Arjantin	63/72/17	70 ^x /80 ^x /21 ^x	63/89	46/63	38/69	73/67 ^x	../..	13	..	85 ^x
95. Yugoslavya	../../..	../../..	99/85	90/89	95/90	95/91	../..	..	..	27
96. S.S.C.B.	../../..	../../..	../93	95/85	95/99	95/95	../..	..	100	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölümler oranı düşük (25 ve aşağısı) olan ülkeler										
Ortaça	../../..	../../..	92/88	84/90	90/90	69/78	../..	..	99	11
97. Sili	85/100/18	../../..	93/100 ^x	91/91 ^x	93/85	63/91 ^x	../..	3	95	55
106. Küba	../../..	../../..	97/98	67/91	82/88 ^x	49/85	../..	..	..	31
107. Yunanistan	../../..	../../..	95/56 ^x	95/54	95/96	../77	../..	..	..	12
111. ABD	../../..	../../..	../..	../37 ^x	../24 ^x	96 ^x /82 ^x	../..	..	100	9
115. İtalya	../../..	../../..	../50 ^x	../12	../90 ^x	../12	../..	..	..	13
117. Alman Federal Cumhri.	../../..	../../..	40/30	50/30	80/80	35/25	../..	../..	..	11
120. İngiltere	../../..	../../..	../50 ^x	44/60 ^x	71/78 ^x	52/62 ^x	../..	..	98	7
123. Fransa	../../..	../../..	80/96	79/97	80/97	(..)/55	../..	..	..	13
126. Japonya	../../..	../../..	85/85 ^x	../98 ^x	../98 ^x	../73 ^x	../..	..	..	15
127. Hollanda	../../..	../../..	../..	97/97 ^x	97/97	93/93	../..	..	..	5
130. Finlandiya	../../..	../../..	90/90 ^x	92/94 ^x	90/78 ^x	70/81 ^x	../..	..	..	5
131. İsveç	../../..	../../..	../14	99 ^x /99 ^x	99/98	56/92	../..	..	100	4

TABLE 4: EĞİTİM

	Yetişkinlerde okur yazarak oranı		1000 kişiye düşen radyo/ televizyon seti sayısı 1985	Okulda kaydına oranı			Bilinci sınıf kayıtlar için, Okulda bilimsel %'i 1980-86	Okur öğrenim oranı 1983-86 ortalaması
	1970 ekim/kasım	1985 ekim/kasım		1960 (örül) ekim/kasım	1963-86 (örül) ekim/kasım	1983-86 (örül) ekim/kasım		
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı çok yüksek (170'in üzerinde) olan ülkeler								
Ortanca	25/8	43/22	58/4	28/13	71/48	53/40	41	18/6
1. Afganistan	13/2	39/8	91/6	15/2	24/11	20/10	54	11/5
30. Nijerya	35/14	54/31	85/5	46/27	103/81	.. / ..	31 ^x	.. / ..
33. Uganda	52/30	70/45	22/6	.. / 32	66 ^x / 50 ^x	43/36 ^x	58 ^y	11 ^x / 5 ^x
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı yüksek (95-170) olan ülkeler								
Ortanca	48/20	68/50	133/52	68/38	105/92	88/81	68	45/29
34. Pakistan	30/11	40/19	90/13	46/13	66 ^x / 35 ^x	.. / ..	34 ^x	21 ^x / 8 ^x
49. Fas	34/10	45/22	175/52	67/27	98/63	76/50	70 ^x	38/25
55. Cezayir	39/11	63/37	221/72	55/37	104/83	95/78	83 ^x	.. / ..
61. Türkiye	69/35	86 ^x / 62 ^x	130/148	90/58	119/112	.. / ..	85 ^x	53/31
64. Vietnam	.. / ..	88 ^x / 80	100/33	.. / ..	107/94	.. / ..	50 ^x	44/41
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı orta (26-94) olan ülkeler								
Ortanca	76/69	89/85	193/97	98/90	109/102	.. / ..	67	56/55
65. Madagaskar	56/43	74/62	.. / 5	58/45	125/118	.. / ..	30 ^x	43/30
75. Suriye Arap Cumh.	60/20	76/43	238/57	89/39	116/101	99/91	67 ^x	72/49
82. Çin	.. / ..	82/56	113/9	.. / ..	132/114	.. / ..	66 ^x	45/32
87. Arjantin	94/92	96/95	654/213	98/99	107/108	.. / ..	66 ^y	66/75
95. Yugoslavya	92/76	97/86	193/175	113/108	96/96	.. / ..	98	84/80
96. S.S.C.B.	98/97	.. / ..	656/296	100/100	.. / ..	.. / ..	..	.. / ..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı düşük (25 ve aşağısı) olan ülkeler								
Ortanca	94/89	97/93	470/290	105/103	102/101	96/96	95	81/85
97. Şili	90/88	97 ^x / 96 ^x	332/145	111/107	108/106	.. / ..	33 ^x	63/69
106. Küba	86/87	96 ^x / 96 ^x	337/197	109/109	108/101	94/94	86	82/88
107. Yunanistan	93/76	97 ^x / 88	405/174	104/101	106/106	91/92	93	87/84
111. ABD	99/99	.. / ..	2101/798	.. / ..	101/101	96/96	..	99/98
115. İtalya	95/93	98/96	259/253	112/109	99/99	.. / ..	100	74/73
117. Alman Federal Cumh.	.. / ..	.. / ..	430/373	.. / ..	96/96	.. / ..	96	73/75
120. İngiltere	.. / ..	.. / ..	1016/437	92/92	103/103	100/100	..	83/87
123. Fransa	99/98	.. / ..	879/394	144/143	108/106	96/96	95	80/87
126. Japonya	99/99	.. / ..	787/580	103/102	101/102	100/100	100	95/97
127. Hollanda	.. / ..	.. / ..	828/462	105/104	94/96	85/88	95	103/100
130. Finlandiya	.. / ..	.. / ..	988/470	100/95	104/103	.. / ..	..	95/110
131. İsveç	.. / ..	.. / ..	868/390	95/96	97/99	.. / ..	98	79/88

TABLO 5: DEMOGRAFİK GÖSTERGELER

	15 ve altındaki nüfus oranı (%) 1960	Yeni doğum oranı (%)		Kaba ölüm oranı		Kaba doğum oranı		Yaşam beklentisi		Tıbbi öğeler oranı (%) 1960	Kırsal nüfus oranı (%) 1960	Kırsal nüfus oranı (%) 1960-1985	Doğum kontrol oranı (%) 1981-85	
		1965-80	1980-85	1960	1980	1960	1980	1960	1980					
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı çok yüksek (170'in üzerinde) olan ülkeler														
Ortanca	2281/881	2.5	2.6	28	19	48	47	38	48	6.5	24	6.1	5.0	2
1. Afganistan	76/2.9	2.4	..	30	25	52	48	34	39	6.7	19	6.0	..	2 ^x
30. Nijerya	49.9/19.7	2.5	3.3	24	16	52	51	40	50	7.1	24	4.8	5.2	5
33. Uganda	8.1/3.2	2.9	3.0	21	16	50	50	43	51	6.9	10	4.1	3.0	1
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı yüksek (95-170) olan ülkeler														
Ortanca	2641/2161	2.9	3.2	21	12	48	42	45	57	5.9	43	5.3	4.8	24
34. Pakistan	47.0/17.6	3.1	3.1	24	14	49	41	43	52	5.5	30	4.3	4.8	8
49. Fas	9.6/3.3	2.5	2.5	21	10	50	33	47	60	4.6	46	4.2	4.2	27
55. Cezayir	10.7/3.9	3.0	3.3	21	9	51	42	47	62	6.5	43	3.8	3.7	7
61. Türkiye	19.2/6.5	2.4	2.5	16	9	43	30	51	64	3.7	46	4.3	4.4	38 ^x
64. Vietnam	25.2/8.2	..	2.6	23	9	41	30	44	61	3.9	21	4.1	3.4	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı orta (26-94) olan ülkeler														
Ortanca	6621/2051	2.5	2.3	14	7	43	29	55	68	3.6	53	4.5	3.4	51
65. Madagaskar	4.8/1.8	2.5	3.2	23	15	44	44	41	51	6.1	22	5.7	5.3	
75. Suriye Arap Cumhr.	5.5/2.1	3.4	3.6	18	7	47	46	50	65	6.9	50	4.5	5.5	20 ^x
82. Çin	334.6/94.0	2.2	1.2	19	7	37	19	47	69	2.2	21	2.6	3.3	71
87. Arjantin	10.1/3.5	1.6	1.6	9	9	24	24	65	70	3.3	85	2.2	1.9	74
95. Yugoslavya	5.9/1.8	0.9	0.7	10	9	23	15	63	72	2.0	47	3.0	2.5	55 ^x
96. S.S.C.B.	74.1/25.1	0.9	0.9	7	9	24	19	68	72	2.4	66	2.2	1.6	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı düşük (25 ve aşağısı) olan ülkeler														
Ortanca	2041/631	0.9	0.7	9	10	21	15	69	74	1.9	76	2.0	1.4	71
97. Şili	3.9/1.3	1.8	1.7	12	7	37	22	57	71	2.5	84	2.6	2.1	43
106. Küba	2.8/0.8	1.5	0.8	9	7	32	18	64	74	2.0	72	2.7	0.8	60
107. Yunanistan	2.3/0.7	0.7	0.6	8	10	19	15	69	75	2.1	61	2.5	1.9	..
111. ABD	56.1/18.8	1.0	1.0	9	9	24	16	70	75	1.9	74	1.2	2.3	68
115. İtalya	11.8/3.2	0.6	0.3	10	11	18	11	69	75	1.6	68	1.0	0.9	78 ^x
117. Alman Federal Cumhr.	10.1/3.1	0.3	0.2	11	12	17	11	70	74	1.4	86	0.8	0.1	
120. İngiltere	11.7/3.7	0.2	0.1	12	12	17	13	71	74	1.8	92	0.5	0.3	83
123. Fransa	12.4/3.8	0.7	0.6	12	11	18	14	70	75	1.9	73	2.7	1.0	79 ^x
126. Japonya	27.7/7.7	1.2	0.7	7	7	18	12	68	77	1.8	77	2.1	1.8	57
127. Hollanda	3.0/0.9	0.9	0.4	8	9	21	12	73	76	1.5	88	1.5	0.9	76
130. Finlandiya	1.0/0.3	0.3	0.5	9	10	19	13	68	75	1.6	65	2.5	2.9	80 ^x
131. İsveç	1.6/0.5	0.5	0.1	10	12	14	10	73	77	1.5	84	1.0	1.2	78



TABLO 6: EKONOMİK GÖSTERGELER

	Kişi başına GSMM (ABD dolar) 1985	Kişi başına GSMM'in yıllık ortalama büyüme hızı 1985-1990 1985-1990-85	Enflasyon oranı (%) 1980-85	Mutlak yüksüklük düzeyinin altında kalan nüfus oranı (%) 1977-1985 Kentsel/Kırsal	Merkezi hükümet harcamalarının yüzdesi olarak enjeksiyon/sayınma harcamaları (1985)	Alıcı Gelişim GSMM'inin yüzdesi olarak, dış kalkınma yardımı geliri (milyon ABD dolar) 1985	Mal ve hizmet dış satışının %'si olarak beş	1970	1985
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı çok yüksek (170'in üzerinde) olan ülkeler Ortanca	280	0.2	-1.0	9.7	35/65	5.5/14.0/13.8	184/10.6	4.2	16.6
1. Afganistan	..	..	..	..	18/36	.././.	17/..	..	..
30. Nijerya	800	2.2	-7.3	11.4	../.	3.0/5.0/12.0	32/(.)	4.2	30.8
33. Uganda	230	-2.6	2.2	..	../.	2.5/11.7/16.7	184/..	2.9	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı yüksek (95-170) olan ülkeler Ortanca	770	2.2	0.1	10.4	30/45	4.5/14.0/12.4	161/3.5	7.2	19.1
34. Pakistan	380	2.6	2.8	8.1	32/29	1.1/2.9/32.3	750/2.2	23.4	29.5
49. Fas	560	2.2	6.1	7.8	28/45	3.1/19.2/14.9	834/7.5	8.6	32.7
55. Cezayir	2550	3.6	1.7	6.9	20/..	.././.	173/0.3	3.9	33.3
61. Türkiye	1080	2.6	2.1	37.1	../.	1.0/10.0/10.9	176/0.3	22.1	30.8
64. Vietnam	..	..	..	..	../.	6.2 ^x /7.0 ^x /..	114/..	..	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı orta (26-94) olan ülkeler Ortanca	1440	2.9	-0.8	10.5	21/39	5.9/12.1/11.3	141/1.5	9.3	16.0
65. Madagaskar	240	-1.9	-6.1	19.4	50/50	.././.	182/8.2	3.7	19.6
75. Suriye Arab Cumhr.	1570	4.0	2.1	6.1	../.	.././.	639/3.9	11.2	14.8
82. Çin	310	4.8	8.6	2.4	../.	.././.	940/0.4	..	..
87. Arjantin	2130	0.2	-3.9	342.8	../.	1.8/9.5/0.8	39/0.1	21.6	41.8
95. Yugoslavya	2070	4.1	-0.5	45.1	../.	(.)/(.)/54.8	11/(.)	10.0	8.2
96. S.S.C.B.	4550 ^x	..	..	..	../.	.././.	../.	..	..
Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı düşük (25 ve aşağısı) olan ülkeler Ortanca	7300	2.5	0.9	8.6	../.	10.0/9.3/6.7	40/0.2	3.7	24.9
92. Şili	1430	-0.2	-3.9	19.3	27 ^x /55 ^x	6.1/13.2/11.5	40/0.3	19.1	26.2
106. Küba	..	..	..	..	../.	.././.	18/..	..	..
107. Yunanistan	3550	3.6	-0.3	20.6	../.	.././.	13/(.)	9.4	24.7
111. ABD	16690	1.7	1.4	5.3	../.	11.3/1.8/24.9	../.	..	..
115. İtalya	6520	2.6	0.4	14.2	../.	12.1/7.7/3.5	../.	..	..
117. Alman Federal Cumhr.	10940	2.7	1.2	3.2	../.	18.7/0.7/9.2	../.	..	..
120. İngiltere	8460	1.6	2.1	6.4	../.	.././.	../.	..	..
123. Fransa	9540	2.8	0.3	9.5	../.	.././.	../.	..	..
126. Japonya	11300	4.7	3.5	1.2	../.	.././.	../.	..	..
127. Hollanda	9290	2.0	0.3	3.5	../.	11.0/10.9/5.3	../.	..	..
130. Finlandiya	10890	3.3	2.1	8.6	../.	10.4/13.8/5.1	../.	..	..
131. İsveç	11890	1.8	1.5	8.6	../.	1.2/8.6/6.4	../.	..	..

3 – SAĞLIK POLİTİKASINA YAKLAŞIM

Bu göstergeler çerçevesinde Türkiye Dünya ülkeler ailesi içinde büyüklük ve potansiyel insan ve doğal kaynaklarıyla oranlanmayacak bir düzeyde bulunmaktadır.

G.S.M. Hasılanın artırılması özellikle imalat ve doğal maddeleri işleme sanayilerindeki yatırım hacimlerinin gelişmesi, istihdamın sağlanması ve enflasyonun dizginlenmesine bağlıdır.

İnsan hizmetleri sanayiide yukarıda sayılan hususlara bağlı olarak kaçınılmaz bir gelişme çizgisine girecek ve insan unsurunun varlığı sosyal kalkınma ile gerçek değerine oturacaktır.

Bu sektörün en önemli başat alanlarından birisini sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Türkiye'deki sağlık hizmetlerini ve sağlık politikasını bir kez daha gözden geçirmek ve bu konudaki düşüncelerimizi özetlemede yarar görüyoruz.

Anayasamızda da ifade bulduğu gibi "Vatandaşın korunmuş çevre şartlarında beden ve ruh sağlığı içinde yaşamını sürdürmesini sağlamak devletin ödevidir" bu bağlamda, ülkemiz sınırları içinde yaşayan insanlara, sağlıklı konut, dengeli ve yeterli beslenme, çevre kirliliğinden arındırılmış bir doğa ve insanca yaşama olanaklarının sağlanması devlete düşen görevler arasındadır.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında Sağlık Politikasının Temel İlkeleri Şöyle Belirlenmiştir:

Madde 610. Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasının sağlanması esastır.

Madde 611. Genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamak temel ilkedir. Madde 612. Bu çerçevede;

Sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde yürütülmesi için gerekli mevzuat değişiklikleri yapılacaktır.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin bütün yurt sathında yeterli ve etkili şekilde yaygınlaştırılması,

Çevre sağlığı hizmetlerinin geliştirilerek çevrenin iyileştirilmesi.

Halkın yeterli, sağlık ve kaliteli gıdalarla beslenmesinin sağlanması.

İşçilerin, çalışma ortamının şartları nedeniyle sağlığının bozulmasının önlenmesi ve işçilerin çalışma ortamının tehlikelerinden korunması,

Ailelere, kendi sosyo-ekonomik düzeylerine göre istedikleri sayıda çocuğa sahip olmalarını sağlayacak uygun ve etkili aile planlaması hizmetlerinin sunulması.

Çocuk ölümlerinin azaltılması.

Tıbbi bakım hizmetlerinde mevcut tedavi kurumları arasında bütünleşmenin sağlanarak hizmetlerin verimli ve etkili hale getirilmesi,

Ülkenin kan ihtiyacının karşılanması, insan kanı temini ve kullanımı konularındaki darboğazların giderilmesi,

Sağlık hizmetlerinin her kademesi için yeterli sayı ve nitelikte insan gücü yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi,

Sağlık personelinin eğitimi yanında halkın genel sağlık eğitiminin sağlanması ve geliştirilmesi,

Yeterli miktarda ve nitelikte ilacın üretiminin ve israf edilmeyecek şekilde tüketiminin sağlanması, hayati ilaçların her an bulundurulması,

Sağlık yapılarına ilişkin olarak inşaat ve maliyet standartlarının geliştirilmesi ve günün değişen şartlarına göre yönlendirilmesi,



Tıbbi cihazların seçimi, alımı, muhafazası, bakımı, onarımı ve kalibrasyon hizmetlerinin yeni esaslara bağlanarak geliştirilmesi ve bu konuda koordinasyon ve işbirliği sağlanması, gerekli personelin yetiştirilmesi,

1961 Anayasa'sından bu yana sürdürülmekte olan Devlet Planlama Çalışmaları öz olarak sosyal devletin yaratılması ile ilgili tedbir-teşvik-yatırımlar ve denetleme konularında yol gösterici ilke ve hedeflerinin seçimini yapmaktadır.

Bu bağlamda ulusal sağlık politikası bir taraftan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasası ile düzenlenmiş, öte yandanda genel sağlık sigortası tartışması gündemdeki sıcaklığını sağlık hizmetleri temel kanunu ile yapısallaşmaya terk ederek iyice pekiştirmiştir.

Sağlık sistemlerini incelemeyen önce sağlık politikasının temel ilkelerine bakmak gerekir.

4 – SAĞLIK POLİTİKASININ TEMEL İLKELERİ

Amaç, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamaktır.

a) Çağdaş hekimlik ve sağlık hizmeti kavramı doğrultusunda, koruyucu hekimlik ve tedavi hekimliğinin birlikte yürütülmesi ilkesi kabul edilmiştir.

b) Bağlı bulunduğumuz uluslararası kuruluşların temel görüşleri ile çelişmemesi esas alınmıştır (Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Beyannamesi, Uluslararası Çalışma Örgütü-ILO, Dünya Sağlık Örgütü-WHO, UNICEF gibi kuruluşlar).

c) Anayasalarımızın sağlık konusundaki tarihi çizgilerine uygunluk aranmıştır.

d) Beş yıllık kalkınma planlarının sağlık politikasındaki doğrultuları gözönüne alınmıştır (Sosyalleştirme örgütlenmesi).

Sağlık politikasının modelini seçerken, aşağıdaki ilkelerin gözönünde tutulması gerekir:

a) Olanakların dengeli ve eşit bölüşülmesi, her vatandaşın verilecek hizmetten eşit yararlanması;

b) Bunun için yeterli finansmanın sağlanması;

c) Sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olarak götürülmesi (Hekim, Eczacı, Dış Hekimi, Yardımcı Sağlık Personeli ve diğerleri);

d) Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir elden verilmesi;

e) Hizmetin kademeli olması, ilk basamak sağlık hizmetinin örgütlenmenin temeli ni oluşturması;

f) Örgütlenmenin nüfus dağılımı, çoğalma ve gelişme hızı gibi etkenler dikkate alınarak düzenlenmiş bölgeler esas alınarak yapılması hizmette dengeli ve eşit dağılım;

g) Tek sistem uygulanması ve yönetimin tek elden yürütülmesi, kurum ve kuruluşlar arasındaki farklılıkların giderilmesi, hizmet yinelenmelerinden kaçınılması;

h) Hizmette verimlilik ve etkinliğin sağlanması;

i) Çevre koşullarının düzeltilmesi ve sağlıklı beslenme gibi, diğer kurum ve kuruluşları ilgilendiren konularda işbirliği ve eşgüdüm;

j) Sağlık personelinin eğitiminin hizmetin gereksinmelerine karşılık verecek şekilde düzenlenmesi,

k) Sağlık örgütünün yönetiminin siyasal etkilerden arındırılması; yönetimde tarafsızlık ve demokratikleşme, özlük işlerinde hakkaniyet ve objektif kıstaslar kullanılması.

Bu temel ilkelere göre her iki sağlık sistemini şöyle değerlendirebiliriz.



5 - GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Tanım ve Niteliği

Genel sağlık sigortası, gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı bireylerin, sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ile orantılı olarak katılımlarının sağlanmasıdır. Alınan primler devletin öteki gelirlerinden ayrı bir fonda toplanır ve yapılacak yardımlar bu fondan ödenir. Bazen, sigorta finansmanına devlet de katılır. Bu katkı, ödeme gücü olmayanların primlerinin ödenmesi gibi olabilir. Primler giderleri karşılamıyorsa, devlet aradaki açığı kapatarak da katkıda bulunabilir. Sigorta, uygulama alanı içindekiler için zorunlu; yardımlarsa sigortalılar için haklıdır.

Yıllardır sağlık hizmetlerinin düzeltilmesi çabalarında sağlık sigortasına umut bağlanmış ve halkımız bir tür beklenti ile koşullandırılmıştır.

Sağlık sigortasını halkımız "sağlığın sigortası, sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulacağına güvencesi" olarak beklemektedir. Gerçekte sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin bedelinin bu hizmeti kullananlar tarafından ödenebilmesinin güvencesidir. Yani, sağlık hizmetini sunan kesime (hastaneler ya da özel hekimler, kamu kurumları), hizmet karşılığında bedel ödenebilmesi sağlık sigortasının garantiye alınır. Oysa hastanın ve kişilerin bulunduğu yerlerde ve yörelerde sağlık hizmetlerinin daha iyi olacağı, daha iyi sunulacağı gibi temel sağlık konularına hiçbir katkısı yoktur. O halde sigortalanacak olanlar gerçekte hizmeti kullanacak olan hastalar değil, kamu kurumları ve yurttaşlardan yani toplumdaki toplanan primlerle ödenen bedeli paylaşacak olanlardır. Hastanelere gerekli tıbbi araç-gereç satıcıları, tüketilen ilacı üreticiler, özel hastaneler vs'dir.

Genel sağlık sigortasının bu gerçek yanının çok iyi belirlenmesinde yarar vardır. Her insan, her yaşta hastalanabilir. Sağlıklı oldukları zaman prim ödeyerek sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesine katkıda bulunan bireyler, hastalandıkları zaman bu hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanır. Sigorta fonları hükümet denetimindedir, kar amacı gütmeyen. Zorunlu sağlık sigortası özel bir örgüt aracılığı ile sağlık vergisi toplanan bir kamu kuruluşu görünümündedir.

Uygulamanın Yararları

- Hükümet yönünden: Ek bir finansman kaynağı bulmak ve yeni bir hizmet başlatarak siyasi avantaj sağlamaktır.
- Halk yönünden: Hükümetin yaptığı sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu yerlerde, yurttaşlar sigortalanarak daha iyi sağlık hizmetine kavuşabilirler.
- Hekim Yönünden: Serbest hekim seçimine dayanan bir genel sağlık sigortası, en fazla hekimlere yarar sağlar. Bu uygulamayla hekimlere başvuran hasta sayısı artar.
- İlaç sanayii yönünden: Yapay olarak pompalanan ilaç tüketimi, sektörün karlılığını artırır.

Dünyadaki Uygulama

Gelişmiş ülkeler, yurttaşlarına etkin bir sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu etkinlik, hem koruyucu hem de iyileştirici hekimlikte söz konusudur. Bu hizmetlerin finansmanı bazı ülkelerde sağlık sigortası fonlarıyla, bazılarında ise vergilerle sağlanmaktadır. Sağlık giderlerinin genel bütçeden veya zorunlu sigortalı fonundan ödenmesinde, siyasi rejim farkları rol oynamamaktadır. Yugoslavya gibi sosyalist bir ülkede önemli kaynak sigorta fonu olmamasına karşın, İngiltere gibi kapitalist bir ülkede zorunlu sigorta örgütü kaldırılmıştır. Günümüzde genel eğilim, sağlık hizmetlerinin giderek vergilerle karşılanması yönündedir.

Az gelişmiş ülkelere gelince; bunlarda ne zorunlu, ne de ihtiyari sigorta kurumları gelişmiştir. III az gelişmiş ülkeden 46'sında hiç bir sağlık sigortası yoktur. Geri kalan 65 ülkeden yalnızca 33'ünde bazı nüfus grupları için zorunlu sigortalar, 27'sinde yalnız işverenin işçiye bakma sorumluluğu ve ikisinde de gönüllü sigorta kuruluşları vardır. Geri kalan 3 ülke ise, sağlık hizmeti devletin görevidir. Görülüyor ki, tüm dallarda olduğu gibi, sosyal güvenlik kurumlarıyla da gelişmişlik arasında doğrudan bir bağ ortaya çıkmaktadır.

Dünya'da Genel Sağlık Sigortası sisteminin Almanya, Danimarka, Fransa gibi gelişmiş ekonomilere sahip ülkelerde uygulandığı görülmektedir. Zorunlu sağlık sigortası uygulanan ülkelerde bazı ortak özellikleri nedeniyle sistem uygulanabilmektedir Bunlar:

- a) Kişi başına düşen milli gelirleri yüksektir.
- b) Gelir dağılımı dengelidir.
- c) Pek çoğunda tüm sigorta dalları (işsizlik dahil) mevcuttur.
- d) Eğitim düzeyleri yüksek ve altyapıları yeterli olduğundan koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı fazla sorun oluşturmaz, tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmiştir.
- e) Personel ve yatak sayıları ihtiyaca cevap verebilir ve dengeli dağılmıştır (10.000 kişiye ortalama 100 yatak. Bizde, 10.000 kişiye 22 yatak düşüyor).
- f) Kişilerden alınan primlere devlet katkısı yüksektir (İsveç: kişiden alınan % 1, sağlık hizmetleri harcamaları % 23; Türkiye: 1945-% 3.1, 1965-% 4.1, 1975-% 3.5, 1983-% 2.9, 1985 bütçesinde % 2.4).
- g) Nüfusun % 80'i şehirde yaşar, hizmetlerin yapılması kolaydır.
- h) Hekim dağılımı dengelidir (Bizde % 60'ı üç büyük şehirde bulunuyor; 2000'i Ankara'da).
- i) İşsizlik oranı % 3-% 8; bizde ise % 19.8'dir (1984).
- j) Pek çoğunda ilaç hammaddeleri yeterlidir ve ilaç ihraç edebilirler (Bizde ise % 80'i ithal ediyor).
- k) Adaletli vergi sistemleri mevcuttur. Toplam vergi gelirlerinin gayrisafi milli hasıladaki (GSMH) yeri Türkiye'de % 23.7, Yunanistan'da % 31.8, Portekiz'de % 33, Batı Almanya'da % 37, İtalya'da % 39.9, Avusturya'da % 41, Fransa'da % 44, İsveç'te % 50.7'dir.

Türkiye Koşullarında ve Sağlık Hizmetleri Açısından Bu Modelin Olumsuz Yönleri

- a) Zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasında, çağdaş sağlık kavramı içinde koruyucu ve tedavi edici hizmetin bir bütün olarak yürütülmesi ilkesi zedelenecektir, çünkü bu yöntemde tedavi edici hizmetlere ağırlık verilir.
- b) Oysa Sosyal Devlet'in temel sağlık politikasında, insan sağlığının korunması ve hastalıkların tedavi edilmesi temel haklardan en önemlisi olup bir kamu görevidir.
- c) Bu sistemde, hekimlerin kamu hizmetinden özel hekimliğe kaymaları kolaylaşır.
- d) Pratisyen/uzman hekim dengesizliği artar; hekimlerin serbest tababetin. daha verimli olduğu uzmanlık dallarına yönelmeleriyle sonuçlanır.
- e) Hekimlerin toplumun gelir düzeyi yüksek kesiminin yerleşim yerlerinde birikmesine neden olarak, ülkemizdeki dengesiz hekim dağılımı sorununu büyütür.
- f) Zorunlu genel sağlık sigortasının uygulandığı ülkelerde aile hekimi, köy hekimi, genel pratisyen hekimlik gibi birkaç yüzyıllık birikim vardır. Oysa, ülkemizde serbest hekimlik daha çok uzmanlık alanlarındadır. Özel muayenehanelerin, sağlık örgütlerinde ilk başvuru yeri olarak görev yapması olanaksızdır.
- g) Sağlık insangücü ve tesislerinin yetersiz olduğu yerlerde sağlık sigortası kurmak bir kısım halkın sorununu çöze bile, büyük kitle-prim ödemesine karşın-az ve yetersiz hizmetle karşılaşabilir.



h) Hastalanan halk parası ödemiş olmanın verdiği hak ve tedavi masraflarını sigortanın ödeyeceği düşüncesiyle sigorta olanaklarını israftan kaçınmaz. Bunun sonucu, sağlık hizmeti maliyeti hızla yükselir ve bu artış gelişmekte olan ülkelerin ekonomisine büyük bir yük olur.

i) Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek için, korucuyu ve iyileştirici hizmetleri entegre etmek gereklidir. Kendi sağlık örgütünü kuran bir sağlık sigortasının, sonunda koruyucu hizmetle iyileştirici hizmeti birbirinden ayırması az gelişmiş ülkeler için büyük bir kayıptır.

j) Özellikle Türkiye gibi, bireylerin sağlık konusundaki eğitiminin yetersiz kaldığı ülkelerde, genel sağlık sigortasının doğuracağı kaynak israfı önemli boyutlara varabilir. İlaç tüketimi çok artabilir. Genellikle halkımızda ilaç tüketimine doğru bir eğilim vardır. Bu eğilim, ilaç israfında ve ilaç tüketiminin artmasına neden olarak ekonomiye zarar verir.

Gerekçe, bu ülkenin bir sağlık politikası vardır. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi konusu ile bu politikanın çerçevesi çizilmiştir. Bütün beş yıllık planlar, ilkeler, hedefler, programlar ve yatırımlar çerçevesinde bu sağlık politikasının perspektifini devamlı genişletme yönünde düşünülmüştür. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yapılandırılması birbirine paralel bir konuma oturtulmuştur. Ne varki başlanan nokta ile bugüne değin gelinmesi gereken noktalar arasında plan hedefleri bakımından yeterli ilerleme sağlanamamıştır.

6 – SOSYALLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, 1961'de yürürlüğe giren 224 sayılı yasayla uygulanmaya başlamıştır. 1984 yılında bütün ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Sistemin gerektirdiği ölçüde örgütte önemli bir fizik yapı, bilgi ve deneyim birikimi vardır. Ancak, bir türlü amacına erişemeyen sosyalleştirme uygulamasını içinde bulunulan karmaşadan çıkarmak, reorganize etmek ciddi ve geniş kapsamlı bir reform niteliğinde yeniden yapılandırılması yerine sağlık hizmetleri temel kanunu çıkarılarak "Genel Sağlık Sigortası" uygulamasına geçilmeye çalışılmaktadır. Yasanın T.B.M.M. den geçmesinden sonra önce Temmuz 1986'da uygulamaya geçileceği açıklanmış, ancak yasanın ön gördüğü alt yapı ve maddi temeller sağlanamadığı için herhangi bir gelişme oluşmamıştır. Burada tartışılması gereken nokta ise şudur: Türkiye gündeminde, bir taraftan 224 sayılı yasa varlığını korurken gerçekte bir sağlık politikası değil ancak bir finans aracı olan sigortacılığın sosyalizasyonu bağlantıları ne şekilde sağlanacaktır? Eğer böyle bir bağlantı gerçeği yok ise sağlık sektöründeki yasalardan ve soruğa uygulamadan kaynaklanan kaos siyasi otoriteye nasıl aşılacaktır?

224 Sayılı Yasa halen yürürlükte olduğuna göre ilgili parametrelerini gözden geçirmekte yarar bulunmaktadır.

Sosyalizasyonun Temel Koşulları

- Sağlık Hizmetlerinin birleştirilmesi ve tek elden yönetimi
- Yönetimde Reorganizasyon
- Tam süre çalışma ilkesi
- Özel hekimliğin düzenlenmesi
- Sağlık hizmetlerinde eğitim ve istihdam
- Sağlık sorunlarına ilişkin yasal mevzuat
- Mali kaynak

olmak üzere temel yedi öğe bulunmaktadır. Bu öğelere bakıldığında sosyalleştirilmiş sağlık

hizmetlerinin neden yürümediği de hemen anlaşılabilir. Çünkü temel koşullardan yoksun bir yasa kendi gücünü donanımsız sağlık ordusuna aktaramamaktadır.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası

- 1- Sosyal Eşitlik
- 2- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi
- 3- Sürekli Hizmet
- 4- Entegre Sağlık Hizmetleri
- 5- Basamaklı Yönelme Sistemi
- 6- Ekip Hizmeti
- 7- Ana ve Çocuk Sağlığına öncelik
- 8- Koruyucu Hizmetlere Öncelik
- 9- Toplum Katılımı
- 10- İlaçların Sağlanması
- 11- Denetim ve Hizmet İçi Eğitim Politikası
- 12- Sağlık Hizmetlerinde Hiyerarşi Politikası
- 13- Sağlık Hizmetlerinin Tek Elden Yönetilmesi
- 14- Esnek Bir Planlama
- 15- Sektörler Arası İşbirliği

şekilde özetlenen 15 noktada sağlık örgütlenmesini kağıt üzerinde düzenlemiştir. 1961 den 1986'ya uzanan zaman dilimi içerisinde de kuramsal olarak 67 vilayette örgütlenme tamamlanmıştır. Ancak temel koşulların yasaya ek fiiliyata sokulamaması ve ülkenin toplumsal, ekonomik ve siyasal konjonktürel çalkantılar içerisinde yol alması ancak sağlık hizmetlerinde düzensizliklerin devamını sağhyabilmiştir.

7 – GENEL DEĞERLENDİRME

Türkiye 1923-1980'e kadar "İthal İkameci Sanayi Modeli"ni seçmiş idi. Sistemin Mantiği Korumacılık İlkesine Dayanmaktadır. Bunlar :

- i) Yüksek Gümrük Duvarı Uygulaması
- ii) Yasaklama
- iii) Ucuz Kredi Temini

Şimdi alınan model "ihracata yönelik sanayileşmedir" bu sistemin mantığı "yurt- içi üretime oranla daha ucuz olan malı alalım. Elimizde olan ve bunu karşılayabilecek malı ise satalım" şeklinde çerçevelenmiştir.

Gerçekte bu modelde korunma tedbiri getirmektedir. Şöyleki:

Temelde ihracatı yapılabilen ürünlerin üretimini korur.

Bu anlamda ilaç sanayiinde fiyat kararnameşi çerçevesinde "ihracata yönelik sanayileşme modeli" mantığı ile revize edilmiş ve 1972 tarih 7/4129 ile 1983 tarih 83/6167 kararnameşleri (sınai maliyet indeksleri) yürürlükten kaldırılarak 84/8845 sayılı kararname gündeme getirilmiştir.

1. İlaç maliyetlerin hesaplanması beyan esasına, diğer bir deyişle üreticinin gösterdiği fiyatı esas alarak düzenlemektedir.
2. İlaç fiyat beyannamelerinin inceleme süresi 10 gün kısıtlı tutulmuş ve ilgili Bakanlığın ayrıca bir itirazı olmadığı taktirde yüzlerce kalem ilacın üreticinin gösterdiği fiyat üzerinden kesinleştirilmesi hususu kabul edilmiştir.
3. 10 günlük süre içindeki incelemelere esas oluşturacak nesnel koşullar saptanmamıştır.

4. Beyan esasına gidilmesi maliyet ölçütlerini ortadan kaldırmış, özellikle hammadde, ambalaj malzemesi indeksleri gibi ticari maliyet hesaplarına esas teşkil eden emsaller geçersizleşmiştir.

5. Üretici açısından hammadde, ambalaj malzemesi indeksleri gibi zorunluluklar beyan için önemsizleştiğinden ucuz hammadde arama gereğinde ortadan kalkmıştır.

6. Doğrudan kontrol yöntemleri içine sokulamayan ve gerçek maliyet ögesi olmayan kalemlerden sayılan pazarlama ve satış giderleri, seyahat ve vasıta harcamaları gibi giderler ile işletme finansman giderleri, firmaların geçmiş yıllara ilişkin gecikmiş borç ve faizleri, alınacak borç faizleri gibi maliyet öğeleri gerçek usulde maliyetlere yansıtılabilir hale gelmiştir.

7. İşletme maliyetlerinin denetlenmesi için herhangi bir denetim biriminin ortada bulunmaması ve yansır, işletmelerin yıllık üretim miktarları ile orantılı olarak değişecek birim maliyet giderlerine esas olacak bir oranın da saptanmaması üreticileri her an fiyat isteyebilecek bir konuma getirmiştir.

Bir malın ucuzluğu temel üç faktör ile belirlenebilmektedir.

i) O malın arkasındaki taleptir ki bu talep satın alma gücünün ifadesidir.

ii) O malların başka piyasalardaki fiyatıdır.

iii) Maliyettir, maliyeti, üretim maliyeti ile ilacın elde edilmesi, ambalajlama, tanımlama, dağıtım (firma-depo, depo-eczane, eczane-tüketicisi) beraber "ilacın tüketiciye sunulmasına kadar olan aşamalar"

Ekonomik sistem liberalleştirilse bile yapıları itibariyle gerek sağlık hizmetleri ve gerekse bu hizmetin bir parçası olan ilaç üretimi ve fiyatı denetim dışı bırakılabilecek sektörler değildir. Bu bakımdan özellikle ilaç için aşağıdaki öneriler dikkate alınarak ve geç kalmadan gereken düzenlemeler yapılmalıdır.

1. İlaç fiyatları, ilacın ve pazarının özellikleri nedeniyle hiç bir zaman için devlet denetimi dışında tutulamaz.

2. Dolaylı denetim yollarının geçerli olmadığı ülkemizde, bu denetimin doğrudan yapılması gerekmektedir.

3. İlaç fiyatları pazarı hiç bir zaman serbest (tam) rekabet yapısı içinde olamaz. Hiç bir düzenleme bunu sağlayamaz.

4. İlaç fiyatlarının denetiminde en önce, hammadde ve ambalaj giderlerinin belirli fiyat standartları içinde tutulmasını sağlayıcı önlemleri almak gerekir.

5. Ticari maliyetin saptanmasında söz konusu olan dolaylı maliyet giderleri başıboş bırakılamaz. Bu giderler gerçek usule göre maliyetlere yansıtıldığında fiyatların hızlı yükselmesi kaçınılmazdır.

6. Reklam ve propaganda giderleri, finansman giderleri gibi maliyet öğelerine mutlaka bir sınırlama getirilmelidir.

7. Bu esasları gözönünde bulundurarak hazırlanan beyannameleri için 10 işgünü inceleme süresi yetersizdir.

8. Birim maliyetlerin saptanmasında gözönünde tutulması gereken bir yıllık süredeki üretim düzeyleri ve maliyetleri, belirli temellere göre standart hesaplamalara bağlanmalıdır. Böylelikle, verimli çalışan üreticilerle, verimsiz çalışanlar arasındaki fark korunabilir.

Sağlık ekibinin sacayaklarından birisini oluşturan eczacıların da çağdaş sağlık hizmetinin yapıllaştırılmasında çok önemli görev ve sorumlulukları vardır.

Eczacılar olarak, sağlık hizmetinin her alanı ile ilgili düşünme, araştırma yapma ve sorunlara çözüm yollarını bulma görevlerimiz bulunmaktadır.

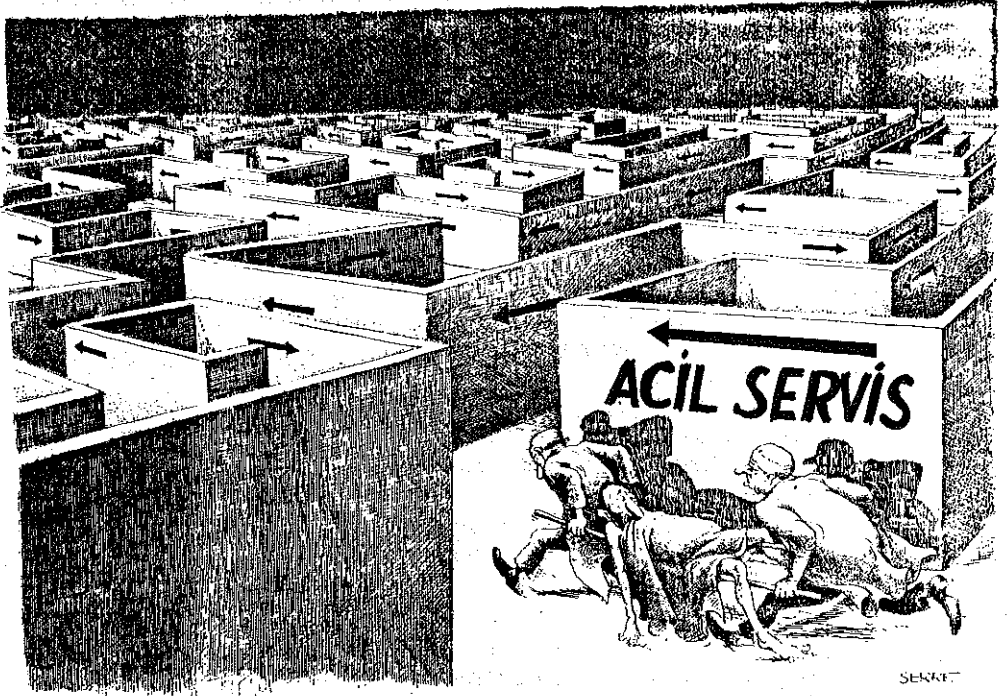
Bebek ölümlerinin % 0.95 olduğu bir ülkede, bunun nedenlerini düşünmek, çözüm-

lerini bulmak ve sağlık ekibinin içinde aktif olarak görev almak için çaba içine girmek bugünden iřlerimizden bir tanesine örnektir.-

İlaç fiyatlarının gelir düzeylerinin üzerinde seyrettiği bir sektörde, yurttaşların gelir düzeylerini artıran ekonomik tedbirlere katkı sağlamak, toplumsal bir görev olduğu kadar eczacının da sorumluluğu içindedir. Bu sorumluluk, üretime yönelik eczacılık hizmeti anlayışı ile bitişmektedir. Bunun için yeniden örgütlenme, eczacılık mesleğinin, eğitimden, bütün çalışma alanlarına kadar çağdaşlaştırılması gerekmektedir.

İlacın, üretiminden tüketime gerçek bir uzmanı olabilmek, yurttaşın bu konularda eğitmeni ve yardımcısı haline gelmek ve sağlık ekibinin ayrılmaz bir yesi olarak çalışma götürebilmek.

Her aşama üretken bir eczacılık hizmeti ve eczacı tipini gündeme getirmektedir.



SEKİT