SINIFSIZ TOPLUM YOLUNDA

TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TEZİ

Dr. İlker Belek
Dr. Hamza Onuroğulları
Dr. Erhan Nalçacı
Dr. Fatma Ardıç



Sorun Yayınları

Dr. İLKER BELEK
Dr. ERHAN NALÇACI
Dr. HAMZA ONUROĞULLARI
Dr. FATMA ARDIÇ

□

SINIFSIZ TOPLUM YOLUNDA TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TEZİ

Sorun Yayınları

□

Kriz Nasıl Aşılabilir Dizisi: 1
Birinci Baskı : Nisan 1992
İkinci Baskı : Ocak 1998

© Yayın Hakkı: Sorun Yayınları
Baskı: Kurtiş Matbaacılık
Dizgi: Ajans D
ISBN 975-431-015-7

Dr. İLKER BELEK
Dr. ERHAN NALÇACI
Dr. HAMZA ONUROĞULLARI
Dr. FATMA ARDIÇ

SINIFSIZ TOPLUM YOLUNDA TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TEZİ

Sorun Yayınları
Baş Musahip Sokak No.3/2 Cağaloğlu - İstanbul - 34410
Telefon: (0212) 511 08 29
Fax: (0212) 519 05 60

İlker Belek'in Yayınlanmış Kitapları:

1. TOPLUMSAL BİLİNÇ
   Evrimsel Bir Toplumsal Hareket Düşüncesine Doğru-1991
2. SINIFSIZ TOPLUM YOLUNDA
   TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TEZİ *(Anonim)*-1992 (2.Baskı-1998)
3. SOSYALİZM SORUNLARI ÜZERİNE
   Açılım Tartışmaları *(Anonim)*-1992
4. DİSK'İN "ÖREN TEZLERİ"
   VE SOSYALİST TAVIR *(Anonim)*-1992
5. TOPLUMSAL DİNAMİKLER
   VE ÖRGÜTLENME EKSENLERİ *(Anonim)*-1992
6. SOSYALİZM "YENİ DÜNYA DÜZENİ" TÜRKİYE
   (Anonim)-1992
7. SAĞLIK "REFORM PAKETİ"
   NEYİN PEŞİNDE *(Anonim)*-1992
8. Marksist Bakış Açısıyla
   BİLİMSEL TEKNOLOJİK DEVRİM
   VE "ENDÜSTRİYEL DEMOKRASİ"-1993
9. SOSYAL DEVLETİN KRİZİ
   VE SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ-1994
10. SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME
    (İlker Belek-Ata Soyer)-1995
11. "POSTKAPİTALİST" PARADİGMALAR-1997

İÇİNDEKİLER

İKİNCİ BASKI İÇİN ÖNSÖZ (İlker Belek) 7
YAYINEVİNİN NOTU 17
GİRİŞ 21
BİRİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK ÜZERİNE 23
I. YAŞAM VE SAĞLIK 23
I.1. BİYOLOJİK HAREKETİN ORTAYA ÇIKIŞI 23
I.2. SAĞLIĞIN TANIMI 24
I.3. SAĞLIĞIN KORUNMASI 25
II. İNSAN VE SAĞLIK 26
II.1. SINIFSIZ TOPLUMDA 26
II.1.1. Emek Bilgidir 27
II.1.2. İlkel İnsanın Bilgisi Somuttur 27
II.1.3. İnsan İçin Sağlığın Kapsamı Daha Geniştir 28
II.1.4. Sağlıkta Eşitsizliğin Kaynağı Yoktur 28
II.1.5. Sağlık Bilgisinin Kullanımı Amatörcedir 29
II.2.SINIFLI TOPLUM YAPISI VE SAĞLIK 30
II.2.1. İlk Sınıflı Toplumlarda Sağlık 31
II.2.2. Toplumsal Etken 33
II.3. KAPİTALİZM VE SAĞLIK 34
II.3.1. Kapitalizmde Sağlık Hizmetinin Ekonomi Politik Temel Özellikleri 34
II.3.1.a. Üretimin Meta Karakteri ve Sağlık 34
II.3:1.b. Emek-gücünün Meta Karakteri ve Sağlık 36
II.3.1.c. Kapitalizm ve Emekçi Sınıflar İçin Asgari Sağlık Hizmeti 37
II.3.1.d. Sağlık Hizmetinin Meta Karakteri 38
II.3.1.e. Sınıfsal Yapının Sağlığa Etkisi 42
II.3.1.f. Sağlıkta Ülkeler Arası Farklılık 42
II.3.2. Kapitalizmin Genişleyen ve Depresif Uzun Dalgaları ve Sağlık 44
II.3.3. Kapitalist Üretimin Mikro Yapısı ve Sağlık 53
II.3.4. Kapitalizmde Sağlık Hizmetinin Boyutunu Belirleyen Bileşenler 56
İKİNCİ BÖLÜM: TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ 59
I. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU 59
I.1. SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRGÜTLENMESİ 59
I.1.1. 224 Sayılı Kanun 60
I.1.1.a. Genel Çerçevesi 60
I.1.1.b. 224 Sayılı Kanun'un Getirdiği Yapı 61
I.1.1.c. Sosyalize Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri 62
I.1.1.d. 224 Sayılı Kanun'un Uygulanma Süreci 63
I.1.1.e. 224 Sayılı Kanun Nedir? Niçin İşlememiştir? 64
I.1.1.f. 224 Sayılı Kanun Sosyalist Bir Yönelim midir? Ve Bazı Tartışma Noktaları 66

I.2. İŞÇİ SAĞLIĞI ÖRGÜTLENMESİ 69
I.2.1. Sosyal Sigortalar'ın Yapısı 70
I.2.1.a. Finans Yönü 71
I.2.1.b. Sosyal Sigortalar'ın Ekonomi Politiğine İlişkin Birkaç Nokta 72
I.2.1.c. Organizasyon Yönü 73
I.2.2. İşyeri Düzeyindeki Sağlık Örgütlenmesi 76
I.3. ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ 77
II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN DURUMU 81
III. SAĞLIK İNSAN GÜCÜ VE DİĞER KAYNAKLAR 86
IV. TIP EĞİTİMİ 88
V. İLAÇ SEKTÖRÜ 90
VI. "YENİ" YÖNELİMLER 94
VI.1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI 94
VI.2. YEŞİL KART 98
VI.3. AİLE HEKİMLİĞİ 99
VII. ÖZET: TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN TEMEL SORUNLARI 100

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: NASIL BİR SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ 102

I. SAĞLIK HİZMETİNİN GELECEĞİNE İLİŞKİN GENEL GÖRÜŞLERİMİZ 102
I.1. KAPİTALİST SİSTEMİN SAĞLIĞI KORUMA ANLAYIŞI 102
I.2. SAĞLIĞI KORUMANIN ANLAMI 105
I.3. SAĞLIĞI KORUMAK VE KAPİTALİZM 106
I.4. SAĞLIĞI KORUMANIN NESNEL KOŞULLARI 107
I.5. SAĞLIK BİLGİSİ KULLANIMINA İLİŞKİN DAHA UZUN DÖNEMLİ PERSPEKTİFLER 108

II. TÜRKİYE İÇİN SOMUT YAKLAŞIMLARIMIZ 111
II.1 KISA DÖNEM İÇİN MEVCUT OLANAKLAR 111
II.1.1. Sanayide İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları 112
II.1.2. Mevcut Sağlık Örgütü İçindeki Katılımcı Yapılar 114
II.1.2.a. Sağlık Ocakları İle İlintili Katılımcı Yapılar 114
II.1.2.b. Hastaneler İle İlintili Katılımcı Yapılar 116
II.2. UZUN DÖNEMLİ SAĞLIK PROJESİ 117
II.2.1. Temel İlkeleri 117
II.2.2. Örgütlenme Modeli 121
SON SÖZ OLARAK: ÇALIŞMANIN EKSİKLİKLERİ, GELİŞTİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ 134
KAYNAKLAR 136
Sorun Yayınları Kolektifi Yayın Kataloğu 141

İKİNCİ BASKI İÇİN ÖNSÖZ

Bu kitabın ilk baskısı 1992 yılında yayınlanmıştı. Tükenişinin üzerinden ise neredeyse altı yıl geçti. Aradan geçen bu süre boyunca *Sorun Yayınları Kolektifi* ve Sırrı Öztürk'ün bütün ısrarlarına karşın yeni baskısı için gerekli düzenlemeleri ancak gerçekleştirebiliyoruz.

Sağlık Tezi, tekelci piyasa koşulları içinde varlık gösteren kapitalist sağlık sistemi eleştirisini ve onun karşısına sosyalist bir alternatifi teorik düzeyde geliştirme sorumluluğuyla hazırlanmıştı.

Türkiye sosyalist hareketinin bu tür çalışmalara öteden beri mesafeli yaklaştığını biliyoruz. Genel düşünce olarak sosyalist hareket bizimki gibi "alan" çalışmalarını siyaset dışı, teknik çalışmalar olarak değerlendiriyor ve önceliğin bizim "pür" siyaset olarak adlandırageldiğimiz partili mücadelenin örgütlenmesi, sınıf sömürüsünün çeşitli görünüş biçimleri, güncel deyimiyle iç politika olarak nitelenen alanlara verilmesi gerektiğini vurguluyor.

Ancak son bir iki yıldır bu mesafenin aşılmaya çalışıldığını da izliyoruz. Bizim düşüncemiz hep, sosyalist teori ve hareketin, yaşamın her alanındaki kapitalist sistem eleştirisi ile birlikte, bunun karşısında eşitlikçi, bilimsel, sömürünün ortadan kaldırılmasını hedefleyen ya da bu temel ilkelere denk gelen alternatif bir sistem önerisini geliştirmesinin zorunlu olduğu yönündeydi. Aksi taktirde zaten bütünlüklü bir sosyalist programın üretilebilmesi olanaksızdır. Programsız ise bırakın kitleselleşmeyi, kadro oluşturmak ya da kadro toparlamak bile mümkün olmaz. Bunun nedeni gayet

basittir. Bireyler çeşitli alanlarda ne düşündüklerini açıklamayıp tartışmadan bir arada görünseler de, birlikte iş gerçekleştiremezler.

Yukarıda belirlediğim türden "alan" çalışmaları yapı itibariyle, "pür siyaset" alanına da göndermeler yapmak, kapitalizmin politik ekonomisini analiz etmek ve genel hatlarıyla sosyalist teoriyi özümlemiş olmak zorundadır. Dolayısıyla bu tür çalışmalar bizim için hep sosyalist teorinin kendi "alanında" inceltilmesi anlamını taşımıştır.

Türkiye sosyalist hareketi açısından önemli sorunlardan birisi yukarıda belirlediğim türden inceltme faaliyetlerinin yetersizliğidir. Bu durum sosyalist teorinin kabalaşması gibi bir sonuca da neden olabilmektedir.

Bu kitaba, kitapta sosyalizm sözcüğü az geçtiği için, teorik zaaf atfeden eleştiriler yöneltildi. Oysa biz, sağlık ve sağlık sistemi çözümlemelerimiz ve alternatif sistem önerimiz içinde, sosyalizm kelimesini hep yapılageldiği gibi sıkça yinelemekten özenle kaçınmıştık. Eğer önerilen bir şey kendi yapısında bilimsel, sosyalist çözümlemeyi içselleştirememişse, siz istediğiniz kadar sosyalizm vurgusunu yapın, en azından bilimsel düzlemde bunun sosyalizm bakımından hiç bir anlamı olmayacaktır. Sonuç itibariyle eğer sürekli sosyalizm vurgusu yeterli olsaydı, kitap yazmaya gerek kalmaz, "alternatif sosyalizmdir" der konuyu kapatırdık. Bu cümle doğrudur. Ancak bunu söylemek yeterli değildir. Bu cümlenin niçin doğru olduğu ve sosyalist bir sağlık alternatifinin nasıl olması gerektiği açıklanabilirse anlam kazanır. Bu nedenle bizim yazdıklarımız gerçekten kapitalist sistem zırhını teorik düzlemde parçalama, yadsıma kapasitesi taşıyor, gerçekten sömürüsüz, işçi ve emekçi sınıfların gerçek (katılımcı) iradesine gereksinen, eşitlikçi, bireylerin yeteneklerini toplumsal gereksinimler için emebilen bir yapı üzerine oturuyorsa anlamlıdır. Bunun dışında kalan her şey düzen içidir, insanın sömürülmesine hizmet eder ve insanlık hedefleri bakımından hiç bir anlam taşımaz.

Bu kitabın ilk baskısı üzerinden geçen sürede Türkiye ve Dünya'da sağlık alanında pek çok şey yaşandı. Bunlarla ilgili olarak

gerek bu kitabın yazarlarınca, gerekse başka yazarlarca değişik incelemeler yapıldı, yazılar yazıldı. Ancak aradan geçenleri izleyebilmek için okuyucuya bu yazılara bakmasını önermek gerçek bir kopukluk yaratmak olur. Bu nedenle kitabımızın İkinci Bölümünü yeniden elden geçirdik ve kullandığımız bütün sayısal verileri yeniledik, kimi çözümlemeleri genişlettik, güncelleştirdik. Diğer bölümlerdeki çözümlemelerimize ise bu kitap boyutundaki bir çalışmanın konu ve teorik düzlemi bakımından yeterli olduklarını düşünmeye devam ettiğimiz için hiç dokunmadık. Bununla birlikte aradan geçen beş yıl boyunca yaşananları yine aynı kabalık düzeyinde ele alarak özetlemek, bütünlüğü sağlamak bakımından yararlı olacaktır. Bu nedenle bu kitabın Önsöz bölümünün bundan sonraki kısmında, özellikle Dünya'da sağlık sektöründe yaşananlar toparlanmış ve bununla ilgili kaynakça okuyucuya sunulmuştur.

Dünya'da eşitsizlik konusu, bir süredir sağlık alanındaki en önemli sorun/sonuç olarak algılanıyor. Esasen daha 1977 ve 1978 yıllarında, o dönemin sosyalist sistemli siyasal konjonktüründe Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eşitsizliği en temel belgelerinin ilk sıralarında, sağlık sistemlerinde ve ülkelerin genel siyasal tercihlerinde yeni düzenlemeleri zorunlu kılan en önemli sorunlardan birisi olarak belirlemişti. Bu anlamda, anılan yıllarda uluslararası sağlık kuruluşlarınca geliştirilen 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık ve Temel Sağlık Hizmetleri felsefelerinden söz etmek gerekir.

1978 yılında yayınlanan Alma-Ata deklarasyonu, 2. Maddesinde, sağlıkta özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde varolan büyük eşitsizlik durumunu gerek politik, gerek sosyal ve gerekse de ekonomik bakımdan kabul edilemez olarak belirlemişti. (1, s. 107) 2000 yılında Herkes İçin Sağlık anlayışı doğrultusunda Avrupa Bölgesi hedefleri belirlenirken ise herkes için sağlığın eşitlik demek olduğu vurgusu yapılmış ve birinci hedef, 2000 yılına kadar "dezavantajlı durumdaki devletler ile grupların sağlık düzeylerini yükselterek ülkeler arasındaki ve ülke içindeki gruplar arasında mevcut sağlık düzeyi farklılıkları 2000 yılına kadar en az %25 azaltılmalıdır" şeklinde saptanmıştı. (2, s. 24)

Hakkında bir dizi sağlık hedefinin belirlendiği 2000 yılının eşiğinde, eşitsizlik olgusu halen en önemli sorunlardan birisi, belki de başlıcası olmaya devam ediyor. Hattâ en "gelişmiş"ler sınıfındaki "Batılı" ülkelerde bile, genel olarak toplumsal sağlık düzeyindeki gözle görülür yükselmeye karşın, çeşitli toplumsal gruplar arasındaki eşitsizlikler varlığını sürdürüyor. (3, s. 1) Öte yandan Dünya ülkeleri ve daha kaba bir söylemle Dünya'nın Kuzey'i ile Güney'i arasında eskiden beri varolan sağlık eşitsizlikleri artıyor. (4, s.1; 5; 6, s. 6-22)

Şimdi eşitsizliklerin derinleşerek varlığını sürdürüşü, 1970'lerin sonlarında uluslararası düzeyde başlatılan ve yalnızca sağlık sektöründe sınırlı kalmaması gerektiği ısrarla vurgulanan çabaların başarısızlığının ya da yetersizliğinin ve bütün bunların arkasındaki kapitalist paradigmanın işe yaramazlığının kanıtı olarak da kabul edilebilir. Konuyu halen önemli kılan noktalardan bir diğeri de budur. Bütün Dünya'da genel sağlık düzeyinde artış olmasına karşın, gelişme daha çok, durumları eskiden beri daha iyi olan, bir başka deyişle daha avantajlı ülkelerde (merkez kapitalist ülkeler) ya da gruplarda (burjuva sınıflarda) olmaktadır. Tersten ifade edersek, avantajsız konumdaki ülke (periferi kapitalist ülkeler, Dünya'nın gündeminden neredeyse tamamen düşen Afrika ülkeleri) ve grupların (işçi ve emekçi sınıflar, işsizler, düzenli istihdam koşulları olmayanların) avantajsızlıkları (hattâ derinleşerek) sürmektedir.

Bu noktada yıllar önce belirlenmiş mücadele stratejilerinin ulusal hükümetlerce uygulanması aşamasında, hükümetlerin ortaya koydukları düşük performansın ve hattâ açık karşı tutumun, eşitsizliklerin derinleşerek sürmesinin başlıca nedeni olduğu, son derece önemli bir saptama olarak belirtilmektedir. (1) Sürecin bu yönü sorunu önemli kılan bir diğer noktadır ve kelimenin gerçek anlamıyla siyaset düzeyine ilişkindir.

Dünya'nın özellikle 1990'ların başından itibaren tam anlamıyla kapitalist sisteme ve piyasa felsefesinin ekonomik politik kurallarına terkedilmiş olması, eşitsizlikleri derinleştiren en önemli faktör olarak kabul edilmek durumundadır. Nitekim öteden beri sosyalistler tarafından öne çıkarılmaya çalışılan bu gerçek, üstelik

kapitalist hegemonya koşullarında, değişik bir terminoloji ile de olsa Dünya Sağlık Örgütü tarafından da dile getirilmeye başlanmıştır. DSÖ 1997 yılında bugün sağlığın korunmasına yönelik en önemli tehdidin bir süredir sağlığın piyasa kurallarına terkedilmiş olması olduğunu vurgulamıştır. (7)

Piyasa kuralları ile sağlık düzeyi arasındaki ters ilişkiyi en net biçimde, çok dramatik bir sürecin sonunda kapitalizme yönelen eski sosyalist sistem ülkelerinin sağlık verilerinden gözlüyoruz. Örneğin Çin'de 1980'li yılların ortalarından başlayarak toplumun en ücra köşelerine kadar parasız sağlık hizmeti götüren ve devlet eliyle örgütlenen birinci basamak sağlık sisteminin özelleştirilmesini izleyen bir kaç yıl içinde bebek ölüm hızının arttığı ve ortalama yaşam süresinde dikkati çeker bir düşüşün olduğu gözlenmektedir. (8) Çok benzer gelişmeler eski Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa ülkelerinde de ortaya çıkmıştır. 1980'li yılların sonundan başlayarak eski Sovyet ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi düşmeye, alkol kullanımı artmaya, difteri gibi salgın yapan bulaşıcı hastalıklar ise artmaya başlamıştır. (9, 10, 11)

Dünya düzleminde sağlık sektöründe yaşanan ve 1990'ları tanımlayan bir diğer olay ise özelleştirmedir. Esasen özelleştirme bir kaç değişik biçimde ortaya çıkıyor. Eskiden beri en çok bilinen biçimi kamu mülkiyetindeki kurumların özel sektöre devredilmesi ve hastane hizmetleri sektöründe özel hastanelerin çeşitli teşvik yöntemleriyle yaygınlaştırılmasıydı. Bu yöntem bütün ülkelerde, ancak özellikle periferide kalmış kapitalist ülkelerde son derece güncel argümanlarla savunulmakta ve özelleştirmenin esas biçimini oluşturmaktadır. Bu biçimin ABD dışındaki merkez kapitalist ülkelerde periferidekiler kadar net biçimde gündeme getirilemiyor oluşunun nedeni, işçi sınıfının örgütlü ve kamucu çıkarları savunan sendikal, siyasal örgütlülük düzeyi olsa gerektir. Nitekim böyle bir saptamayı Navarro'nun yaptığını ve Navarro'nun, ABD'de diğer merkez kapitalist ülkelerdekinin aksine kamu ya da devlet eliyle örgütlenmiş bir sağlık sistemine sahip olamayışının ve ABD'deki özel sağlık sektörü yaygınlığının nedenini işçi sınıfının güçsüzlüğü ve dağınıklığı ile açıkladığını görüyoruz. (12)

Ancak son bir kaç yıldır. Dünyadaki özelleştirme politikasının arkasındaki temel güç olan Dünya Bankası'nın sağlık hizmetine yaklaşımında dikkati çeker bir strateji değişiminin yaşandığını saptıyoruz. Periferi kapitalist ülkelere özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesini dayatan Dünya Bankası'nın strateji değişikliğinde, özellikle 1980'li yıllardaki özelleştirmeci (olumsuz) deneme sonuçlarının çeşitli araştırmalar sonucunda (11) Dünya kamuoyuna yansımasının etkili olduğu söylenebilir. İşte Laurell ve Arellano Dünya Bankası'nın sağlık sektörü özelinde yayınladığı 1993 Sağlıkta Yatırım (4) raporundaki temel değişikliğin, böyle bir etkilenme sonucunda ve Dünya'daki özelleştirme karşıtı cephenin görüşlerini dikkate almak zorunluluğu çerçevesinde ortaya çıktığını savunmuşlardır. (14)

Bu değişimin sonrasında ortaya çıkan ve bugün merkez kapitalist ülkelerde geniş uygulama alanı bulmaya da başlayan yapılanma, kamu sağlık sektörünün dönüştürülmesini hedeflemektedir. Değişimin bu kez kamucu olarak bilinen görüş ve çevreleri de etkileyebildiğini belirlemek gerekir.

Yeni sağlık sistemi paradigması temelde iki saptama yapmakta ve önerilerini bu saptamalar üzerinden temellendirmektedir. Bunlardan ilki kamunun üretimci kapasitelerindeki atıllık ve verimsizliktir. Ancak buna karşın kamu sektörü özele göre daha eşitlikçidir ve toplumun her kesimini gözetmek zorunda kalan bir yapıya sahiptir. İkinci saptama ise özel sektörün, çeşitli denemeler sonucunda tescillenen eşitsizlikçi yapısına karşın, daha esnek, verimli bir işlevselliğe sahip olduğu şeklindedir. Bu iki saptama sonrasında önerilen ise, bu iki sektörün olumsuzluklarını törpüleyecek, olumlu yanlarını ise sentezleyecek bir tür hibrit yapının üretilmesidir. Eğer bu hibrit üretilebilirse, kamunun eşitlikçi yanı ile, özelin verimli yanı birleşecek ve gereksinimlere kısa sürede daha gerçekçi yanıtlar üretecek yeni bir sağlık sistemi yapısı yaratılabilecektir. Yapının nasıl yaratılacağı konusundaki yanıt ise kamu sağlık sektörünün parçalara ayrılması (finansör ve üreten kurumlar olarak) ve a) finansör kurumlar (sigorta kuruluşları) ile üreten kurumlar (özel ve kamu mülkiyetindeki hastaneler) arası-

na, b) finansör kurumların kendi arasına, c) üreten kurumların kendi arasına kapitalist rekabet kurallarının sokulması ve/ancak bu rekabetin yine bir kamu kuruluşu olan finansör kurum tarafından piyasacı bir mantıkla düzenlenmesi şeklinde olmaktadır. İşte bu yapıya Düzenlenen Rekabet, Yönetilen Rekabet, Yönetilen Piyasa, İç Piyasa gibi değişik isimler verilmektedir. Ben bu yeni kapitalist sağlık paradigmasını İşletmeleştirme olarak tanımlıyorum.

Bu sistem çeşitli yönleriyle hemen bütün Batı Avrupa ülkelerinde ve bir sistem bütünlüğü içinde de İngiltere'de 1991 yılından beri uygulanmaktadır. Ortaya çıkan ilk sonuçların hiç de olumlu olmadığını belirtmek gerekir. (Dünya'daki sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması konusunda 15'e, İç Piyasa konusundaki ayrıntılar için ise 16'ya bakınız.) Çok kısaca ifade edersek, piyasa yine piyasalığını göstermekte ve harcamaları artırıcı, sistemi mali sıkıntıya sokan bir etki yaratmakta, sağlık emekçileri arasındaki eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir.

Çok genel olarak toparlamak gerekirse, sağlık sektöründe yaşananlar, kamucu ve devletçi bütün argümanların yerine özelleştirmeci ve piyasayla uyumlu olanlarının konulması operasyonu olarak nitelenebilir. Bu hem pratik, hem de ideolojik düzeyde geçerlidir.

İşletmeleştirme formülünün, ideolojik düzlemde sola yönelik riskli bir yönü de bulunuyor. O da bu söylemin sol içinde "demokrasi" kavramı ile potansiyelize olan hegemonya kurma potansiyelidir. Çünkü İşletmeleştirme, bir yandan da, işletmeleştirilen (piyasa koşullarına açılan) kurumların mali ve idari bakımlardan kendi kendilerini yönetebilecekleri bir kurumsallaşmaya dayanmaktadır. Böyle bir formül son derece doğaldır. Çünkü ancak bu şekilde devlet bireye ve topluma yönelik sosyal sorumluluklarından, bir bütün olarak arınabilmektedir.

İşte bu şekilde ortaya çıkan ve kendilerine, kendi kendilerini yönetme olanağı tanınan hastaneler ve Türkiye'de Özerkleştirme olarak sunulan proje; "demokrat", dar alan projeciklerini çok seven, bir türlü gerçekleştiremedikleri toplumsal düzeyli hedefleri karşısında teorik ve pratik olarak yorgun düşmüş, hattâ hattâ pi-

yasanın verimlilikçi erdemlerini yeni yeni keşfeder olmuş sol için gayet cezbedici olabilmektedir.

Bu düşüncelere karşı söylenecek çok kısa ve kaba üç şey olmalıdır: Eğer bir hastanenin devletin hiyerarşik sisteminden görece uzaklaşmasını sağlık sektöründeki değişim için yeterli görüyorsanız, bu vizyonunuzun son bulacağı yer, piyasa koşullarında iflas bayrağını çektiğinizde bütün borçlarınızla yapayalnız kalmanız olabilir. Bunun ötesinde bu tercihin bilimsel ve siyasal bakımdan eleştirilebilecek pek bir yanı da yoktur. İkinci olarak demokrasiyi devlet aygıtının ne şekilde olursa olsun dışında kalmak olarak anlıyorsanız, vizyonunuzun bırakın bir sağlık sistemini, Özerkleşecek hastanenizi bile yönetmeye yetmeyeceği açıktır. Üçüncüsü ütopyalarınız Özerkleşecek hastanenizin duvarları ile sınırlıysa, size insani düzeyde bile denilebilecek söz kalmıyor demektir. Dikkat edin. (Ayrıntısı için bkz 15, s. 146-166)

Bunlar Türkiye sağlık sektöründe yaşanan güncel tartışmalardır. Türkiye'deki sosyalist sağlık emekçilerinin, özelleştirmenin halk sağlığı bakımından nelere malocağını göstermek bakımından ortaya koydukları teorik düzlemdeki çaba özellikle dikkate değerdir. Önümüzdeki dönemde bu çabaların İşletmeleştirme projesine yöneltilmesi gerekiyor.

Üç noktaya dikkat ederek: 1) Bütün eleştirilerin sağlık düzeyinden kalkarak, kapitalist sistemin geneline bağlanması gerektiğine: Çünkü ancak böyle bir ilişkilendirme çabası, sorun ve olayların sosyo ekonomik bağlantılarını ortaya koymaya yetebilecektir ve bu bağlantı bilimsel bir çalışmanın olmazsa olmaz koşuludur. 2) Yalnızca eleştirinin değil, eleştirilenin karşısında neyin savunulduğunun da mutlaka geliştirilmesi gerektiğine: Varolanın ayrıntılı, kesin, titiz ve keskin bir çözümlemesi; varolandaki ilerici, eşitlikçi unsurların ayıklanması; eşitlikçi, hümanist, halkı gören ve onunla birlikte davranan, genel sosyalist bir toplumsal yapılanmayla uyum içindeki sağlık sistemi alternatifinin yapılandırılması. 3) Temel talep olarak eşitlik ve gereksinime uygunluk ilkelerini öne çıkararak. Çünkü ancak bu şekilde, karşı tarafın piyasa formülünü öne çıkaran, her şeyi parayla ölçen "verimlilikçi",

"maliyet-yararcı" argümanlarına karşı, insanı merkeze alan bir savaşım hattı yaratılabilir.

Her üç konuda da yapılması gereken çok şey, ulaşılması gereken çok insan var. Dileğimiz bu sürece katkıda bulunabilmek.

İlker Belek

Aralık 1997

Dipnot açıklamaları:

1- Tarimo E., Webster EG. (1994), Alma Ata Declaration (Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World, WHO, Geneva içinde).

2- WHO (1985), Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All, Denmark.

3- Dahlgren G., Whitehead M. (1992), Policies and Strategies to Promote Equity in Health, WHO, Copenhagen.

4- World Bank (1993) Investing in Health, Oxford.

5- Patel MS. (1989), Eliminating Social Distance Between North and South, UNICEF, USA.

6- Belek İ., Kırılmaz A., Bilgiç H. (1994), Sağlık Nereye ?, Toplum ve Hekim, 9 (60): 6-22.

7- WHO (1997), Seventh Consultative Committee on Organization of Health Systems Based on Primary Health Care: Primary Health Care Systems and Services for the 21st Century, Geneva.

8- Hsiao CL., Liu Y. (1996), Economic Reform and Health: Lessons from China, New Eng. J. Med., 335(6): 330-332.

9- Aksakoğlu G., Elçi ÖÇ. (1996), Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları, Toplum ve Hekim, 11(73): 67-74.

10- Cockerham WC. (1997), The Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation, Journal of Health Behaviour, 38: 117-130.

11- Tulkinsky TH. Ve diğ. (1996), Addressing the Epidemiologic

Transition in the Former Soviet Union, AJPH, 86(3): 313-320.

12- Navarro V. (1989). Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and the United States Has Neither ?, Int. J. Health Serv., 19(3): 383-404.

13- WHO (1993). Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, Geneva.

14- Laurell C., Arellano OL. (1996), Market Commodities and Poor Releief: The World Bank Proposal for Health, Int. J Health Serv., 26(1): 1-18.

15- Belek İ. (1994), Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politiği, Sorun Yayınları, İstanbul.

16- Belek İ. (1997), Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı, Toplum ve Hekim, Sayı 81, 1997.

17- Belek İ., Soyer A. (1995), Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, İstanbul.

"Kriz Nasıl Aşılabilir?" sorusuna yanıt aramak amacındaki dizimizin ilk yapıtı sağlık konusunda. Bunun, kimilerine, ilk bakışta, "sırası mı şimdi?" dedirtebileceğini biliyoruz. Ancak inanıyoruz ki, kapitalist barbarlığa alternatif Yeni Toplum Ütopyası, yaşamın her alanına ilişkin somut projeler zemininde gündelik yaşamın devrimcileştirilerek, siyasetin toplumsallaştırılabilmesi ekseninde yaratılabilir. "Sosyalizm kurtaracaktır", "Sorun devrimle çözülecektir" türünden, çözümü belirsiz-soyut bir geleceğe havale eden yaklaşımların, içinde bulunduğumuz konjonktürde, varolan dağınıklık, ümitsizlik, toplumsal depresyon havasını dağıtmada hiçbir işe yaramadığı ve radikal sosyalist hareketi hemen tamamen marjinalleştirdiği kanısındayız.

İşte bu çalışma, kendi alanında diyalektik materyalist yöntemi ve sosyalist teoriyi somutlayarak geliştirmek çabasındadır. Bize göre yaşamın içindeki tüm veriler, yalnızca diyalektik-tarihi materyalist yöntem ile bilimsel tarzda toparlanabilir. Bu bilimsellik, sosyalist teorinin üzerinde gelişeceği yöntemsel zemindir. Radikal sosyalist siyaset bilimsel yöntemle zenginleşmeli, yaşamın tüm canlılığını kavrayıcı ve onun içine derinlemesine nüfuz edici olabilmelidir. Artık sloganlara dayalı ve kesinlikle işlevsiz kalan yaklaşımı aşmak, projeler düzeyinde somutlanan bir ütopyayı netleştirmek gerekiyor. Unutulmamalıdır ki, kriz yalnızca sosyalist dünya görüşüne ilişkin değildir, onun ötesinde aslında tüm toplum düzeyinde olup, belirsizlik ve umutsuzluk biçiminde görüntülen-

mektedir. İşte siyasetin geniş üretimci sınıflardan yana çözümüne aday olacağı sorun budur. Kabaca, radikal sosyalist siyaset bu insanlık dramını, layıkıyla gündemi yapmak durumundadır ve bu onun varolan meşruiyetini daha da güçlendirecektir. Kısaca, radikal sosyalist siyaset yaşamın bizzat kendisinin gerektirdiği bilimsel devrimcileşmenin görüntüsü durumuna gelebilmelidir.

Birinci büyük dalgası trajedileri ile birlikte geri çekilen sosyalizm, bugün güneşin tutulduğu bir tarihsel kesitten geçmektedir. Oraya buraya savrulan çeşitli "akımlar"ın egemen olduğu bu ortamda yeni bir silkiniş, umut yüklü yeni bir toplumsal hareketlenme, ideolojik boyutta "Nasıl bir gelecek ve yaşam?", siyasi boyutta ise "Nasıl bir sosyalizm?" sorularını yaşama ilişkin somut projeler ile yanıtlayıp, yığınlara maledebilen bir ilerici praksisin teorik/pratik rönesansı ile gerçekleştirilebilir. Koşullar düne göre bile çok önemli oranda değişmişken Komün-Ekim çizgisi üzerinde şimdiye dek söylenilenlerin, yapılanların yeniden gözden geçirilmesi, teorik ve pratik anlamda aşılabilmesi mutlaka gereklidir.

Bu da yaşamı kucaklayan, çeşitli alanlarda bilimsel yöntemle derinleşen ve birbirini bütünleyen Kolektif Aydın'ın, ortak fikir oluşturma ve birleşik eylem süreçlerinde yaratılmasını zorunlu kılmaktadır.

"Kriz Nasıl Aşılabilir?" dizisinde tartışacağımız sorunsallarda amacımız hiç kimseye "entelce" akıl vermek ya da "ahkâm kesmek" değildir. Küçüğünden büyüğüne tüm sorunlarımızı ve yaşamın her alanını tartışarak, somut projeler ekseninde yaşamı üreten sınıfların çıkarına geliştirmekten yana olan ve bu konuda hiçbir sınır tanımayan mutabakatlar yakalamak istiyoruz. Bir "entel" hezeyanına dönüşmemesine özen göstereceğimiz bu faaliyetimiz, bir üst politik senteze geçmek için yalnızca bir araçtır. Politik birliğin yakalanmasında küçük bir adımdır.

Ayrıca kriz koşullarında ilerici teorinin artan önemini kesinlikle devrimci praksisten soyutlayamıyoruz. Mutlaka gerekli olan praksisin ise, radikal sosyalist hareketin bir sentezi ile elde edebileceğimizi savunuyoruz. Bu tür çalışmalarla amacımız, 'elma ve armutların' olası olmayan birliğini elde etmek değil, aynıların ay-

rı yerlerde durduğu radikal sosyalist cephede, projeler temelindeki sosyalist birliğin gerekliliğini somutlayabilmek ve gerçekliği bilimsel bir tarzda genelleyerek, ağırlığı olan, kavrayıcı, çapı giderek genişleyen bir sosyalist ütopyanın oluşturulmasına katkıda bulunabilmektir.

Tam bu noktada şunu özenle belirtmeliyiz: Bir misyon olma iddiasında değiliz. Ancak varolan öndersizlik krizimizin aşılmasında yeni bir ekol ve misyonun yaratılmasında tarafız. Birliğin merkezi değil tarafı olduğumuzun altını özenle çiziyoruz. Lakin şunu da eklemeliyiz: Dayatmacı ve emreden dogmatik tarz-ı siyasetin demagojik militanlıklarına pabuç bırakmak yanlısı da değiliz.

"Kriz Nasıl Aşılabilir?" dizini hiçbir radikal sosyalist odağın "antisi" değildir. Kesinlikle "örgüt düşmanı" tepkilerin ifade platformu da olmayacaktır. Dizimizin bütününe ortak fikir oluşturma süreçlerine yönelmişlikle, gereksinim duyulan programatik birliği yakalama faaliyeti damgasını vuracaktır.

Öte yandan, örneğin bu kitap için gözetilen kitle en azından Türkiye'de sağlıkla ilgili sorunların doğrudan muhatabı olanları da içermektedir. Bu haliyle bu çalışma daha geniş ve heterojen bir çevreye ulaşmayı da hedeflemektedir. Böylece belirlenen bir diğer amaç da; "apolitik", sistem içi ve/veya savunucusu unsurlar karşısında (ilişkiye kesinlikle açık kapı bırakan), çalışmanın yöntemsel haklılığını kanıtlayacağına ve sonuçta daha güçlü bir çekim merkezi durumuna gelmeyi sağlayacağına inanılan meşru bir tartışma zeminini de somutlayabilmektedir.

Son olarak, yazdıklarımızın kötü bir alışkanlığın "önyargıları" ile "şuncu, buncu" olarak nitelenmemesi gerektiğini, dizide yazılanların yalnızca imzalarını bağladığını belirtmek istiyoruz. Çalışmaların eksik ve hatalı yanları muhakkak vardır. Son noktası vurulmamış ve kesinlikle geliştirilmesi gerektiğine inandığımız yazdıklarımız, olgusal özellikleriyle, şüphesiz tarihselin müsveddesi niteliğini taşıyorlar. Bir girdi olarak kullandığımız olgular, genelleme, çıkarsama ve sentezimizin somutla bağını kurmaktadır. Elbetteki teorize edilenlere son şeklini verecek olan devrimci praksistir.

Özetle, yazılanlara ait hatalar yazarlarının, değerlendirme ilgilenen tüm çevrelerin, karar geleceğin, gelecekse yaşamın tüm verilerini giderek daha üst düzeyde toparlama ve açımlama çabası içinde olmak durumunda olan radikal sosyalizmindir.

Sorun Yayınları Kolektifi

Nisan 1992

Bu çalışmanın amacı, sömürüsüz bir toplumun sağlık anlayışı ile sağlık hizmeti örgütlenmesine ilişkin genel bir perspektif çizebilmek ve söylenilenleri daha kısa vadeli olarak somutlayabilmektir. Kısaca, diyalektik materyalist yöntemi benimseyen bir sağlık ütopyası, programı yazabilmek, toplumsal yaşantının bu alanına alternatif bir düşünce-proje sunabilmek çabasıdır.

Yukarıda belirlenen işin son derece kapsamlı, güç bir uğraş olduğunu biliyoruz. Bu çalışmanın dikkate değer bir olgunluk düzeyine ulaşabilmesi için daha pek çok çalışmanın yapılması, son derece zengin verilerin toplanması gerekiyor. Öte yandan yine biliyoruz ki bu türden çalışmaların sonu da yoktur. Yeni verilerin gelmesi bağlamında, özünde değil belki ama, içerik ve biçimde daha gelişkin formülasyonlara ulaşmak her zaman olasıdır ve hattâ zorunludur. Buna, insanın yaratıcılığına ve bilimsel bilginin sonsuz gelişebilir olduğuna inandığımız gibi inanmaktayız.

Çalışmamızda, yukarıda belirlenen amaçlar oldukça genel ve bu anlamda da kaba ele alınmak durumundadır. Bunun başlıca nedenlerinden birisi konunun olabildiğince özlü olarak işlenmesi kaygısının taşınmış olmasıdır. Bununla birlikte şüphesiz, Türkiye'nin siyasal gündeminde anlaşılır olunabilmek de amaçlanmıştır.

Yaklaşımımızın önçerçevesinin iki bileşeni bulunmaktadır; İlki sağlık tanımı ve sağlık bilgisi kullanımına ilişkin örgütlenmenin tarihsel sürecinin belirlenmesi, ikincisi ise bu saptamaların Türkiye özelindeki yansımalarının ortaya konmasıdır. Bu çaba

içinde, konunun teknik yanı olabildiğince yalınlaştırılmaya çalışılmıştır.

Türkiye'de hemen her alanda olduğu gibi sağlık alanındaki olgu, olay vb.'leri de mutlak ve değişmez olarak anlaşılmaktadır. Bu durumun içinde yaşamakta olduğumuz sınıflı toplum yapısı tarafından koşullandığını ve o yapıyı koruyan egemen sınıflar ideolojisi tarafından beslendiğini biliyoruz. Dolayısıyla bu mütevazi çaba resmi ideoloji ile kendi alanında bir hesaplaşma anlamını da taşıyacaktır. Öyle sanıyoruz ki asıl önemli olan bu tip hesaplaşmaları, yaşamın her alanında, sürekli olarak ve giderek etkin bir biçimde işçi sınıfı bilinci içine taşıyabilmektir.

BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK ÜZERİNE

I. YAŞAM VE SAĞLIK

I.1. BİYOLOJİK HAREKETİN ORTAYA ÇIKIŞI

Doğa kendi yasalarıyla işleyen sonsuz zenginlikte bir laboratuvardır. Bu zenginlik içinde hep yeni enerji yoğunlaşmaları, yeni bileşimler, yeniden dağılmalar ve daha üst düzeyde yeni sentezler ortaya çıkar. Karmaşa ile düzenlilik iç içedir.

Evrenin bugün içinde bulunduğumuz köşesinde dünyanın oluşmaya başlaması günümüzden 5 milyar yıl öncesine rastlar. Maddenin hareketi içinde dünya düzenliliğin, enerji yoğunlaşmasının ifadesidir.

Maddesel hareket mekanik, fiziksel, kimyasal etkileşimlerin sonsuz denecek sayıda denenmesi ile görüntülenir. Bu hareket içinde sayısız kararsız yapının ortaya çıktığı, dışardan gelen enerjiler karşısında iç kararlılıklarını koruyamayıp dağıldıkları gözlenmektedir.

Bu süreçte ilk canlı taslağı (hücre) olarak düşünülen kooservatın oluşumu 3 milyar yıl almıştır. Kooservat: Aminoasit bileşimleri (proteinler) ile lipitlerin su molekülleriyle çevrelendiği yapıdır.

Evrende kooservatın oluşumu iç ve dış çevre tanımlamalarını olanaklı kılmıştır. Şüphesiz iç ve dış çevre ilişkilidir. Hattâ, iç çevre, yani daha ileri düzeyi ifade eden canlılık organizasyonu dış çevreye göre belirlenmektedir. Ancak, ne olursa olsun artık kendi/özgün dinamiği vardır. Dış yüzeydeki su molekülleri seçici bir

işlev görür. Seçicilik maddeye canlı bir özellik kazandırır. Giderek, lipitler hücre zarına, içerdeki proteinler ise canlının şifresini taşıyan nükleik asit yapılarına evrilirler. Değişim ile, o an için ataleti temsil eden, Bütünlük birlikte vardırlar. Ya da Bütünlük Değişim ile sağlanabilmektedir. Mutlak ve belirlenmiş bir Bütünlük/Denge hali yoktur, olamaz. Böylesi bir canlı eninde sonunda yok olur. Ya yeni bir dinamikle başka bir canlıya dönüşerek, ya da bu dinamiğe ayak uyduramayıp yitip giderek.

Bu tip niteliksel sıçramalar çoğu kez dışarıdan gelen ve canlı yapıda yeni tip reaksiyonlara olanak veren enerji dalgalarının neden olduğu moleküler değişikliklerle mümkündür. Bu değişiklikler, tamamen farklı sonuçlar yaratacak yeni kimyasal yollarla yeni bileşiklerin yolunu açabilirler ve canlı bu yeni belişiklerle, daha önceden kullanamadığı başka molekülleri kullanır olabilir. Yeni pek çok bilinmezi içinde taşır. Ortaya çıkan, eskisine göre daha kararsız ve hemen yitip gidecek bir yapı da olabilir. Ancak ne olursa olsun denenecek, kendine özgü yapısı olan, daha farklı bileşimler ortaya çıkacaktır. Bu anlamda yeni şans ve güvendir.

Yukarıdaki sürecin sonucu ortadadır. Binlerce canlı türü, yeni yaşam biçimleri.

1.2. SAĞLIĞIN TANIMI

Canlıda hücre zarı, kapsülü gibi yapıların temel işlevi, o bütünlüğü çevreye karşı daha dayanaklı kılabilmek ve/veya koruyabilmektir. Hücre zarı, kapsülü gibi ilkel biçimler ile daha karmaşık yapılar Savunma kategorisi olarak Sağlık'ın içeriğini oluştururlar. Yani, en ilkelinden, en karmaşığına kadar her canlının, evrim sürecinde oluşmuş maddesel organizasyonunun bütünlüğünü koruyabilmek ve/veya kendini değişen koşullara daha üst düzeyde uydurabilmek yolunda kullandığı korunma mekanizmaları vardır.

Sözü edilen organizasyon içindeki mekanizmalar giderek daha karmaşık, daha sıkı ilişkili, birbirine daha muhtaç ama dışarıdan gelen uyarılara karşı daha dayanaklı ve çevreyi kontrol eder duruma gelirler. Sinir sisteminin salt refleks tepkiler olmaktan, amaç-

lı faaliyetlere doğru gelişmesi örneğinde olduğu gibi.

Ancak burada, insana kadar Amaçlılık ya da Birşey İçin'lik söz konusu değildir. Örneklemek gerekirse: Herhangi bir bakteri insana zarar vermek amacıyla onu hastalandırmaz. Fakat her iki canlının da, evrim sonucu, ortak metabolik yollarında kullandıkları ortak maddi kategorileri nedeniyle, bakteri kendi maddesel bütünlüğü yolunda gerekli bazı maddeleri insan organizmasında bulabildiği içindir ki, insan vücuduna yerleşebilmektedir.

İşte SAĞLIK: Bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir.

Dolayısıyla SAĞLIK YAŞAMIN BİR GÖSTERGESİ, ONUN BAŞARISININ BİR ÖLÇÜSÜ'dür.

Yaşam ise canlının maddesel bütünlüğünde cerayan eden yapım-yıkım karşıtlığının yani metabolizmanın Görüntüsü, metabolizma da yaşamın Özü'dür. Her canlının bir metabolizması vardır.

Yaşamın İçeriği'ni ise Üreme, Beslenme, Solunum, Dolaşım, Öğrenme, dış dünya ile Etkileşim ve bunların hepsini çevreleyen destekleyen Korunma gibi temel fonksiyonlar oluşturur. Gerek filogenetik, gerekse ontogenetik anlamda bu işlevler zaman içinde gelişirler. Değişen yaşamın bu gelişimine Evrim adı verilmektedir.

1.3. SAĞLIĞIN KORUNMASI

Sağlığı canlı metabolizmasının maddesel bütünlüğünün sürdürülmesi ve üst düzeyde bütünlüklerin oluşturulması süreci olarak tanımlamıştık. Dolayısıyla Sağlığı Korumak'tan da söz edilebilir. ***Gelişim yönünde niceliksel bir birikim veya niteliksel bir sıçramaya neden olmaksızın, varolan bütünselliği gerileten değişimler SAĞLIĞIN BOZULMASI'DIR.***

Sağlığın maddesel hareketin daha aşağı kategorileri olan mekanik, fiziksel, kimyasal hareketlere karşı korunması gerekebile-

ceği gibi diğer biyolojik organizmalara karşı korunması gerekliliği de söz konusudur. Böylece mekanik, fiziksel, kimyasal, biyolojik kategoriler sağlığı bozucu etkenlerdir.

SAĞLIĞIN KORUNMASI, başarısızlık durumunda bir sonraki aşamanın devreye girdiği şöylesi bir süreçtir; 1) Etkenin ortaya çıkışının engellenmesi, 2) Organizma dışında yok edilmesi, 3) Organizmadan uzaklaştırılması, 4) Organizmaya girdiği yerde sınırlandırılması, 5) Organizmanın bütünlüğü bozulan parçasının onarılması, 6) Bozulan parçanın desteklenmesi, 7) Hiçbirisi yapılamamış ise son aşamada daha aşağı adaptasyon yollarının aranması. Kısaca, etken organizma etkileşiminin her aşaması için koruyuculuk (ama giderek daha geri düzeyde bir koruyuculuk) söz konusudur.

Organizma bu işi ne kadar önce ve yeterli düzeyde başarabiliyorsa, etkenle olan mücadelesinden o kadar sağlıklı çıkar. Sağlığı korumak süreci içgüdüsel tepkilerden, bu tepkilerin yetersizliği sonucu ortaya çıkan şartlı refleksle öğrenmeye dayalı eylemlere doğrudur. Daha doğrusu bu süreci başarabilenler, canlı olarak bütünlüklerini sürdürebilirler. Süreç sayısız Geribesleme (feedback: Organizmanın iç dengesini korumaya yönelik mekanizma)'nin yeni sentez yollarıyla daha üst düzeyde bir noktaya sıçrayışı biçiminde gelişir. Aksi halde sonuç o canlı türün yok oluşudur. Ancak unutulmamalıdır ki, her yok oluş, bir başka canlı türe yeni gelişim olanakları tanır. Kısaca DEĞİŞİM KAÇINILMAZDIR.

II. İNSAN VE SAĞLIK

II.1. SINIFSIZ TOPLUMDA

İnsan toplumsal canlıdır. Tarihin ilk kez tanımış olduğu toplumsal formasyon biçimi sınıfsızdır. ***TOPLUMSALLAŞMAYI SAĞLAYAN EMEKTİR. Emek amaçlı bilinçle planlanmış insan faaliyetidir.*** Engels'in dediği gibi; "Kuşkusuz ağaca tırmanan maymunlar topluluğundan bir insan toplumu meydana gelinceye kadar -dünya tarihi içinde insan yaşamının bir saniyesine eşdeğer- yüzbinlerce yıl geçti. Ama sonunda bu da oldu. Maymun sürüsü

ile insan toplumu arasında karakteristik ayrım olarak gene ne buluruz? Emek... Emek alet meydana getirmekle başlar" (1, s.222).

İnsan hayvanlardan devraldığı sağlıkla ilgili kazanımlarını (da) emekle aştı. Bu açıdan, tarih öncesi çağlardaki insan-sağlık ilişkisi (hem biyolojik harekete göre, hem de sınıflı toplumdaki görüntülenişine göre) birkaç ayırdedeci özellik taşımaktadır;

II.1.1. Emek Bilgidir

Hemen hemen tam bir kesinlikle söylenebilir ki; davranışlarda içgüdüsel yönelimleri ilk aşan canlı türü insan olmuştur. Başlangıçta (bundan 3.5 milyon yıl önceleri) çok önemli ölçüde deneme yanılmaya dayandırmış olsa da, somut girişimlerinden dersler çıkaran, soyutlayan ve yeniden uygulayan insandır.

İnsanın bilgilenme süreci, kendi organizmasını, sağlığını da içerir. Dolayısıyla insan öncesi canlıların sağlıkla ilgili içgüdülerinden, insanın Sağlık Bilgisi'ne geçilmiştir.

İlkel insanın sağlık bilgisinin son derece basit olduğu söylenebilir. Olasıdır ki: En yaygın uygulamaları, bitkilerden ilaç elde etmek türünden girişimler oluşturmuştur. En büyük tıbbi müdahale, belki de, doğuran bir kadına gene diğer kadınların (ve büyük olasılıkla "güngörmüş" kadınların) müdahalesi olmuştur.

II.1.2. İlkel İnsanın Bilgisi Somuttur

Doğanın ağır koşulları içinde ancak toplayıp-avlayarak geçinmekte olan insanın bilinci yiyecek-içecek-barınacak bir yer bulabilmek gibi somut kaygılarla doluydu denilebilir. Çağdaş ilkellere ilişkin veriler bu çıkarsamayı doğrulamaktadır. (2, s.33-54, 3, s.191-197, 4, s.17, 5, s.236).

Soyutlama yeteneğinin çok yetersiz olduğu, yaşamın tümüyle doğanın sunduklarına bağlı bulunduğu koşullarda insanın tüm zihinsel faaliyeteri de somut kalmıştır. Gerçeklikte varolan kavranılmaya çalışılmıştır.

İlkel insanın sağlık bilgisi de somuttur. Kanımızca, bitkilerden

ilaç yapma, soydan bir takım hastalıkları tedavi etme gücünü devralma gibi günümüz geleneksel sağlık uygulamaları bu tezi desteklemektedir (6).

İnsanoğlu gördüğünü taklit etmiş, olumlu-iyi bulduğuna benze(t)meye çalışmıştır. Bu anlamda yabanıl hayvanlardan korunma yollarının öğrenilmesi, göç yollarının belirlenmesi, mevsimsel ritmin ayırdına varılarak gerekli önlemlerin alınması vb. gibi çeşitli faaliyetler sağlığı geliştirmeye yönelik temel uygulamalar olmuştur.

II.1.3. İnsan İçin Sağlığın Kapsamı Daha Geniştir

Doğa insanın üretimci faaliyetinin nesnesi oldukça sağlığın kapsamı genişler. İnsan öncesi biyolojik hareket için kendi iç bütünlüğünü koruyabilmek olası ve söz konusu iken, EMEK ETKİNLİK ALANI YARATIR. ***Bütün olarak çevrenin ve toplumsal yaşantının insansı biçimde yeniden düzenlenmesi sağlıklı yaşamın ön koşulu olur.*** Dolayısıyla varolan herşeyin hiçbir kısıtlama olmadan sorgulanması, fiziksel ve zihinsel emek nesnesi durumuna getirilmesi zorunluluğu doğar. Ötesinde, bu zorunluluk sağlıklılık ölçütüdür.

Sınıfsız toplum döneminde insancıl merakın ve emeğin önündeki tek engel doğal kısıtlamalardır. Toplumsal yaşantıyı korumak için formüle edilmiş normlar dışında hiçbir kısıtlama yoktur. Kısaca, özgürleşme doğa karşısında anlamlıdır. Sağlık doğaya karşı savaşımın başarısının bir ölçütüdür. *BÖYLECE SAĞLIK İNSANLA BİRLİKTE, ÜRETİMİN, İNSAN GEREKSİNİMLERİNİN TÜM TOPLUM YARARINA DAHA ÜST DÜZEYDE TATMİNİNİ SAĞLAMAYA YÖNELİK OLARAK ÖRGÜTLENMESİ SÜRECİ OLMAK ÖZELLİĞİNİ KAZANMIŞTIR.*

II.1.4. Sağlıkta Eşitsizliğin Kaynağı Yoktur

Sınıfsız toplumda sağlık toplumsal bir kavramdır. Komünal yapı olanakların eşit dağılımını koşullamıştır. Tarihte, şimdiye dek belki de, tek bir insan yaşamının istisnasız bütün grubun iyi-

lik, güvenlik durumuna bu denli bağlı olduğu başka bir çağ yaşanmamıştır.

Topluma grup psikolojisi egemendir. Ortak olarak benimsenen, kişisel yararı birbiri karşısında başat duruma getirmek kaygısı taşımayan kolektif bir anlayış vardır. Günümüzdeki ilkel topluluklarda da kolektif algılamaların önemli bir yer tuttuğu bilinmekte ve toplum basitleştikçe bunların arttığı belirtilmektedir (7, s.235). Kanımızca, bu atmosfer zorunlu dayanışmacı ve eşitlikçi üretim ilişkilerinin yansısından başka bir şey değildir.

Öte yandan sözü edilen toplumsal psikoloji, o çağ için, insana sunduğu güven nedeniyle temel bir sağlıklılık ölçütüdür.

II.1.5. Sağlık Bilgisinin Kullanımı Amatörcedir

Sınıfsız toplumda toplumsal işbölümü yoktur. Hattâ toplayıcılık aşamasında işbirliği ve işbölümünün hiçbir biçimi görülmez. Herkes, kendi başına toplar. Bireylerin, toplarken birbirlerine yakın durmaları dış tehlikelere karşı güvenlik açısından gereklidir.

Avcılıkta ise yaş ve cinse dayalı bir işbölümü doğar. Erkekler avcılıkta, kadınlar toplayıcılık ve o dönem için gerçek bir toplumsal ekonomi olan ev işlerinde uzmanlaşırlar. Çocukların yetiştirilmesi ise özellikle yaşlı kadınların işi olur.

İlk toplumsal işbölümü tarım ve hayvancılığın ayrılmasıdır. Toplumların, ailelerin ve giderek bireylerin üretimin değişik alanlarında uzmanlaşmalarının kökeninde bu ayrılma bulunmaktadır. Ancak, bu süreç aynı zamanda toplumsal sınıflaşmanın nüvelerinin de izlenmeye başladığı dönemdir. Kısaca, toplumsal işbölümü olmayan bir sınıflaşma ya da sınıfsız toplumda toplumsal işbölümü yoktur denilebilir.

Bu anlamda, sınıfsız toplumda insan bilgisinin her türü yaşamın belli dönemlerinde yine herkesçe üretilmekte, kullanılmakta ve geliştirilmektedir. Yalnızca cinse dayalı işbölümü temelinde gelişmek zorunda kalan işler bu durumun dışında kalmaktadır.

Kanımızca sağlık bilgisi kullanımı da yukarıdaki çerçeveyle uyumlu olmuştur. Öncelikle, bilginin basitliği ve somutluğu her-

kesin bu bilgiye hâkim olabimesini koşullamış olmalıdır. İkincisi herkesin toplayarak-avlayarak yaşayabiliyor oluşu, doğrudan maddi üretimin dışında sağlıkçı uzmanların istihdamını olanaksız kılmıştır denilebilir.

Sonuçta, herkes için, kendisini özdeş saydığı grubun herhangi bir üyesine, değişik zamanlarda sağlıkla ilgili çeşitli uygulamalarda bulunabilmenin maddi zemini olmuştur. ***Kısaca, sağlık bilgisi kullanımı herkes tarafından, herkes yararına ve herkes içindir. YANİ AMATÖRCE'DİR.***

Öte yandan, kadınların avcılık döneminde hemen tamamen toplayıcılık ve ev ekonomisine yönelmiş olmaları, onları daha çok sağlıkla ilgilenmeye yöneltmiş olmalıdır. Bitkilerin tanınması, ilaç yapımı onların elinde gelişmiştir denilebilir.

Çağdaş ilkellere ait verilerden izleyebildiğimiz kadarıyla sağlık bilgisi kullanımındaki ilk profesyonelleşme izleri şamâni toplumlarda ortaya çıkmaktadır. Şamanların en önemli işlevlerinden birisi hastalıkların tedavisidir. Buna rağmen, içinde yaşadıkları toplum tarafından kendilerine verilene razı oldukları, geçinmek için maddi üretimle de uğraştıkları bilinmektedir (8, s.79-80). Ayrıca şamanın maddi üretimin dışında ve sağlıkla uğraşmak yanında, doğaüstü güçlerle ilişki kurmaya yönelik başka işlevleri de bulunmaktadır. Dikkat etmek gerekir ki, bu düzeyde bir uzmanlaşma bile tarım ile hayvancılığın ayrışmaya başladığı, toplumsal işbölümünün gelişme sürecine girdiği bir aşamaya denk düşmektedir.

II.2. SINIFLI TOPLUM YAPISI VE SAĞLIK

Toplumsal gelişme için emek verimliliğinde artış zorunludur. Verimlilik artışı artı-ürünü yaratmıştır. Toplumun tükettiğinden daha fazlasını üret(ebil)mesi toplumsal işbölümü ve artı-ürünü yani sömürü ve sınıflaşmayı koşullamıştır. Kısaca, toplumsal gelişme sürecinde sınıflaşma kaçınılmaz bir basamaktır. Sağlık bu süreçten etkilenmiştir. Konumuz açısından sağlık bilgisi kullanımının gelişimini İlk Sınıflı Toplumlar ile Kapitalizm başlıkları altında izlemek yeterli olacaktır.

II.2.1. İlk Sınıflı Toplumlarda Sağlık

İlk toplumsal sınıflaşma köle emeğine dayalıdır.

Emek verimliliği insanın tükettiğinden çok üretmesine olanak tanıdığında köleleştirme anlamlı olur, toplumsal sınıflar gelişir. Toplumun farklı kesimleri arasına birbiriyle çelişen çıkar ilişkileri girer.

Egemen sınıf her türlü kültürel aktiviteye, bilime, teknolojiye sahiplenir, kendisi için kullanır. Üretimci sınıfların boynunu bükecek siyasal, askeri zor ile (özellikle dinsel) ideolojik beyin yıkama kurumları örgütlenir. Bu örgütlenme devlet yapısı olarak görüntülenir. "... Özellikle angarya altında bulunan büyük çoğunluğun yanıbaşında, doğrudan doğruya üretken çalışmadan bağışık, toplumun genel işlerine bakan, emeğin yönetimiyle, devlet işleriyle, hukukla, bilimle, sanatla vb. uğraşan yeni bir sınıf doğar. Bundan dolayı sınıflara bölünmenin temelinde işbölümü yasası bulunur. Ama bu, bir defa üstün çıkan egemen sınıfı, kendi gücünü çalışanların zararına geliştirmekten, kendi toplumsal önderliğini, yığınların yeğinleşen bir sömürülmesi haline getirmekten alıkoymaz." (9, s.113-114).

Köleci toplumda, kültür ezilerek üretenlere yabancılaşırken, sağlığın korunması da yalnızca köle sahipleri için söz konusudur. Egemen sınıf sağlık bilgisi ve sağlığa açıkça el koymuş, kendisi için Hizmet olarak örgütlemiştir.

Nitekim tarihte hekimlere ilk kez Mezopotamya'nın köleci toplumlarında rastlanmaktadır. Wellcom Museum'da bulunan ve M.Ö. 3000 yıllarından kaldığı anlaşılan bir mührün Sümer'li bir hekime ait olduğu belirtilmektedir. Sağlık hizmetleriyle ilgili ilk resmi kayıtlara ise M.Ö. 2000 yıllarına ait olan Hammurabi Kanunları'nda rastlanmaktadır. Bu kanunlarda konumuzla ilgili olarak şu maddeler yer almaktadır (10, s.17):

"Şayet bir kimse tunç bıçağıyla ağır bir yara yapmış olsa ve bu kimseyi hayata kavuşturursa 10 şekel almalı."

"Şayet bu kimse bir maşenkak ise, o hekime 5 şekel verecek." (Maşenkak köleler ile efendiler arasında bir toplumsal kategori.)

"Şayet bir hekim neşteriyle bir maşenkakın kölesine ağır operasyon yapar hasta ölürse, köle yerine köle vermeli."

"Şayet bir hekim bir kimsenin kırık kemiğini tedavi eder, yahut hasta organı hayata döndürürse, hasta hekime 5 şekel vermeli."

"Şayet bir maşenkak ise 3 şekel vermeli."

"Şayet bir kimsenin kölesi ise, kölenin sahibi, hekime iki şekel vermeli."

Yukarıdaki alıntılardan anlaşıldığı kadarıyla köle yaşamı daha değersizdir. Olasıdır ki, köle, hastalandığında gereken masraftan daha çok değer üreteceğine güvenildiğinde tedavi edilebilir görülmüştür.

Toplumsal işbölümü ile Sağlıkçılık'ın (Hekimlik Mesleği'nin) ortaya çıkışı, sağlık bilgisinin gelişimi açısından zorunlu bir aşamadır. Ancak bir yandan da, böylesi bir toplumsal örgütlenme, sağlık bilgisi kullanımının Hizmet olarak örgütlenişi, bu bilgiyi ihtiyacı olan kitlelere yabancılaştırmış, onu efendilerin hizmetindeki sağlıkçının denetimine sokmuştur. ***Kısaca, Sağlık Hizmeti ile Sağlıkta Eşitsizlik birbirinden kopmaz iki süreçtir.***

Köle bir yandan tümüyle üretim sürecine yabancılaşırken, bir yandan da kendi organizmasından habersiz duruma gelmiştir. Etkenin, organizmanın, etken-organizma ilişkisinin, tedavinin bilgisi kol emekçisinin dışında profesyonelce üretilir, kullanılır olmuştur. Komünal toplumda sağlıkla ilgili uğraşlar herkesin yaşamının bir parçası iken, sınıflı toplumda yalnızca hekimler için tüm uğraş alanı durumunu almıştır. Böylece sağlıkçı yaşam koşullarından, duygulanımlarından, psikolojilerinden tamamen habersiz olduğu ("sıradan") insanın dertlerine "çözüm" arar konuma girmiştir.

Sağlık Bilgisi Kullanımı'nın Hizmetleşmesi/Profesyonelleşmesi bir yandan bilginin gelişiminde niteliksel bir sıçramayı, bir yandan da yabancılaşmayı ifade eder. ***Hizmetleşme sağlık bilgisinin Komünal/Amatörce kullanımının yadsınmasıdır.*** Yabancılaşma, gerek sağlığa asıl gereksinimi olan geniş kesimin sağlık bilgisine yabancılaşması, gerekse bilgiyi elinde tutanların gerek-

sinimi olanlara yabancılaşmaları biçimindedir. Kanımızca, bu yabancılaşma sağlığın gereksinime göre yönlendirilmesinin önündeki en önemli engeldir.

II.2.2. Toplumsal Etken

Artı-ürünün her sosyoekonomik formasyon için belirlenmiş mekanizmalarla bazı sınıfların elinde toplanması, diğer sınıfların iktisadi, siyasal, kültürel açılardan baskılanması ile gerçekleşebilir. Bu baskılanma maddi üretimi gerçekleştirmekte olan geniş toplum kesimlerinin düşük yaşamsal standartlarda bulunması demektir. İşte bu olgu Toplumsal Etken olarak tanımlanabilir. Toplumsal Etken'in özünü sömürüye dayalı üretim ilişkileri oluşturmaktadır.

Bu olgu komünal aşamada izlenenlerden tamamen farklıdır. Şöyle ki: Sınıfsız toplum aşamasında da insanlar pek çok sağlık sorununu yaşamış olmalıdırlar. Bu sorunlar çok kez çözümsüz kalmış da olabilir. Ancak bunlar eninde sonunda toplumun ortak sorunlarıdır ve çözümlenemeyişleri kültürel gelişmedeki ve emek verimliliğindeki geriliktendir. Kısaca, neden Kültürel'dir.

Toplumsal Etken: Bilimsel gelişmeler sonucu çeşitli sağlık sorunlarının ortadan kaldırılabilmesi mümkünken ve dünyanın kimi yerlerinde bu başarılmışken ya da çeşitli olası kaynak aktarmaları ile daha ileri düzeylere erişmenin olasılığı varken, tamamen toplumun sınıflı yapısı nedeniyle kimi ülkelerin bazı toplum kesimlerinin veya bütün olarak insanlığın aynı sorunu halen yaşıyor oluşudur.

İzlenebileceği gibi toplumsal etkenin iki yönü bulunmaktadır:

1) Etkenin dünyanın kimi bölgeleri ve/veya toplumun bazı sınıfları için söz konusu değilken, diğer bölge ve sınıflar için halen yaşamakta olduğu durum. Dünyanın metropol kapitalist ülkeleri ile bağımlı kapitalist ülkeleri arasında veya işçi sınıfı ile burjuvazi arasında yansıyan durum budur. Bulaşıcı hastalıklar metropol ülkelerin ve burjuvazinin değil, bağımlı ülkelerin ve üreten sınıfların sorunudur. Biz buna TOPLUMSAL ETKEN'İN OBJEKTİF

YÖNÜ diyoruz. Çeşitli ülkeler ve sınıflar arasında sağlık sorunlarının görülme sıklıklarının matematiksel farklılığı, sorunu daha ağır yaşayan ülke veya toplum kesimi için toplumsal etkenin objektif yönünün boyutunu verecektir.

2) Sorunun bütün dünya için söz konusu olduğu ancak olası başka kaynak aktarmaları ile çözümlenmesinin mümkün olabileceği durum. Emperyalist sistemin koşulladığı silahlanma için ayrılan kaynakların kültürel amaçlarla kullanılabilmesi durumunda söz konusu olabilecek gelişmelerde yansıyan durum da bunun ifadesidir. Bunu da TOPLUMSAL ETKEN'İN SUBJEKTİF YÖNÜ olarak tanımlıyoruz.

II.3. KAPİTALİZM VE SAĞLIK

II.3.1. Kapitalizmde Sağlık Hizmetinin Ekonomi Politik Temel Özellikleri

II.3.1.a. Üretimin Meta Karakteri ve Sağlık

Kapitalist üretim meta karakteri taşır. Marx'ın tanımıyla; "... Birşey meta olmadan da yararlı ve insan emeği ürünü olabilir. Gereksinimlerini kendi emeğinin ürünü ile doğrudan doğruya karşılayan kimse, gerçekte kullanım değeri yaratır, ama meta yaratmamıştır. Meta üretebilmek için, o kimsenin yalnızca kullanım değeri değil, başkaları için kullanım değerleri, toplumsal kullanım değerleri üretmesi gerekir. (Ve salt başkası için üretmesi de yetmez. Ortaçağ köylüsü feodal bey için ürün-rant-tahıl, papaz için öşür-tahıl üretirdi. Ama, ne ürün-rant-tahıl, ne de öşür-tahıl, bir başkası için üretilmiş olmaları gerçeğine karşın, meta haline gelmemişlerdi. Bir ürünün meta olabilmesi için kullanım değeri olacağı başka bir kimseye, değişim yoluyla devredilmesi gerekir)" (11, s.55).

Kapitalist meta üretiminin tek güdüleyicisi, daha fazla kâr elde etme isteğidir. Kâr metanın değişim değerinin içindedir. Değer dışı, sonradan ekleme bir kâr yoktur. Değişim değeri ise şu şekilde formüle edilmektedir;

$$d = c + v + s$$

Burada d; üretilen metanın değişim değeridir. C; d içindeki kullanılan alet, makinalar ve benzerleri ile hammaddelerin karşılığıdır. Klasik tanımıyla, üretim araçlarıyla emek nesnelerinin metanın d ile tanımlı değerine aktarılan karşılıklarıdır. V; işçinin emekgücünün karşılığı yani ücrettir. S ise işçinin emeğinin patronca ödenmeyen kısmının karşılığı, yani artı-değerdir.

Bu durumda meta üretimi için s'nin yüksek olması ve/veya c+v ile verili bulunan sermaye yatırımının düşük tutulması gerekecektir. Bu ise üç anlama gelmektedir; 1) İşçinin olabildiğince uzun zaman çalıştırılması, 2) Birim zamanda daha üretken kılınması, yani, emek verimliliğinin artırılması, 3) Ücretin olabildiğince düşük tutulması.

Kısaca, işçi daha uzun süre, daha yoğun ve/veya üretken ve olabildiğince az ücretle çalıştırılmalıdır. Aksi durumda kâr edilmez ve sonuçta kapitalist üretimi gerçekleştirmeye gerek kalmaz.

Yukarıda tanımlanan dinamikten görülebileceği gibi ***kapitalist meta üretimi ile işçi ve diğer emekçi sınıfların sağlık durumları arasında uzlaşmaz bir çelişki vardır.*** Kapitalizmde, kâr oranını artırmadığı sürece üretimci insanın sağlığını korumak ve ona sağlık hizmeti sunmak üretimin mantığı ile çelişmektedir. Çünkü bu durumda sağlığa yönelik her yatırım, kaynak transferi ve ek maliyet demektir. Kısaca, ***sağlık insan için bir hak değil, BURJUVA İÇİN MALİYETTİR.***

İşte Engels'in "Kibrit endüstrisinde çalışan çoğu genç kız ve kadın, kibrit yapımında kullanılan beyaz fosfor yüzünden, fosforlu çene denilen korkunç bir hastalığa tutuluyorlardı. Kana geçen fosfor çene kemiğinde yerleşmekte ve çene mikrop kaparak osteomiyelite (kemik iltihabı) yol açmaktaydı. Dayanılmaz ağrılar, çeneden dışarı çıkan iğrenç kokulu bir akıntı, yüz deformasyonu bu hastalığın belirgin özellikleriydi. Oysa çok daha önceleri, aynı işte kullanılabilecek ve tamamen zararsız olan kırmızı fosforun bulunması, burjuvaziyi kârından daha fazla ilgilendirmemekteydi." (12, s.76) derken vurguladığı tam da bu olgudur.

II.3.1.b. Emek-gücünün Meta Karakteri ve Sağlık

Emek-gücünün değeri de diğer metalarınki gibi hesaplanır. İşçinin ertesi gün işinin başında olabilmesi için gerekli herşey emek-gücünün değerini oluşturur. Beslenme, barınma vb. gereksinimler için gerekli diğer metalar bu değerin bileşenleridir.

Öte yandan işçinin sosyal ve kültürel bazı gereksinimleri de vardır. Dolayısıyla emek-gücünün değerinin tarihsel ve moral bir elementi de bulunmaktadır.

Benzer şekilde, işçinin yaşamının idamesi açısından belli düzeyde bir sağlık hizmeti de gerekmektedir. Sağlık hizmeti işçinin üretimci kapasitesinin tamamlayıcı bileşenidir. Optimum düzeyde üretkenlik için belli düzeyde fizik ve mental sağlık gereklidir. Çünkü bu düzeyin altında beklenen üretkenliği tutturmak olanaksızdır. İşte bu yüzden, ücretin içinde işçiyi ertesi gün işbaşı yaptıracak kadar sağlık hizmeti satın almayı sağlayacak bir bileşen de bulunmaktadır. Ücretin bu kısmına Sosyal Ücret (Social Wage) denilmektedir.

Sonuçta, kapitalisti işçinin sağlığıyla ilgilendiren bu dinamiktir.

Bu anlamda Kelman'ın sağlık "İşçilerin kapital birikim sürecindeki uygun toplumsal rollerini başarmaları kapasitesidir" şeklindeki tanımı ilginçtir (13).

20. yy başlarında tıpta Halk Sağlığı disiplininin ortaya çıkışını belirleyen şey; kapitalist üretimin gereksindiği "sağlıklı" işçiyi yaratmak zorunluluğu olmuştur. Chadwik, Winslow gibi burjuva halk sağlığı disiplininin kurucuları görüşlerini hep, işçinin belli düzeyde üretkenliğinin ancak belli düzeyde sağlıklı olabilmesi koşuluna bağlı olduğu tezine oturtmuşlardır. Bu tez doğruluğu kanıtlandıktan sonra, egemen sınıf tarafından hemen benimsenmiştir.

Burjuva sağlık ekonomisi disiplini de, benzer bir mantıkla, sağlık harcamaları ile üretkenlik artışı arasındaki maliyet-zarar analizlerini yaparak gelişmiştir. Bugün de içeriğini aynı tip konular oluşturmaktadır.

Kısaca, ***kapitalist sistemin işçi sınıfı için öngördüğü/örgütlediği ve kendi üretkenlik artışı hesapları çerçevesine oturttuğu bir sağlık hizmeti anlayışı vardır. Bu anlayış kapitalist sisteme içkindir. Kâr mantığı dışına çıkmaz, çıkamaz.***

Bugün de sistemin halk sağlığı görüş ve bilimi olarak örgütlediği, benimseyip, benimsettiği anlayış sistemin sınırlarını zorlamayan işte bu mantıktır. Bu "bilim" Resmi Halk Sağlığı "Bilimi"dir. İşlevi sisteme işçi sınıfının daha üretken olabileceği koşulları göstermektir.

II.3.1.c. Kapitalizm ve Emekçi Sınıflar İçin Asgari Sağlık Hizmeti

Sonuçta, kapitalist üretimin gelişkinlik düzeyi, bu üretimin gerektirdiği emek-gücünün niteliği sunulan sağlık hizmetinin belirleyicileridirler. Ülkeler ve bölgeler arası sağlık hizmeti örgütlülüğündeki farklılıklar bundandır. Doğaldır ki, tarımsal ekonominin ağırlıkta olduğu yerlerde hizmet daha düşük kaliteli olacaktır. Buna karşın sanayi bölgelerinde standardize edilmiş ve üretimin yapısınca asgari düzeyi belirlenmiş bir sağlık hizmeti örgütlenecektir.

Kapitalizm, geniş halk kesimleri için sağlık hizmetini (koşullara göre değişebilmekle birlikte) asgari ölçütlerde standardize etmiştir.

Bu asgari standardize hizmet hemen tamamen kamu (ve önemli oranda da devlet) hizmeti olarak örgütlenmektedir. Bunun ekonomik ayrıntılarına daha sonra değinilecektir.

Sağlık hizmetinin devlet eliyle standardizasyonunun en bilinen ve örnek olarak gösterilen uygulaması İngiltere'dedir. İngiltere'deki sağlık sistemi Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service; NHS) olarak bilinir. 1948'den beri uygulanmaktadır. Uygulamaya konduğu yıllarda, sistemin mimarlarından olan N.Bevan tarafından "en iyi sağlık hizmeti" olarak sunulmuş, daha sonraları çeşitli sosyal analistlerce "yeterli" olduğu çeşitli kereler vurgulanmıştır (14).

NHS uygulamaya konduktan kısa süre sonra İngiltere nüfusunun ve çeşitli kategorilerden sağlık personelinin hemen tamamını kapsamına almıştır. Ayrıntıları olmakla birlikte, bu durumun 1980'lerin ilk yıllarına kadar bu şekilde sürdüğü belirtilebilir (15).

NHS çerçevesinde gerçekleştirilen standardizasyonun en önemli temel noktaları şunlardır: 1) Sağlık kurumlarının tamamına yakını kamulaştırılmıştır. 2) Sağlık personeli de içinde olmak üzere tüm kaynaklar nüfusa orantılı (2000 kişiye bir hekim gibi) olacak biçimde düzenlenmiştir. 3) Bu şekilde, hizmet ayaktan tedavi edici sağlık hizmeti olarak, sürekli biçimde, en uç noktaya kadar yaygınlaştırılmıştır. 4) Sağlık hizmeti en basit, kolay ve asgari olandan, en karmaşık, en gelişkin teknolojiyi kullanana kadar (başlıca) üç basamağa ayrılmıştır. En periferideki hizmet ağını Genel Pratisyen (GP) ya da Türkiye'deki adıyla Aile Hekimi oluşturmaktadır. 5) Basamaklar arasında akışın son derece iyi sağlandığı bir zincir kurulmuştur (16, s. 195-197).

NHS ağı dışında referans hastanelerinde çalışmakta olan uzman ve konsültanların özel muayenehaneleri bulunmaktadır (15). Kısaca asgari standartların üzerinde hizmet almak isteyenlerin yolu açıktır ve bu yol kamunun dışında olup, meta şeklindedir.

II.3.1.d. Sağlık Hizmetinin Meta Karakteri

Bugün, kamu kesimi dışındaki sağlık hizmetlerinde büyük bir tekelleşme gözlenmektedir. Kısaca, sağlık hizmetinin meta niteliği giderek artmaktadır. Bu ABD'den Batı Avrupa ülkelerine yayılan bir eğilimdir. Bu eğilim tamamen kârı gözetmekte olup, çok uluslu hastane zincirleri biçiminde görüntülenmektedir.

Bu hastane zincirlerinden en büyük dört tanesi; Hospital Corporation of America (HCA), Humana, National Medical Enterprises (NME) ve American Medical International (AMI)'dır. Bunlar ABD şirketlerinin ABD dışında yönettikleri hastanelerin 2/3'üne sahiptirler. Sağlık hizmetlerindeki tekelleşmeye ilişkin birkaç veri Tablo 1, 2 ve 3'te özetlenmiştir (17).

Öte yandan sağlık sigortacılığı tekelci bir diğer yatırım alanıdır. İster kamu sigortacılığı, isterse özel sigortacılık olsun durum pek değişmemektedir.

Sigortacılığın tarihi 19. yy Almanyası'na kadar uzanır. Asıl büyük atılımı ise 20. yy'da 1930 büyük bunalımı sırasında olmuştur.

Tablo 1: Çok Uluslu Hastane Şirketlerince İşletilen Hastane Sayıları (1978-1985)

Şirketler	Yıllara Göre Sayılar				
	1978	1979	1981	1983	1985
AMI	8	15	20	25	33
HCA	5	10	17	27	31
NME	-	-	3	3	5
Paracelsus	-	-	-	13	26
Humana	3	1	3	4	4
Diğerleri	-	8	8	14	22
Toplam	16	34	51	86	121

Tablo 2: 4 Büyük Hastane Şirketinin Durumu (1985).

	Hastane Sayısı	Kâr (Dolar)
HCA	190	4.997.978.000
NME	121	3.034.000.000
Humana	87	2.875.145.000
AMI	118	2.655.800.000

Tablo 3: Çeşitli Ülkelerdeki Çokuluslu Hastane Şirketleri:

	Yıllara Göre Sayılar				
	1978	1979	1981	1983	1985
İngiltere	4	8	12	24	38
Avustralya	1	14	10	13	23
ABD	-	-	-	12	21
İsviçre	1	-	3	3	7
Brezilya	-	-	-	7	7
Fransa	3	2	2	3	5
Suudi Arabistan	1	3	9	14	5
Diğerleri	6	8	8	10	15

Bu dönemde kitlelerin mali olanaksızlıklar içinde hastalık masraflarını ödeyemez duruma düşmeleri, özellikle hekim ve hastaneleri zor durumda bırakmış, bunların hükümetler üzerindeki baskılar sonucu, özellikle devlete bağlı sigorta şirketleri çoğalmış ve giderek bir kâr aracı durumuna gelmişlerdir. Çünkü bu yolla toplanan sigorta primleri önemli miktarda yatırıma hazır sermayeyi oluşturmaktadır.

Bugün sigorta şirketlerinin yönetim kurulu üyeleri aynı zamanda büyük holdinglerin patronları durumundadırlar ya da onlarla sıkı ilişkiler içinde bulunmaktadırlar. ABD'de kurulan ilk sigorta şirketleri Blue Cross ve Blue Shield'dir. Blue Cross yöneticilerinin % 50'sini hastane yöneticileri, kalanını ise hekimler ve hastanelerle ilişkisi olan patronlar oluşturmaktadır. Bu sigorta şirketleri aracılığıyla hastanelere büyük paralar akmakta, buna karşılık bu şirketlerin ancak % 20'si hastane masraflarını kontrol etmektedir. Amerika'da 1970'lerin sonlarında bu iki sigorta şirketine 160-170 milyon, diğer şirketlere ise 115 milyon insan kayıtlıydı. Sigorta şirketleri ABD'nin en büyük bankaları ile ortaktırlar. Ayrıca bütün sermaye gruplarında olduğu gibi siyasal çevrelerle de işbirliği içindedirler. Örneğin 1968 ve 1972'de Combined Insurance adlı ABD'nin 13. büyük sağlık sigortası şirketi Nixon'a

seçim kampanyası için birer milyon dolar vermiş, bunun hemen ertesinde de sigorta primlerini yükseltmiştir (18, 19, 20).

Sağlık sigortacılığı açıkça kârı hedefler. Başlangıçta hasta olduğu belirlenenler, sigorta primi ödeyecek durumda olsalar da sigortalanmazlar ya da ancak daha yüksek fiyatlarla sigortalanırlar. Sigortalı oldukları dönemde uzun süreli ve pahalı tedaviyi gerektiren hastalıklara yakalananların da sigortası sonlandırılır.

Kâra dayalı sağlık işletmeciliğinin en gelişmiş olduğu ülke ABD'dir. ABD'de her yıl 1 milyon Amerikalı sigorta şirketlerince geri çevrilmektedir. Ek olarak yine Amerikalıların ödedikleri prim karşılığında gereksindikleri hizmeti alamadıkları da genel kabul görmektedir (21).

Benzer şekilde, sağlık hizmeti eklentisi diyebileceğimiz ilaç ve tıbbi teknoloji alanları da metalaşmıştır. Sermayenin bu kesimlerinin isteği kolay eskitilip, yoğun-pahalı teknoloji kullanan tedavi edici hizmetlerdir.

Tekelleşme, ne olursa olsun, kendisini tehdit edici müdahaleleri kabul etmez. Son günlerde yaşanan bir örnek bunun tipik bir göstergesidir. Prof. Erdem Cantekin ABD'nin Pitsburg Üniversitesi'nde çalışmakta olan bir (Türk) bilim adamıdır. Amoksisilin adlı antibiyotiğin, etkin olduğu belirtilen bazı hastalıklar karşısında hiçbir etkisi olmadığını gösteren deneysel araştırmalar yapmış ve sonuçlarını da yayınlamıştır. Amoksisilin ABD'de önemli pazar payı olan ilaçlardan birisidir. İşte bu nedenle, Cantekin ilgili açıklamalarından sonra kendi üniversitesinin boy hedefi durumuna gelir. Tüm akademik yetkileri, olanakları elinden alınır, çalışmaları engellenir. Oysa ABD Temsilciler Meclisi'nin bir alt komisyonu konuyu araştırmış, Cantekin'i haklı bularak, ilaç şirketlerinin bazı tıp araştırmalarının sonuçlarını nasıl gözardı ettikleri konusunda bir rapor hazırlamıştır. Cantekin'in en önemli rakibi olduğu belirtilen Dr. Bluestone'un ise ilaç şirketlerinden 260 bin dolarlık yardım ve 3.5 milyon dolarlık araştırma fonu aldığı bildirilmektedir (22).

II.3.1.e. Sınıfsal Yapının Sağlığa Etkisi

Kapitalist üretim ilişkilerinin meta karakteri sağlıktaki eşitsizliğin kaynağıdır.

Sonuçta, birkaç düzeyde sağlık standardı belirlenmektedir. Kamu kaynakları ile örgütlenmiş olan sağlık hizmeti çoğunlukla asgari düzeydeki standardı oluşturur. Belirttiğimiz gibi bunun en azından 1980'lerin ilk yıllarına kadar en iyi düşünülmüş ve işletilmiş örneği İngiltere'dedir. Asgari standardın üzerinde, varolanın içinden, kapitalizmin "Paran Kadar Sağlık" anlayışına uygun olarak, "istenilen" seçilebilir. Öyle ki, asgari düzeydeki sağlık hizmetini seçmek yani kamu hizmeti için prim ödemek zorunda olmayabilirsiniz. Eğer paranız varsa, istediğiniz anda, istediğiniz sağlık kurumuna başvurabilirsiniz. Nitekim İngiltere'de de durum böyledir. Gelir durumu iyi kabul edilen popülasyan NHS kapsamı dışındadır. Oysa nüfusun kalanının NHS kapsamında olması zorunluluğu vardır.

Böylece, kapitalizmin burjuva anlamda sağlıkta eşitlik anlayışı bile ancak asgari düzeydeki hizmet için geçerlidir. İnsanlar ancak bu hizmeti kullanmak konusunda burjuva anlamda eşittirler. Bunun dışında, ülkedeki sağlık örgütlenmesi bir bütün olarak ele alındığında sağlıkta eşitlik yoktur/olamaz. Bunun da ötesinde çoğu kapitalist ülkede kamu eliyle oluşturulmuş asgari sağlık örgütlenmesi de ya yoktur ya da iyice işlevsizdir. Bunun en güzel örneği ise (belirttiğimiz gibi) ABD'dir. ABD'de ancak yaşlı nüfusun ve bir ölçüde kamusal-asgari sağlık güvencesi vardır. Nüfusun kalanı tamamen kârı gözeten işletmelerden hizmeti satın almak durumundadır. (Sağlıktaki eşitsizliğin örnekleri için bkz. 23, 24, 25).

II.3.1.f. Sağlıkta Ülkeler Arası Farklılık

Emperyalist dünya sistemi, bağımlı ülkelerden metropol ülkelere artı-değer aktarımına dayanır. Emperyalist uluslararası işbölümü çerçevesinde bağımlı ülkelere düşen rol ya hammadde üretimi ya da emek yoğun sanayi ürünleri üretimidir. Sonuçta her iki tip ürünün alıcısı da önemli oranda metropol ülkelerdir. Kapitalist rekabet yasaları gereği ürün en ucuza mal edilmelidir. Bunun yo-

lu ise emek-gücünün ucuzlatılması ve nihai anlamda niteliksizleştirilmesidir.

Bağımlı ülke ucuza satıp, pahalıya almak zorundadır. Temel sanayi mallarını üreten ve pazarlayan bir avuç tekel bunu zorunlu tutar. Bu süreç, bağımlı ülkeler için dış borçlanma, bütçe açığı demektir. Dışarıya borçlanma fakirleşmedir, dışa bağımlılığın önemli bir bileşenidir. Aynı ekonomik ilişkilerin yeniden üretilmesine zemin hazırlar. Fakirlik giderek derinleşir. Bağımlı ülke işçi ve emekçi sınıflarının boğazına çöker.

Sonuç: Bağımlı ülkeler ile metropol ülkeler arasında yaşam olanaklarının derin şekilde farklılaşmasıdır. Sınıfsal çelişkiler nedeniyle emekçi sınıflar için bu farklılaşma metropol tekelci burjuvazisi ile bağımlı ülke işçi sınıfı arasında en göze çarpar şekildedir. Özetle, ***bağımlı ülkelerin sefaleti metropol ülkelerin refahının garantisidir.***

Yaşam olanaklarının ülkeler arasındaki farklılığını çeşitli sağlık göstergelerinden izlemek olanaklıdır. Bu göstergelerden bazıları Tablo 4'te sunulmuştur (26, s.76-90).

Tablo 4: Değişik Ülkelerde Çeşitli Sağlık Göstergelerinin Durumu (1990).

Ülkeler	5 Yaştan Küçüklerde Ölüm Oranı (Binde)	Kişi Başına GSMH (Dolar)	Doğumda Yaşam Beklentisi (Yaş)	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Oranı (%)	Kaba Ölüm Hızı (Binde)
Afganistan	300	-	42	20	30
Çad	223	150	46	11	30
Uganda	169	260	51	-	21
Türkiye	93	1210	64	8	18
SSCB	32	4550	70	6	7
Kanada	33	15160	77	6	8
Japonya	40	15760	78	5	8
ABD	30	18530	75	7	9
B.Almanya	40	14400	75	6	11

II.3.2. Kapitalizmin Genişleyen ve Depresif Uzun Dalgaları ve Sağlık

Kapitalizm döngüsel krizlerle karakterizedir. Her kriz dönemi ortalama kâr oranının düşüşü ve üretim fazlalığı/pazar darlığı ile kendini ortaya koyar. Yatırılan sermaye aynı ortalama kâr oranı ile kendini gerçekleştiremez olur. Sonuçta sermayenin değersizleşmesi denilen süreç yaşanır. Pek çok patron, işletme yıkıma uğrar, fabrikalar hurdaya ayrılır, pek çok mal yakılır, denize dökülür. Sermaye bu krizden daha merkezileşmiş ve yoğunlaşmış biçimde çıkar, çıkabilir. Krizden çıkış için ortalama kâr oranını artıracak mekanizmalar gerekir. Her bir krizin ve arkasından gelen refah döneminin ortalama süresi 5-10 yıldır.

Ancak, kapitalizmin yukarıda açılan ve ilk kez Marx'ın tanımladığı klasik döngüsel bunalım-refah sikluslarını da içeren daha uzun dalgalarla karakterize bir bunalım siklusunu yaşadığı bildirilmektedir. (Uzun dalgalarla ilgili daha geniş ve tam bilgi için bkz.27, 28).

Her bir uzun dalga 20-25 yıl sürmektedir. "Genişleyici bir dalga boyunca ortalama kâr oranı, her zamanki inişli çıkışlı hareketini sürdürür. Her 5-10 yılda bir, bildiğimiz devresel ekonomik krizler başgösterir, birikim kesintiye uğrar, bu krizler bir şekilde aşılır vs. Ama 20-25 senelik genelinde yükselir. Yani ortalama kârın kümülatif yönü yukarı doğrudur. Depresif bir dalga döneminde de tersi olur. Krizler tabi ki var. Ortalama kâr zaman zaman yükselse de, dönemin genelinde düşer" (28, s.98, 99).

Depresif bir dalgadan genişleyene geçilebilmesi bir dizi ekonomik ve ideolojik-siyasal etkenin aynı yönde işlev görmesini gerektirir. Öte yandan asıl olan ekonomik etkenlerdir. İdeolojik ve siyasal etkenler ise ancak, ekonomik bileşenlerin ortaya çıkardığı genişleme yönündeki potansiyeli realize edebilirler.

Anılan ekonomik etkenler şunlardır (28, s. 99-102):

1) Artı-değer oranında keskin bir yükseliş: Bu bileşen emek verimliliğinin keskin biçimde artışına olanak veren teknolojik devrimlerle ortaya çıkar. Ayrıca dünyanın geri kalmış ülkelerin-

den sanayi bölgelerine her koşulda çalışmaya hazır (ve ucuz) emek-gücünün göçü de artı-değer artışını mümkün kılar.

2) Sermayenin organik bileşiminin büyüme hızında ani bir yavaşlama, yani, değişmeyen sermaye artışında düşüş: Bu da, nükleer ve güneş enerjileri gibi, ucuz, ancak aynı zamanda gelişkin teknoloji kullanımına da uygun düşecek yeni hammade kaynaklarının kullanıma sokulmasını gerektirir.

3) Sermaye rotasyonunda ani bir hızlanma: Bilgisayar sistemlerinin kullanılması bunu mümkün kılmaktadır.

4) Sermayenin organik belişiminin düşük yani emek-gücünün ucuz olduğu ülkelere doğru sermaye akışının hızlanması: Bu bileşen ise yeni pazarların açılması anlamına gelmektedir.

Anlaşılabileceği gibi yukarıdaki dört bileşenin realize olabilmesi şu koşulları gerektirmektedir; 1) İşçi sınıfının iktisadi, ideolojik ve siyasal açılardan bozguna uğratılması, 2) Güncel teknolojinin kullandığı hammaddelere sahip ülkelerin iktisadi, siyasal-askeri yollarla bağımlılaştırılması, 3) Bir biçimde metropol sermayesinin akabileceği yeni pazarların açılması. İşte ekonomi dışı etkenler denilerek kastedilenler bunlardır.

Mandel'in dediği gibi "... Kapitalizm koşullarında, kâr oranını tüm iktisadi ortamı değiştirebilecek ölçüde yukarı çekmek için kapitalistler önce sanayileşmiş kilit ülkelerde işçilerin örgütsel gücünü ve mücadeleciliğini belirleyici biçimde kırmalıdırlar... Vurgulanacak önemli nokta şudur ki, böyle bir gidiş, halihazırda çoğu emperyalist ülkede kullanılmakta olan demokratik özgürlüklerde radikal bir kısıntı anlamına gelecektir" (27, s.99).

Şüphesiz bu kırma ve kısıntıların en yalın ve uç noktası emperyalist paylaşım savaşlarıdır.

İkinci Dünya savaşı tüm bu koşulları realize etti. Sermaye değersizleştirildi, işçi sınıfı canından edildi, emek-gücünün değeri düşürüldü. "Ortalama kâr oranı sııklı bir atlama yaptı... Sermayenin yıkıp kül ettiği dünya yine sermayenin önüne yeni bir pazar olarak sunuldu" (28, s.104).

Bu kısa açılımdan sonra, şimdi söylediklerimizin sağlık ala-

nındaki yansımalarına geçebiliriz: Daha önceden de belirtmeye çalıştığımız gibi sağlık hizmeti sunumu kabaca Kamu ve Özel başlıkları altında toplanabilir.

Özel sağlık hizmetleri doğrudan kârı gözetir ve sağlıktaki meta ilişkilerinin en çıplak yansısıdır. Bu da özel sağlık sigortacılığı ve özel hastanecilik, özel poliklinik hizmetleri biçiminde olmaktadır. İçeriğini tamamen tedavi edici hizmetler oluşturmaktadır. Finans açısından bakıldığında ya olası bir hastalık durumunu gözeterek önceden ve belli miktarlarda prim ödemesi yapılmaktadır ve buna Sigortacılık denilmektedir, ya da zamanı geldiğinde (hastalanıldığında) alınan hizmetin karşılığı doğrudan ödenmektedir. Özel sektör çeşitli düzeylerde olabilir ve bu nedenle yararlanım doğrudan sınıfsal konumla ilgilidir.

Kamu sağlık hizmetleri ise hemen her zaman asgari düzeydeki sağlık gereksinimlerini karşılamaya yöneliktir. Bunlar temel koruyucu hizmetler (aşılama, aile planlaması gibi) ile asgari ayaktan ve yataklı tedavi ile acil sağlık hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler içinde yataklı kurumlarda verilenler dışında olanlar kapitalist üretimin bugünkü aşaması için zorunlu olan hizmetlerdir. Bu nedenle asgari sağlık hizmetleri (ki literatürdeki karşılığı Temel Sağlık Hizmetleri -TSH-'dir) hemen tamamen devlet tarafından ve maliyetine örgütlenmektedir.

Kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı dolaylı ve/veya dolaysız vergilerden karşılanmaktadır. Dolaysız vergi hizmeti alacak olandan doğrudan Sağlık Primi adı altında kesilen ödentilerdir. Sonuçta, kesintiler bir Sigorta Fonu altında toplanmakta bu da kısa ve uzun dönemde hizmetin finansmanında kullanılmaktadır. Anlaşılabileceği gibi bunlar hizmete gereksinimi olanların denetimi dışında kalan/tutulan fonlardır. Bu da kapitalizmin özü gereğidir. Oluşturulan sigorta fonlarını denetleyen kurumlar çoğunlukla devlet elindeki ve/veya özel sektördeki sağlık kurumlarından hizmeti satın alırlar. Böylece sigortalı kişi, hastalanma durumunda sigorta kurumunun gösterdiği yerlere başvurabilir. Ödenen prim ölçüsünde sağlık harcamalarının belirlenmiş yüzdesi sigortaca karşılanır. Dolaylı vergiler ise, sağlık hizmetinin devlet bütçesi üzerinden finansmanı anlamına gelmektedir.

Sonuç olarak finansman açısından iki tip sağlık örgütlenmesi modeli oluşmaktadır. Bunlardan dolaysız vergilere dayanana Sigorta Sistemi, dolaylı vergilere dayanana da Ulusal Sağlık Örgütlenmesi denilmektedir (Bu tanımlamalar için bkz. 29). Pratikte ise, ABD dışındaki gelişmiş kapitalist ülkelerde de, her iki sistemin karma olarak yaşadığı görülmektedir. Bu örgütlenmelerin ikisi de 1945 sonrası Genişleyen Uzun Dalga sırasında ortaya çıkmışlardır.

Sigorta Sistemi parasal yükü, emeğinin karşılığını zaten alamayan işçi sınıfının sırtına yıkmaktadır. Ek olarak, sermayenin değişik kesimleri için hazır kaynak yaratır. Sermayeyi soluklandırır. Buna karşın, asgari düzeyde de olsa gerektiğinde ulaşılabilecek bir sağlık hizmetinin olması nedeniyle işçi sınıfının genelinde sigorta sisteminin benimsendiği, bir güvence olarak algılandığı izlenmektedir.

Öte yandan, Ulusal Sağlık Örgütü bütünüyle sistemin içyüzünü daha çok oranda gizleyen bir modeldir. Finansmanın dolaylı vergilerden sağlanması bu gizliliği sağlamakta ve "parasız" sağlık hizmeti imajı vermektedir. Özünde ise sigorta sisteminden bir farkı yoktur. Bu modelde, vergi politikalarının demokratikleştirilmesi (vergi yükünün daha çok oranda burjuvaziye kaydırılması) ölçüsünde sağlık sisteminin finansman yükünün de işçi ve emekçi sınıfların sırtından alınması mümkün olabilir. Bu anlamda Ulusal Sağlık Örgütlenmesi tipindeki model daha demokratik bir yapı olarak kabul edilebilir. Ancak unutulmamalıdır ki; genel bütçenin diğer girdi kalemlerinin yapısı da finans sorunundaki demokratikleşmeyi belirleyecektir. Öte yandan, genel bütçe içindeki vergi kaleminin önemli oranda ücretli ve maaşlılar tarafından karşılandığını da unutmamak gerekir. Bu bağlamda bütçeleme ve vergi politikalarının incelenmesinin özel bir önemi vardır.

Sonuçta, gerek Sigorta Sistemi, gerekse Ulusal Sağlık Örgütü Sistemi, hastanın hekime başvurduğu anda doğrudan ödeme yapmasını gerektirmemesi anlamında "Karşılıksız Hizmet, İstenildiği Anda Hizmet" gibi ideolojik bulanıklıklara neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yaygın olarak örgütlenebilmesinin fi-

nansmanı kapitalist sistemde dikkate değer bir rahatlamayı gerektirir. 1945 sonrası kamu eliyle asgari düzeydeki sağlık hizmetlerinin sunulabilmesinin nedeni yine aynı döneme denk gelen genişleyici uzun dalgadır.

Sağlık finans ve örgütlenme modellerinin gelişiminde 2. Dünya Savaşı sonrası dönemin şu dinamikleri etken olmuştur;

1) Savaş sonrası sistem bütünüyle rahatlar, soluklanırken, ortalama kâr oranındaki fırlama yüzdesini tutturamasa da, reel ücretlerde düzenli bir artış olmuştur. Ek olarak işsizlik oranı da azalmıştır. Bu gelişmelerin özel sağlık sektörünü hareketlendirdiği, kamu hizmetleri finansmanında ücretlilerin üzerine düşen finansal sorumluluğun yerine getirilebilmesinin zeminini hazırladığı belirtilebilir.

2) Aynı şeyin burjuvazi için de geçerli olduğu görülmektedir. Kâr oranındaki artış çerçevesinde, artı-değerden sağlık harcamaları için pay ayırabilmek olanaklı olmuştur. Şüphesiz hedef, üretimin gerektirdiği emek-gücü niteliği kadar sağlık hizmetinin finansmanına katkıdır.

3) Kamunun bir bütün olarak genişlediği görülmektedir. Öte yandan kamu sektörü harcamaları içindeki en önemli paylar eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik harcamalarına aittir (bkz. T.5, T.6, T.7). Kamu sektörü eğitim ve sağlık gibi sosyal alanların finansmanını önemli oranda üstlenmiş durumdadır.

Tablo 5: Ulusal Gelirin Yüzdesi Olarak Bazı Ülkelerdeki Kamu Harcamaları (30).

	1960	1982
ABD	27.6	37.6
İngiltere	32.6	47.4
İsveç	31.1	67.3
B.Almanya	32.5	49.4
Fransa	34.6	50.7

Tablo 6: Ulusal Gelirin Yüzdesi Olarak Eğitim, Sağlık, Sosyal Hizmetler ve Sosyal Güvenlik Harcamaları (30).

	1960	1981	Artış Yüzdesi
ABD	11	20	63
İngiltere	14	24	85
İsveç	15	33	55
B.Almanya	20	32	65
Fransa	13	29	73

Tablo 7: Sosyal Güvenlik Harcamalarındaki Yıllık Artış (30).

	1965-70	1970-75	1975-81
ABD	9.3	9.9	3.7
İngiltere	5.3	6.3	3.9
İsveç	10.2	9.6	4.4
B.Almanya	5.5	8.6	2.0
Fransa	5.0	6.6	7.4

Kısaca kamu harcamalarındaki artış büyük oranda sosyal harcamalar nedeniyledir.

Bu artışın bir diğer nedeni de, ekonomik genişleme sonucunda olası duruma gelen ve kendisi de genişlemenin uyaranlarından olarak kullanılan Keynesçi-enflasyonist politikalardır. Belli düzeyde tutulan enflasyon ile yaratılan karşılıksız para sağlık, eğitim, sosyal güvenlik alanlarına kaydırılmıştır.

Böylece sağlıktaki kamu fonlarının üç kaynağını saymış olduk: a) Doğrudan hizmeti alanlardan toplanan kamu sigorta fonları, b) Genel Bütçeden ayrılan pay (ki ağırlıklı olarak işçi ve emekçi sınıflardan toplanan dolaylı vergilere dayanmaktadır), c) Enflasyonist para politikaları. Kamu sağlık fonu kaynaklarının bu niteliği dikkate alındığında ***kamu sağlık sisteminin, ücretin sosyal bileşeninin kamu tarafından ve enflasyonist politi-***

kalarla karşılanması demek olduğu anlaşılacaktır. Kısaca, sağlık sisteminin kamu tarafından finanse edilmesi sanayi burjuvazisine subvansiyonda bulunmaktan başka birşey değildir. Bu ise sermayenin kâr oranını artırıcı bir etkide bulunmuştur. Amaç sermayenin gereksindiği nitelikli emek-gücünü sağlayabilmektir. ***Emek-gücünün savaş sonrası dönemde yükselen gerekli niteliği sağlık hizmetinin tamamen özel sektöre bırakılmasını olanaksız kılmış, asgari düzeyde bir örgütlenmeyi zorunlu duruma getirmiştir.*** İşte devlet eliyle sağlık örgütlenmesinin zeminini hazırlayan budur. Sosyal alanlara yapılan kamu harcamaları sermayenin tutturduğu ortalama kâr oranının güvencesi olmuştur.

4) Metropol ülkelerdeki sosyal güvenlik politikalarının yaygınlaşmasındaki en önemli belişenlerden birisi de savaş sonrası uygulamaya konan uluslararası yeni emperyalist işbölümü olmuştur. ***Devlet-tekel işbirliği ile metropol ülkelere aktarılan artı-değer, devlet eliyle sosyal güvenlik politikalarının yaygınlaştırılmasını, asgari-standardize sağlık hizmetinin örgütlenmesini olanaklı kılmıştır.***

Söylediklerimizi verilendirmek yönünden T.8, T.9'a bakmak yararlı olacaktır.

Tablo 8: Bazı Ülkelerde Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (Milyar dolar olarak) (31, s.20).

	1975	1980	1983	1986	1989
ABD	132944	249054	356114	450498	593000
İngiltere	12853	31007	28192	40925	34182
İsveç	5785	11834	8856	11934	16589
B.Almanya	34159	68945	55668	76088	94947
Fransa	23780	50165	42861	62033	98703

Tablo 9: Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynaklarına Göre Dağılımı (%) (31, s.25).

	Hükümet Harcamaları	Toplam Kamu Harcamaları	Özel Harcamalar
ABD	31.0	42.7	52.7
İngiltere	87.3	92.3	7.0
İsveç	78.5	91.6	8.4
B.Almanya	14.6	76.1	17.8
Fransa	7.0	76.0	22.6

Kısaca; 2. Dünya Savaşı sonrası metropol ülkelerde yaygınlaşan sağlık hizmetleri ortalama kâr oranındaki artışın sonucudur. Hizmetin yaygınlaştırılmasının amacı gerekli emek-gücü niteliğinin tutturulabilmesidir. Finansman yönünden özelliği ise, maliyetin çalışan sınıflar ile bağımlı ülkeler üzerine kaydırılmasıdır. Enflasyonist politikalar sözü edilen örgütlenmede belirleyici olmuş, yaratılan ve ürünsel karşılığı olmayan para ücretin sosyal bileşeninin karşılanması için kullanılmıştır.

Örneklemek gerekirse: ABD'nin en önemli sosyal güvenlik sistemlerinden olan ve yaşlılara belli koşullarla sağlık güvencesi sunan Medicare'in kuruluşu 1960'lara rastlamaktadır. Aynı şekilde en yetkin örneği (1980'lere kadar) İngiltere'de görülen Ulusal Sağlık Sistemleri'nin gelişimi de bu dönemde olmuştur.

Öte yandan sosyal güvenlik sistemleri ideolojik bir işlev de görmektedir. Kamu hizmetleri, devletin sınıf karakterini ve işçi sınıfının bilincini bulandırmıştır. Kapitalizmin "erdemleri ve ölümsüzlüğü" tezine dayanak oluşturmuştur. Yine Mandel'in dediği gibi; "Genişleyici bir uzun dalga sırasında... kapitalist sınıf için öncelik, işçi sınıfını tam istihdam ve sosyal güvenlik politikaları kilit rolü oynamak üzere, reformlarla satın almaktı. İktisadi genişlemenin kendisi, sistemin bu malları genellikle verebileceği maddi koşulları yarattı" (27, s.89).

Ancak, 1945'lerde başlayan genişleyen uzun dalga 1970'lerden itibaren geri çekilmeye başladı. Kendisini doğuran tüm bileşenler etkilerini yitirdiler. Yeni bir genişleme için yeniden aynı türden bileşenlerin ortaya çıkması, yaratılması gerekiyor.

Etki ve belirtileri halen devam eden bu bunalım döneminde, genişlemenin tüm yansımaları da tam tersine dönmüş durumdadır. "... genişleyici bir uzun dalgadan depresif bir uzun dalgaya geçtiğimizde artık tam istihdamı sağlamak, sefaleti ortadan silmek, sosyal güvenliği genişletmek, ücretlilerin gerçek gelirinde düzenli (mütevazi olsa da) bir artışı sağlamak mümkün değildir. Bu noktada, artı-değer oranında (yani sömürü oranında) güçlü bir yükseliş yoluyla kâr oranını yerli yerinde tutmaya uğraşmak birinci derecedeki öncelik haline gelir.

"Akademik iktisat dünyasındaki monetaristlerin 'anti-Keynesçi karşıdevrimi' bu değişken önceliğin ideolojik ifadesinden başka birşey değildir. Kronik yapısal işsizlik uzun vadeli olarak sürdürülmeden, 'bireysel sorumluluk duygusu' yerleştirilmeden (yani sosyal hizmetlerde ciddi kesintiler yapılmadan), yaygınlaşmış kemer sıkma politikaları (yani gerçek ücretlerde duraklama ya da düşüş) olmadan kâr oranının keskin, hızlı biçimde eski yerine oturtulması mümkün değildir" (27, s.89, 90).

Şimdi artık hem İngiltere'nin NHS'si, hem de yüksek kamu harcamalarına neden olan tüm sosyal harcamalar eleştirilmektedir. Thatcher, iktidarının en sağlam günlerinde daha çok NHS'yi hedefleyerek şöyle demekteydi: "Devlet insanların kazandıklarından daha fazla para kaynağına sahip değildir. Başarı, daha ve daha fazla müsrif harcama programları yaratılarak elde edilmeyecektir. İnsanlar parasız hizmetten söz ediyorlar. Hizmet parasız değildir. Onun için bir şeyler ödemelisiniz" (14).

Bunun sonucunda İngiltere'de NHS'ye verilen devlet desteği azaltılmış, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi amaçlanmıştır. 1981'de yaklaşık 4.2 milyon İngiliz vatandaşı (nüfusun % 7'si) özel sağlık sigortalarına üye olmuştur (32). Eş zamanlı olarak özel hastanecilik gelişmekte, özellikle çokuluslu Amerikan hastaneleri hızla yayılmaktadır (17).

Benzer şekilde ABD'de sosyal güvenlik ve sağlık harcamaları Reagan'ın bütçe kesinti programı içinde ön sırayı almış durumdaydı (bkz. T.10).

Tablo 10: Reagan'ın Bütçe Kesinti Öncelikleri (30).

	Önerilen İndirim (%)
Sosyal güvenlik, sağlık sigortası, sağlık hizmetleri vb.	11.4
Tamamlayıcı eğitim, meslek eğitimi, sosyal hizmet yardımı vb.	60.2

Kısaca belirtmek gerekirse: Genişleyen uzun dalga boyunca kâr oranı artışı işçi sınıfının yaşam koşullarına, daha düşük oranda olmak üzere, yansır. Daralma dönemlerinde ise süreç tam tersine döner. Burjuvazi gücü yettiğince tüm çalışanların haklarını kısmaya yönelir.

1970'lerden beri sosyal refah devleti anlayışının işlevi kalmamıştır. Artık bu anlayış sosyaldemokratların nostaljisi durumundadır.

Bundan şu sonuç çıkar: ***İNSAN SAĞLIĞINDA KAPİTALİST SİSTEMİN DALGALANMALARINA TABİ OLMAYAN TALEPLER, KAPİTALİST SİSTEMİN DIŞINA ÇIKMAK ZORUNDADIR. ÖZELLİKLE DEPRESSİF DALGA SÜRESİNCE KAPİTALİZMİN SINIRLARI İÇİNDE KALARAK DAHA ÇOK SAĞLIK TALEBİNDE BULUNABİLMEK SİSTEM İÇİ, SİYASİ YÖNELİMLERİN BİLE HARCI DEĞİLDİR.***

II.3.3. Kapitalist Üretimin Mikro Yapısı ve Sağlık

Kapitalist üretim ilişkilerinde, endüstriyel ilişkiler bağlamında ve bu yüzyılın ortalarına kadar olan dönemde kabaca iki tip ilişki biçimi tanımlanmaktadır; a) El işçiliğine dayalı teknoloji, b) Makineli üretime dayalı olan ve bant tipi üretim olarak tanımlanan teknoloji. Bu gelişmenin yabancılaşma ve insan psikolojisi üzerinde önemli etkileri olmuştur. Şöyle ki: El işçiliğine dayalı tek-

nolojik gelişim döneminde, işbölümü çok daha fazla oranda ürün bazındadır. Bu olgu her işçinin tümüyle belli bir ürünü ve olabildiğince kendi becerisini kullanarak üretmesini sağlamaktadır. İşçinin otonomisi, iş üzerindeki belirleyiciliği, bir ürünün tümünü üretiyor olması gibi nedenlerle, işin anlamı, iş üzerindeki denetim bir sonraki aşamaya göre belirgin şekilde fazladır. Dolayısıyla yabancılaşma düşüktür. Bant tipi üretimde ise, işbölümü ürünü de parçalayacak ve işçilerin ancak ürünün belli kısımlarında uzmanlaşmalarına olanak tanıyacak şekilde gelişmiştir. Dolayısıyla, işçinin üretim sürecinin tümünü gözleyebilmesi bile olanaksızdır. Üretim süreci üzerindeki işçi kontrolu, işin anlamlılığı çok daha düşüktür, hattâ hemen hemen yoktur. Böylesi bir iş kalifiye emeğin gerekliliğini de ortadan kaldırmıştır. Yani, üretim işçinin gelişmesini de gerektirmemektedir. Kısaca, derin bir yabancılaşma söz konusudur. Bu ikinci süreç özellikle 19. yy'nin ikinci yarısı ile 20. yy'nin ilk yarısında egemen olmuştur (33, s.15-17).

Marx'ın, üretim araçlarının mülkiyeti dışında ve daha çok üretim sürecinin mikro ilişkileri çerçevesinde yabancılaşma olarak betimlediği ilişkiler işte bu döneme aittir. Üretim araçlarının özel mülkiyeti ile tanımlı olan kapitalist üretim ilişkileri, çalışanların üretim süreci üzerindeki etkilerini sıfırlamış, onları üretim sürecinin kendisi ve sonuçları ile ilgisiz duruma getirmiştir. Sonuçta, insan kendisini üretim süreci dışında arar olmuştur. Marx'ın deyişiyle: "Sonuç olarak, işçi ancak çalışmanın dışında kendi kendisinin yanında olma duygusuna sahiptir ve çalışmada kendini kendi dışında duyar. Çalışmadığı zaman kendi evinde gibidir ve çalıştığı zaman da kendini evinde duymaz. Öyleyse çalışması istemli değil, ama istemsizdir, zorlama çalışmadır. Öyleyse bir gereksinmenin karşılanması değil, ama sadece çalışma dışındaki gereksinmelerin bir karşılanma aracıdır. Emeğin yabancı niteliği, fizik ya da başka bir zorlama ortadan kalkar kalkmaz, çalışmadan bir veba gibi kaçılması olgusunda açıkça görülür. Dışsal emek, insanın içinde kendine yabancılaştığı emek, bir kendini kurban etme, bir onur kırılması çalışmasıdır" (34, s.157).

Sonuçta, kapitalizmin insana verdiği büyük bir anlamsızlık, işe yaramazlık duygusudur. Öyle ki bu duygular her an bir hiçlik noktasına da varabilir. Yüzyılımızın başlarında Kafka'nın

Dönüşüm'ünde betimlenen Gregor Samsa'nın durumu bu psikolojinin ta kendisi değil midir! Ve Samsa'nın psikolojisinde vurgulananlar aslında Kafka'nın hissettikleri değil miydi: "Gregor Samsa bir sabah korkulu bir düşten uyanınca yatağının içinde kendini korkunç bir hamam böceği olarak buldu. Arkası üstü yatmıştı. Sırtı demir bir levha gibi kaskatıydı. Başını şöyle bir kaldırınca karnını gördü: Aman ne kocaman kümbetti o: Koyu renkli, koskoca, bölük bölük kavisli bir kümbet! Yorgan kümbetin üst bölümünden aşağı doğru kaymış, neredeyse yere düşecekti. Gregor'un o koca bedenine göre acınacak denli incelmiş bacakları rüzgâra tutulmuş gibi titriyordu. *'NE BU BAŞIMA GELEN'* diye düşündü. Düş değildi bu." (35, s.5).

Günümüzde, emperyalist sistem insan psikolojisinde yarattığı bu çöküntünün farkındadır. Öte yandan artık, teknoloji gelişmiş, emek-gücünün gerekli niteliği yükselmiştir. Bant tipi üretimin ortaya çıkardığı iş doyumsuzluğu, yabancılaşma high-tech denilen yüksek teknolojinin uygulanmasını da olanaksız kılmaktadır. İşte bu nedenle, burjuvazi, yine yüzyılın başlarından beri endüstriyel ilişkilerin "yenilenmesi" çabasına girişmiş, sistem içi olmak koşuluyla modifikasyonlara yönelmiştir. Bu çabaların 1960'lardan beri ivmelendiği görülmektedir. İşte İşin Demokratikleştirilmesi, İşçi Katılımı, Birlikte Yönetim, Kendi Kendine Yönetim, Küçük Grup Çalışmaları, Kalite Kontrol Çemberleri gibi kavramlar bu çabaların ürünüdür. Bunlarda en gözde olanı ise sonuncusudur (36).

Bu programların hepsinin ortak yönü, bant tipi makineli üretimin getirdiği işbölümünü azaltabilmek, işi bütünleştirip, anlamlı kılabilmektir. Böylece yitmiş olan özgüvenin, iş doyumunun, işletme ve yönetimle entegrasyonun sağlanabileceği varsayılmakta, nihai anlamda üretkenliğin artırılması hedeflenmektedir.

Ne olursa olsun, üretim araçlarının özel mülkiyeti devam ettikçe işçinin iş üzerinde denetleyici olabilmesi olanaksızdır. Bugün pek çok metropol ülkede, işçi sınıfının kullandığı emek nesnelerinin ne olduğunu bilme hakkı bile yoktur. ABD'de işçi sınıfı bu hakkı ancak son 10 yıl içinde elde edebilmiştir (37). ***Kapitalist üretim demokrasisi ancak mülk sahiplerinin çizdiği çerçevede vardır. Onun dışında işin doğrudan üretimci emek-gücü sahibi insanların denetimine girmesi sistem dışı altüst oluşları gerekti-***

rir. ÇÜNKÜ ÜRETİMİN DEMOKRATİKLEŞTİRİLMESİ BİREYSEL BİR SORUN DEĞİL, KOLEKTİF BİR SINIF MÜCADELESİ SÜRECİDİR.

Kapitalizmin işçi katılımı türünden programları olayın bu özünü gizlemeye, demokrasiyi kişiselleştirmeye yöneliktir.

Kısaca ve bir kez daha; Kapitalizmin sorunu kârın artırılmasıdır. İşin "Yeniden Yapılandırılması" bu nedenle gündemdedir. Çalışan insanın sağlığı yalnızca bu kaygıya ikincil bir olgudur.

II.3.4. Kapitalizmde Sağlık Hizmetinin Boyutunu Belirleyen Bileşenler

Bu başlık altında sıralayacaklarımız kapitalizm için söylediklerimizin özeti niteliğinde olacaktır. Anlaşılabileceği gibi bir ülkedeki sağlık hizmetlerini belirleyen bazı etkenler vardır:

1) Kapitalizmin genel ekonomi-politik uzun dalgalanmaları: Kapitalizmin rahatlama, nefeslenme dönemleri sosyal nitelikli harcamalarda da artmanın gözlendiği dönemlerdir. Bu dönemlerde hem kamu, hem de özel sağlık harcamaları artmaktadır. Buna karşılık sistemin nefesinin kesildiği, tıkandığı yıllar boyunca da ilk olarak kısıntı yapılan alanlardan birisi sağlık hizmetleri olmaktadır.

2) Kapitalist sanayinin gereksindiği emek-gücünün niteliği: Özellikle metropol ülkelerde emekgücünün gerekli niteliği giderek yükselmektedir. Bu durumu kompüterize olan sanayi yaratmaktadır. Artık emek-gücünden, eskisi gibi, kolayca vazgeçebilmek, yerini yenisi ile doldurabilmek güçleşmiştir. Emek-gücü nitelikli olarak eğitilmek gereksinimi gösterdiği gibi, daha nitelikli sağlık hizmeti de istemektedir. İşçi sağlığını geliştirmeye yönelik uygulamalar bu başlık altında toplanabilir.

3) Özel sağlık sektörünün, tıbbi-endüstriyel kompleksin gelişkin düzeyi: Özel sağlık sektörü kendisine pazar yaratabileceği alanlara akmak, hastane zincirleri oluşturmak eğilimindedir. Aynı zamanda, bu akış sağlık hizmeti tüketimini uyarıcı etkide de bu-

lunmaktadır. 1950'lerde Batılı ülkelerde aile tüketim harcamaları içinde (% 5.4 ile) en geride yer alan sağlık 1980'lerde % 20.1 ile en üst sıraya yerleşmiştir (31, s.3). Öte yandan tıbbi-endüstriyel kompleks halkta sağlıkla ilgili beklenti yaratılmasından, sağlık talebinin olabildiğince uyarılmasından yarar bulmaktadır. Dolayısıyla halktan gelen her sağlık talebini bilinçli bir tutumun göstergesi saymak da olanaksızdır. Özellikle tıbbi-endüstriyel kompleksin baskısı tüketimi artırıcı yönde bir tedavi edici sağlık hizmet modeli yönündedir.

*4) **Sağlık hizmetinin ideolojik işlevi:*** Sağlık hizmeti en çok manipüle edilebilir alanlardan birisidir. Devletin ideolojik-siyasal yönünü bulandırmaya, "Sosyal Devlet" imajı yaratmaya yönelik olarak en çok kullanılabilir konulardandır.

*5) **Burjuvazinin, gereksindiği sağlık hizmetinin niteliği:*** Bir ülkede yalnızca emekçi sınıfların değil, burjuvazinin ve onun çeşitli katmanlarının da sağlık hizmetine gereksinimi vardır. Burjuvazi yerine göre, yurt dışı olanaklarını da kullanmakla birlikte, güvendiği yerli bir organizasyonu da ister. İşte bu gereksinim farklı standartlarda hizmet düzeylerini ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca, çevre kirlenmesi, aşırı nüfus artışı gibi kimi sorunlar bir bütün olarak tüm nüfusu ve ülkeyi tehdit edebilmektedir. Sonuç olarak, kapitalizm kendi kâr isteyen mantığı içerisinde koruyucu sağlık hizmetlerini de örgütleyebilir.

*6) **Doğrudan sağlık hizmeti (hastanecilik biçiminde) sunmakta olan sermaye kesimleri ile diğer sermaye çevreleri (özellikle sanayi sermayesi) arasındaki çıkar çelişkileri:*** Sağlık hizmetini kâr amacı ile sunmakta olan yatırımcıların, asgari düzeyde de olsa devlet eliyle hizmet sunumunu istemeyecekleri kesindir. Bu istek özellikle, devlet gibi asgari düzeyde hizmet sunmakta olan orta ve küçük ölçekli sağlık girişimcilerinden gelecektir. Buna karşın sanayi sermayesi, enflasyonist politikalarla da olsa, devletin, belli düzeydeki bir hizmetin alt yapısını oluşturmasını destekleyecektir. İşte aradaki bu çelişki hizmetin içerik ve boyutunu belirleyen önemli bileşenlerdendir. Benzer şekilde ilaç ve tıbbi teknoloji üreten sermaye çevrelerinin de, kim tarafından yapılırsa yapılsın, sağ-

lık hizmetinin yaygınlaştırılmasında çıkarı vardır. Çünkü hizmetin yaygınlaştırılması talebi ve pazarı genişletecektir.

7) İşçi ve diğer emekçi sınıfların mücadelesi: Üreten sınıfların mücadelesi, kabaca, yaşam standartlarının yükseltilmesi yönündedir. Bu mücadelenin etkin biçimde hedefe yönelebilmesi ölçüsünde daha yaşanabilir olanaklar da elde edilir. Talepler en basit ücret artışını hedefleyenlerden, üretimin her anının ve tüm yaşamın üretenlerce düzenlenmesi doğrultusuna yönelmek zorundadır. Dolayısıyla, bu mücadelenin kendisi de başlıbaşına bir sağlıklılık göstergesidir.

Yukarıda belirlenen bileşenler kapitalist sistemde sağlık hizmetinin boyutunu belirleyen olasılıklardır. Bu olasılıkların değişik doğrultularda etkisi olabilecektir. Örneğin tıbbi-endürstriyel kompleks daha çok tedavi edici hizmetlerden yana ve ilaç ile tıbbi malzeme tüketiminin artırılması yönünde baskılayıcı olurken, işçi sınıfının sendikal, ideolojik, siyasal mücadelesi eğilimi başka bir yöne çekecektir. Bu yön koruyucu sağlık hizmetlerine doğru olmak zorundadır. Kısaca olasılıkların realize olması ölçüsünde ortak bileşenin yönü ve boyutu değişebilecektir.

Sonuç olarak, bugün düzeyi ülkeden ülkeye ve koşullara göre değişebilmekle birlikte, kapitalist ülkelerin koruyucu ve tedavi edici hizmetler içeren standart bir sağlık örgütlenmesi anlayışı vardır. Burada koruyucu hizmetlerin içeriği bize göre dar olup, aşılama, periyodik muayeneler, atıkların kontrolu, aile planlaması gibi uygulamaları içermektedir.

Bu bağlamda, yazımızın başlarındaki Toplumsal Etken tanımını hatırlayarak, şunları da ekleyebiliriz: Sömürücü üretim ilişkileri, içinde her zaman mekanik, fiziksel, kimyasal, biyolojik etkenlerin realize olabileceği bir ortamdır. Kendisi asıl etkendir. Bu anlamda kapitalizm yapabileceğini yapmıştır. Bir taraftan sağlık hizmetini alabildiğine yaygınlaştırmış, diğer taraftan da üretici güçleri sonsuz derecede geliştirmiştir. Öylesine ki, artık bu güçler yaşamı kendi toplumsal sorumluluklarıyla, kendi çıkarlarına yönlendirebilirler. Bundan sonra suç kapitalizmin değildir. Çünkü "bundan sonrası" bir bütün olarak kapitalizmin çerçevesini aşmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

I. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU

Türkiye'de sağlık örgütlenmesinin iki ayrı kurumlaşma çerçevesinde sürdürüldüğü izlenmektedir. Bunlar Kamu Sektörü ile Özel Sektör'dür. Kamu sektörü denildiğinde, örgütlenme açısından, Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, KİT (Kamu İktisadi Teşekkülü)'ler ve çeşitli bakanlıkların sağlık kurumları akla gelmektedir. Hizmet verilen nüfusun hacmi gözetildiğinde bunlar için en önemlileri SB, SSK ve Üniversite Hastaneleri'dir. Öte yandan, Üniversite Hastaneleri mevcut mevzuat gereğince hem SB, hem de SSK ile işbirliği içinde çalışmaktadırlar. Dolayısıyla konumuz çerçevesinde ayrı bir yapılanma olarak ele alınmalarına gerek yoktur.

Böylece sağlık örgütlenmesi denildiğinde kabaca, üç yapının incelenmesi yeterli olacaktır: SB, SSK ve Özel Sağlık Örgütlenmesi.

I.1. SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRGÜTLENMESİ

SB Merkez ve Taşra Teşkilâtı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Merkez teşkilâtını Ankara'daki merkez yapıları oluşturur. Bakanlığın örgüt yapısı halen 181 Sayılı (1983) Kanun Hükmünde Kararname'ye göre organize olmuş durumdadır (38). Konunun burada ele alınan kapsamı çerçevesinde merkez teşkilâtının yapısını açmak gereksiz görülmüştür.

SB periferi örgütlenmesi ise fiilen, tam olarak işlemiyor olmakla birlikte, 224 Sayılı Kanun (1961) ve bu kanuna dayanılarak çıkarılan 154 Sayılı Yönerge ile yürütülmektedir (39, 40). Türkiye'deki örgütlenmeyi daha önceden çizdiğimiz genel çerçeve içine oturtabilmek ve daha sonraki bölümlerde de sağlık örgütlenmesi sorunlarını belirleyebilmek açısından, bu mevzuatın, kabaca da olsa, incelenmesinde yarar vardır.

I.1.1. 224 Sayılı Kanun

I.1.1.a. Genel Çerçevesi

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 224 sayı ile 5.1.1961 tarihinde kabul edilerek, 12.1.1961'de resmi gazetede yayınlanmıştır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün benimsediği temel ilkeleri içerdiği anlaşılmaktadır. Nitekim 1. maddesinde "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir" denilmektedir.

154 Sayılı Yönerge'nin 1. maddesinde ise hizmetin ana ilkeleri şu şekilde açılmıştır: "Sağlık hizmetlerinin ana ilkesi halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla halk sağlığı (koruyucu hekimlik) ilkelerine önem verilecek, sağlık teşkilâtı, toplum kalkınması ve diğer sosyal çalışmalarda da faal rol alacaktır. Tedavi hekimliği ise halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak evde ve ayakta tedaviye öncelik verilecektir."

Yine bu kapsamdan olmak üzere sosyalleştirmeden doğacak yararlılıklar şu şekilde sıralanmaktadır:

1) Koruyucu hizmetlerin gelişmesi, sosyal ve bulaşıcı hastalıkların azaltılması,

2) İlk ve ivedi yardımların zamanında yapılarak, can kaybının azaltılması,

3) Hastalıkların denetimi sonucu ölümlerin, iş günü ve güç kaybının azaltılması,

4) Ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile gelecek neslin sağlıklı yetiştirilmesi.

Bu yararlılıklara ulaşmak için öncelik verilecek koruyucu sağlık hizmetleri ise, kabaca, bağışıklama, çevre sağlığı, aile planlaması, sağlık eğitimi başlıklarında toplanmıştır.

Yine Kanun'un 2. maddesinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi "... vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile, amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı, her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır" şeklinde tanımlanmıştır. Aynı kavramın 154 Sayılı Yönerge'deki tanımı ise şöyledir: "Yurttaşların eşit koşullar ve olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, doğuştan veya sonradan olma eksiklikleri giderme, sağlık durumunun sürekliliğini sağlama çabalarını kapsayan bir hizmettir."

Sonuç olarak, düzenlemelerin genel çerçevesi içinde "Eşitlik" kavramının altının özel olarak çizilmiş olduğu görülmektedir. Sağlanacak yararlanımlar hep bu "Eşit" hizmetin sonuçları olacaktır.

Bunlar dışında 224 Sayılı Kanun'un 4. maddesi ile özel sağlık sektörü serbest bırakılmış, isteyenin özel sektöre başvurabileceği belirtilmiştir. 3. maddede de hekimlere özel ya da devlet hizmetinden birisini seçmeleri zorunluluğu getirilmiştir. (Bu madde daha sonraki yıllarda kaldırılacaktır.)

1.1.1.b. 224 Sayılı Kanun'un Getirdiği Yapı

224 Sayılı Kanun ve ona dayanılarak çıkarılan 154 Sayılı Yönerge ile Hükümet Tabiplikleri kaldırılarak, tüm görevleri sağlık ocağı hekimlerine devredilmiştir. Sağlık ocağı hekimi, bölgenin en büyük tıbbi yöneticisidir. Bu örgütlenmede sağlık hizmeti ile ilgili kurumlar; sağlık evleri, sağlık ocakları, bölge hastaneleri, sağlık grup başkanlıkları ve sağlık müdürlükleridir.

Sağlık Müdürlüğü: Sağlık örgütünün il düzeyindeki idari yapısıdır. Bir ilin sağlık kuruluşu valinin yönetimi altında bir bütündür.

Sağlık Grup Başkanlığı: En az 50000 nüfus için bir hastane ve gereği kadar sağlık ocağının oluşturduğu sağlık biriminin idari yapısıdır. İllerin coğrafi yapısına göre 150-200 bin nüfus için bir grup başkanlığı oluşturulabilir. Kabaca, sağlık örgütünün ilçe düzeyindeki idari yapısı olmaktadır. Nüfusa göre sağlık ocaklarının sayısı artar. Hastaneler 50, 100, 150, 200 ve daha çok yataklı olabilir. Ek olarak, laboratuvar hizmetlerine yönelik kurumları da içerir.

Sağlık Ocakları: "Sağlık ocağı, 5 ile 10 bin, ortalama 7 bin kişilik toplumun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur" (154 Sayılı Yönerge). Aynı Yönerge'de sağlık ocağının bakanlıkça atanmış en az 1 hekimce yürütüleceği belirtilmektedir. Sağlık ocaklarında koruyucu (ana-çocuk sağlığı ağırlıklı olmak üzere) ve ayaktan tedavi edici hizmetler birlikte ve bir ekiple yürütülecektir. Koruyucu hizmetler içinde hem kişiye, hem de çevreye yönelik olanlar vardır. Sağlık ekibini hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, şoför, hizmetli oluşturmaktadır.

Sağlık Evleri: Örgütlenmedeki en uç birimlerdir. Sağlık evi daha dar bir alanda sağlık ocağı görevlerini yürütmek üzere planlanmıştır. Bu görevler sağlık evi ebesi tarafından yürütülür. Her 2500-3000 kişiye bir ebe ve bir sağlık evi düşünülmüştür. Kısaca, koşulları en uygun olan bir köye bir sağlık evi kurup, bir ebe atanmakta ve bu ebe toplam nüfusu 2500-3000 olan bir köyler topluluğuna hizmet etmektedir.

1.1.1.c. Sosyalize Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri

1) Yaygın hizmet; Tüm nüfus hizmet kapsamına alınmış ve Cumhuriyet tarihinde ilk kez köyler düzeyinde kalıcı sağlık birimleri oluşturulmuştur.

2) Standart hizmet; Özellikle 154 Sayılı Yönerge ile il düzeyindeki hizmetlerin her aşaması olabildiğince ayrıntılı biçimde standardize edilmiştir.

3) Ulaşılabilir hizmet.

4) Ekip hizmeti.

5) Entegre hizmet; Gerek koruyucu, gerekse tedavi edici hizmetlerin bir sağlık ekibince ve bütünlük içerisinde verilmesi planlanmıştır. Hastalığa özel dikine örgütlenmenin yerine, çevre sağlığı, ana-çocuk sağlığı, bağışıklama, tedavileme gibi konuları olan enine bir örgütlenme benimsenmiştir.

6) Gezici hizmet; Kırsal kesimde ulaşım koşullarının güçlüğü dikkate alınarak sağlık ekibinin gezici hizmet sunması esası getirilmiştir.

7) Ödemesiz hizmet; Yukarıdaki örgütlenmenin finansmanının, kimi istisnaları dışında, genel bütçeden karşılanması hedeflenmiştir.

I.1.1.d. 224 Sayılı Kanun'un Uygulanma Süreci

Sıralanan amaçlara ulaşılabilmesi için sosyalleştirilmesine karar verilen bölgelerdeki personel açığının, tesis eksikliğinin ortadan kaldırılması gerekliydi. 1963 yılında Muş pilot bölgesinde uygulanmaya başlayan sosyalizasyonun bu bölgede alınacak sonuçlara göre Mart 1964'ten başlamak üzere (geçici 1. madde) 15 yıl içinde (1976'ya kadar) her yere yaygınlaştırılması (madde 20) düşünülmüş, ancak başarılamamıştır. 1964-1969 arasındaki dönemde 24 il sosyalleştirme kapsamına alınmışken, bu artış sonraki yıllarda önemli oranda yavaşlamıştır. Sonuçta 1969'da kabul edilen 1175 Sayılı Kanun ile bütün Türkiye'nin sosyalleştirilmesi 1982'ye, daha sonra 23.6.1983 gün ve 2858 Sayılı Kanun ile de bu tarih 1992'ye uzatılmıştır (41). Bu, açıkça, hizmetin istenildiği gibi uygulanamadığı anlamına gelmektedir.

Bu ertelemelerde yeterli ve dengeli kaynak dağılımının sağlanamamasının belirleyici etkisi olmuştur.

Nitekim, yeni modelin uygulanmaya başlandığı ilk yıllardan olan 1965'te toplam hekim sayısı 10895 iken, bu sayı 1970'de 15856, 1973'de 17365 olmuş, aynı yıllarda bakanlık emrindeki hekim sayısı ise 3579, 4186, 4175 olarak seyretmiştir. Yıllara göre bakanlık emrindeki hekim sayısının toplam hekim sayılarına

oranı % 32, % 26, % 24'dür. Görüldüğü gibi oran sosyalizasyon öncesi dönemlere göre bile düşmüştür (1960'da aynı oran % 40 idi). Ek olarak, 1973 itibariyle, sosyalleştirilen 25 ilde bakanlık emrinde çalışan hekim sayısı (toplamın 17365 olmasına karşın) yalnızca 642'dir. Bu ise bu bölgelerdeki mevcut hekim kadrosunun % 21.5'ini oluşturmaktadır. Yine aynı bölgelerde serbest çalışan hekimlerle, bakanlık emrindekilerin toplamı 1580 olup, bu sayı Türkiye toplamının yalnızca % 9'udur. 1970'lerin sonlarında da durum bundan pek farklı değildir. 1980 verilerine göre Türkiye'de 49 il sosyalleştirilmiş durumdadır. Buralardaki toplam hekim kadrosu 2314 iken mevcut 1142'dir. Yani kadroların % 51'i boş durumdadır. Ebe kadrolarındaki boşluk ise % 42'dir. Buna karşılık Ankara, İstanbul, İzmir'deki hekim kadrosu boşluğu çok daha düşük olup % 14 kadardır (42, 43, 44).

I.1.1.e. 224 Sayılı Kanun Nedir, Niçin İşlememiştir?

Öncelikle, bu Kanun hemen tamamen tarım ve ev ekonomilerini hedeflemiştir. ***Bu anlamda köy içindir.*** Nitekim, bir ulusal sağlık örgütlenmesi çizmek durumunda olan bu Kanun sanayi ve hizmet sektörlerini (kısaca kenti) hiç gündemine almamıştır.

Bunun ötesinde, ***224 Sayılı Kanun ile hizmetin standartlaştırılarak yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.*** Ve bu yaygın-standart hizmete ulaşmak konusunda bireyler "eşit" kılınmışlardır. Kanun'da altı çizilen eşitliğin anlamı budur. Bunun dışında, yine yasa "isteyenin" özel hekime gidebileceğini belirterek daha başka eşitlik düzeyleri de belirlemiştir. Ancak her iki eşitlik düzeyi arasında da eşitsizliğin olduğu açıktır. Kısaca, insanlar aynı kategorilerdeki hizmete ulaşıp, alırlarken birbirleriyle (burjuva anlamda) tam tamına eşittirler. Ancak farklı kategorilerdeki hizmet formülasyonu ile de yine aynı anda diğer kategorilerdeki hizmeti alanlara göre eşitsizdirler. Aslında 224 Sayılı Kanun'un yasallaştırdığı işte bu eşitlik ve eşitsizlikleri düzenlemek olmuştur.

Bu mantık kapitalizmin mantığıdır. Daha önceden kapitalizmin genel açılımı içinde bunu belirlemeye çalışmıştık. Yaşamın her alanında böyledir: Kapitalizm eşitlik sloganı ile iktidar olmuş-

tur. Ancak burjuva anlamıyla eşitliği oluşturabilmesi olanaksızdır. En fazlasından farklı eşitlik düzeylerini yaşama geçirebilir. Bu bağlamda kapitalizm kendi kendisini mahkûm eder (Eşitlik anlayışının sınıfsal anlamı konusunda bkz. 45, s.101-104).

Önemli olan farklı düzeylerde de olsa standartların belirlenmesidir. Ulusal Sağlık Örgütlenmeleri'nin ve Kamu Sigorta Sistemleri'nin yaptığı budur. ***224 Sayılı Kanun Türkiye'nin Ulusal Sağlık Örgütlenmesi'ni belirler. Üreten sınıflar için sağlık hizmetinin asgari düzeyini çizer, asgari hizmeti eşitler.***

224 Sayılı Kanun'un getirdiği ilkelerin genelde Batılı ülkelerin, özelde de İngiltere'nin sağlık örgütlenmesi ilkeleriyle tıpatıp benzerliği ilginçtir. Sanki 1961 Anayasası ile Batı tipi demokrasiye yönelme eğilimleri benzeri, sağlık alanında da Batı'nın standartları benimsenmiştir. Belki de tek fark, Türkiye'nin o güne özgün koşulları gereği tarımsal ekonominin hedeflenmiş olmasıdır.

Burada, daha önceden sağlık hizmetinin belirleyici bileşenleri olarak saydıklarımızın 1961 Türkiye'si için ne derecede realize olmuş olduklarını saptayabilmek güçtür. 1960 öncesinde hareketlenen toplumsal mücadelenin, sağlık mevzuatının 224 şeklinde görüntülenişinde etkili olduğu belirtilebilir. Öte yandan, Türkiye'nin üretim yapısı ve gerekli emek üretkenliğinin böylesi bir yapıyı gerektirip gerektirmediği, sermayenin değişik çevreleri arasındaki çıkar çelişkilerinin yönünün ne olduğu gibi konularda konuşabilmek, kanımızca daha ayrı veri ve çalışmaları gerektirmektedir. Benzer şekilde, (224'ün ağırlıklı olarak tarımı hedeflediği gerçeğini akılda tutarak, kentte ve batıda hemen hiç gündeme gelmemiş olmasında etkili bir başka bileşen olarak) kentte zaten örgütlenmiş durumda bulunan küçük ve orta ölçekli özel sağlık işletmelerinin sosyalleştirmenin işlemezliğindeki etkisini araştırmak da ilginç olacaktır. Kanımızca bunların herbirisi incelenmeye değer sorulardır.

Ancak bütün bunlardan önce, soruna biraz daha kaba, ama aynı zamanda basit gibi görünen bir yönden de yaklaşmanın olası olduğu kanısındayız: 224 Sayılı Kanun'un öngördüğü tipten bir örgütlenmenin yaşama geçirilebilmesi önemli oranda parasal kay-

nak gerektirir. Bu kaynak personel istihdamında, hizmet için gerekli lojistik desteğin oluşturulmasında (bina, sürekli ve dayanıklı tüketim malzemeleri gibi) harcanacaktır.

Öte yandan, bu tip bir hizmetin (zaten çok geri kalmış) tarımsal ekonomiyi hedeflediği gerçeği de gözetilirse, en azından sağlık hizmeti talebi uyanana dek, kendisine pazar yaratamayacağı da açıktır. Kısaca özel kesimin böyle bir örgütlenmeye yatırım yapması da beklenmemelidir. Benzeri nedenlerle hizmetin sunulacağı popülasyondan sigorta primi toplamak da olanaksızdır. Bu durumda gerekli kaynağın devlet bütçesinden sağlanmasından başka bir yol kalmamaktadır. Nitekim DSÖ Türkiye gibi ülkeler için devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan payın en az % 10 olmasını önermektedir.

Tam bu noktada biraz geriye dönmemiz gerekiyor. Şöyle ki: Kapitalist dünya sistemi kendisine sürekli yeni pazarlar arar. Kâr oranını artıracak yeni uluslararası işbölümü biçimleri üretmeye yönelir. Hedef periferiden metropole artı-değer aktarımıdır. Sonuç olarak, sistem içinde kimi ülkeler bağımlı konumdadır. Kısaca en ufak bir bunalımın faturası öncelikle bu ülkelere çıkarılır. Sonuç, üretim düşüklüğü, pazardan az ve değersiz pay, dış borç, ödemeler dengesinde bozukluktur. İşte Türkiye bu konumdadır.

DSÖ'nün bütçelerinden en az % 10'luk bir payı sağlık için ayırmalarını önerdiği ülkeler de yine bu gruptaki ülkelerdir. Yani sorunun kendisi bu ülkelere bir çözüm olarak önerilmektedir. Ve ne gariptir ki bugün sağlık harcamaları toplam üretimlerinin ortalama % 10'unu oluşturan metropol ülkeler tam tersi bir uygulamaya yönelmektedirler.

Kapitalist sistemin bir bütün olarak genişlediği, soluklandığı dönemlerde bile periferi ülkelerin sağlık, eğitim gibi sosyal alanlara yatırım yapabilmeleri hemen hemen olanaksızdır. Nitekim Türkiye'de SB'nin genel bütçedeki payı (Cumhuriyet'in başından beri) ortalama % 3-3.5'ler düzeyinde seyretmektedir. İlginç bir veriyi daha aktarmakta yarar var; 1961'de çıkan 224 Sayılı Kanun'da sosyalleştirilmiş bölgelerde istihdam edilecek personelin sözleşmeli olarak alınması ve kendilerine en yüksek düzeyden maaş ödenmesi maddesi bulunmaktaydı. İlk uygulamalar da bu

şekilde başlamıştır. Ancak 1965 yılında Adalet Partisi Hükümeti zamanında bu madde yürürlükten kaldırılmıştır.

Öyle düşünmekteyiz ki; ***Türkiye'nin ekonomik-siyasal nesnelliği Batı standartlarında bir sağlık anlayışının yaşamasına olanaklı değildir. Bu durum Türkiye'nin dışa-bağımlı bir ülke olması sıfatındandır.*** İçinde bulunduğu jeopolitik koşullarda, % 40'lara ulaşan askeri harcamalarını bile yetersiz bulan bir ülkenin sağlık harcamalarını dikkati çeker şekilde artırabilmesi olanaklı mıdır?

Bu durumda, kanımızca, ***224 Sayılı Kanun metropol ülkelerde esen ve Sosyal Refah Devleti denen soluklanıcı meltemin Türkiye'ye vuran dalgalarından birisidir.*** Sonuçta (sağlık örgütlenmesini belirleyen diğer bileşenlerin Türkiye özelinde daha net incelenmesi gerektiği konusundaki düşüncemizi saklı tutarak diyoruz ki): Kanun'u hazırlayanların, kabul edenlerin öznel duyuş, düşünüşleri ne olursa olsun, Türkiye'nin egemen sınıfları, varolan üretim ilişkilerine denk düşmeyen bir aktarma yapmışlardır. Tarihlerinde, Tanzimat'tan bu yana pek çok kez gözlendiği gibi.

I.1.1.f. 224 Sayılı Kanun Sosyalist Bir Yönelim midir? Ve Bazı Tartışma Noktaları

224 Sayılı Kanun, şimdiye dek oldukça yaygın bir biçimde sosyalist bir sağlık örgütlenmesi modeli (en azından örneği) olarak görülmüştür. Bu değerlendirmelerin kabaca iki noktadan temellendiği belirtilebilir: Bunlardan ilki çok yüzeysel ve kaba bir yaklaşım olup, sosyalizasyon kelimesinin yaptığı çağrışıma dayanmaktadır. İkincisi ise Kanun'un temel noktaları olarak sunulan "eşit, parasız, devlet eliyle hizmet" gibi kavramların yarattığı yanılsamadır.

Öncelikle, Sosyalize Sağlık Hizmeti sosyalist bir yönelim, anlayış, kazanım değildir, olamaz. *Çünkü;*

1) Sosyalist bir sağlık örgütlenmesinin, toplumun işçi ve diğer emekçi sınıfları için, olabildiğince gelişkin düzeyde ve BURJUVA ANLAMDA TAM OLARAK EŞİT bir sağlık hizmetini örgütlemesi gerekir. Bunu kapitalizmin kendisi yapamaz. Marx'ın

dediği gibi burjuva anlamda eşitliği sağlamak sosyalizmin işidir (45). Kapitalizm ancak farklı eşitlik düzeylerini standartlaştırır. Toplumun farklı sınıfları için farklı eşitlikler kurar. Düzeyler kendi içlerinde eşit, ancak kendi aralarında eşitsizdirler.

Nitekim 224 Sayılı Kanun da genel bir eşitlik tanımı getirmemiş, farklı eşitlik düzeyleri belirlemiştir. Parası olanın parası kadar sağlık satın alabileceği maddeleşmiştir.

2) 224 Sayılı Kanun'un getirdiği model, 2. Dünya savaşı sonrası metropol ülkelerdekinin hemen hemen aynıdır. İçerik olarak özellikle İngiltere'dekine çok benzemektedir.

Belirtmiş olduğumuz gibi, 1945 sonrası Batı'da devlet Keynesçi-enflasyonist politikalarla ve periferiden aktarma artı-değerle asgari düzeydeki sağlık hizmetini üstlenmiştir. Böylece ücret olarak emek-gücünün değeri ve sanayi için gerekli toplam sermayenin tutarı düşürülmüştür. Dolayısıyla tekelci-sanayi sermayesinin soluklanmasına, kâr oranının yukarı çekilmesine yardımda bulunulmuştur.

Kısaca, bu tip bir sağlık örgütlenmesi sosyalizmin değil, tam tersine metropol kapitalizminin genişlediği dönemlere aittir. Genişleme sağlığa ayrılan payın artırılmasına olanak tanımaktadır.

Aynı modelin Türkiye'de uygulanamayışının nedeni sosyalist bir anlayış olduğu için değil, Türkiye metropolleşemediği içindir.

3) Sosyalist bir sağlık örgütlenmesi herşeyden önce sağlığı korumaya yönelik olmaldır. Daha sonra açacağız, ancak kısaca değinmek zorundayız: Koruyuculuk, üretim birimleri içinde ve tüm üretimi üretenlerden yana dönüştürmeye yönelik devrimci üretim ilişkileri çerçevesine oturtulacak bir sağlık örgütlenmesi ile başarılabilir. ***Böyle bir örgütlenmenin kapsamı, hedefleri bırakın Türkiye'dekini Batı burjuvazisinin bile hayal edemeyeceği kadar geniştir.*** Burjuvazinin üretimi, üretenlerin devrimci inisiyatifine bırakamayacağı da açıktır.

Öte yandan, yine belirtmiş olduğumuz gibi, 224 Sayılı Kanun koruyucu hizmetler bağlamında daha çok ana-çocuk sağlığını hedeflemiştir. Bu, Kanun'un bütünüyle ev ve tarımsal ekonomilere

yönelmiş olmasının doğal sonucudur. İşçiyi, fabrikayı hedeflemeyen bir anlayışı sosyalist bir yönelim olarak değerlendirmek en iyimser deyişiyle bilinç bulanıklığı olarak yorumlanabilir.

Bu Kanun'un uyardığı ve günümüze kadar gelen tartışma noktalarına gelince, bunları da iki başlıkta toparlayabiliriz;

1) Parasız sağlık hizmeti tartışması: 224 Sayılı Kanun'un parasız sağlık hizmetini örgütlediği ve bunun da yine sosyalist bir yönelim olduğu belirtilmektedir. İzlenebildiği kadarıyla, Türkiye'de sağlıkta finansmanın dolaylı vergilerden sağlandığı ve/veya hizmetten yararlanma anında hekimle hastanın arasına paranın girmediği duruma Parasız Sağlık Hizmeti denilmektedir. Dolayısıyla Sigorta Sistemi de parasız olarak değerlendirilebilmektedir. Kanımızca, paranın genel eşdeğer olarak kullanılmak zorunda olduğu koşullarda, sağlık hizmeti de paralı olmak durumdadır. Dolayısıyla gerek kapitalizm, gerekse sosyalizmde, kısaca "herkesten yeteneği ölçüsünde herkese gereksindiği kadar" ilkesi yaşama geçene dek para olacaktır. Sosyalist bir toplum da artı-ürününün bir kısmını sağlık için ayırmak zorundadır. Burada önemli olan nokta tüm yaşamın olduğu gibi sağlık fonlarının da üretenlerce (hizmeti kullanan ve onu üretenlerce) denetlenebilmesidir. 224 Sayılı Kanun'un böyle bir örgütlenmeyi hedeflemediği, hedefleyemeyeceği açıktır. Burada parasız denilen şey kapitalist üretim içinde oluşturulan, sınıf karakteri gizlenmiş finansman yapısından başka birşey değildir.

2) Devlet eliyle sağlık hizmeti tartışması: Varolan bir başka düşünce devlet eliyle sunulacak hizmetin sosyalist yönelimli olduğudur. Oysa, açıklamıştık; devlet-tekelci kapitalizmin de sağlık hedefleri vardır ve harcamaları o denli artabilir ki, aynı devlet tersine politikalar arayışına girebilir. Kanımızca önemli olan devletin niteliğidir. Öyle sanıyoruz ki, Türkiye'de sağlığa ayrılan devlet paylarının düşük oluşu, devletin özünü gözetmeyen, popülist bir "devlet eliyle sağlık hizmeti" talebini öne çıkartmaktadır.

I.2. İŞÇİ SAĞLIĞI ÖRGÜTLENMESİ

Sanayiyi ve işçi sınıfını hedefleyen sağlık örgütlenmesi başka

bir dizi mevzuatla düzenlenmiştir. Ancak, bunlardan konumuz açısından en önemlileri Sosyal Sigortalar Kanunu, İş Kanunu, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü, İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik, İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ve Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Teşkilatı Yönetmeliği'dir (46, 47, 48, 49, 50, 51). Bunların içinde İş Kanunu sağlıkla ilgili çok genel hükümleri içermekte olup, daha sonra çıkarılan tüzük ve yönetmeliklere zemin hazırlamıştır. Bu nedenle, ancak yeri geldiğinde değinilecektir. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü İş Kanunu'na dayanılarak çıkarılmıştır ve işyerlerinin sağlık açısından düzenlenmesine ilişkin son derece ayrıntılı standartlar içermektedir.

Sağlık örgütlenmesini oluşturmaları açısından asıl önemlileri diğer dördüdür. Burada bu mevzuatın çizdiği yapının ana hatları belirlenecektir.

1.2.1. Sosyal Sigortalar'ın Yapısı

SSK'nın yapısı 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu (4792 Sayılı) ve SSK Sağlık Teşkilatı Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Bunlardan da ilki örgütlenmenin finansal yapısını, diğer ikisi organizasyonunu şekillendirmektedir.

506 Sayılı Kanun'la, işçi sağlığı hizmetlerinde sigorta sistemi uygulamaya konmuştur. Türkiye'de bu uygulama ilk kez 1946 yılında İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları ile başlamış, bunu 1950 yılında kabul edilen İhtiyarlık ve 1951'de kabul edilen Hastalık Sigortaları izlemiştir. Daha sonra 1965 yılında SSK kurulmuş ve daha önce oluşturulmuş olan sigorta sistemleri birleştirilmiştir. 1975'ten itibaren de sigortalıların eş ve çocukları da sigorta kapsamına alınmışlardır. (52, s. 17)

1996 yılı sonu itibariyle SSK kapsamında, 4.624. 330'u aktif sigortalı olmak üzere toplam 25.713.796 kişi bulunmakta ve bu sayı Türkiye nüfusunun yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. (93, s. 27)

SSK Avrupa'daki sigorta sistemlerinden farklı olarak yalnızca bir finansör kuruluş olarak değil, aynı zamanda sağlık hizmeti üreten bir kuruluş niteliğine de sahiptir.

I.2.1.a. Finans Yönü

SSK'nın sunduğu hizmetin finansmanı işçi ve patrondan toplanan primlerden oluşturulan fondan sağlanmaktadır. Oluşturulan fonların kullanıldığı alanlar ve bu fonlara tarafların katılım oranları şu şekildedir;

1) İşkazası ve meslek hastalıkları sigortası primi: İşçinin ücretinin %1.5-7'si arasındaki bir oranda olmak üzere tamamı patron tarafından.

2) Hastalık sigortası primi: İşçi ücretinin %11'i olarak ve %5'i sigortalı, %6'sı patron tarafından.

3) Analık sigortası primi: İşçi ücretinin %1'i olarak ve tamamı patron tarafından.

4) Malüllük, yaşlılık, ölüm sigortaları primi: İşçi ücretinin %20'si olarak ve %9'u sigortalı, %11'i patron tarafından.

Sonuç olarak işçi ücretinin %33.5'i ile %39'u arasında bir değer sigorta fonuna yatırılmaktadır. Bunun da %14'ü (kesintinin %42'si) işçi tarafından ödenmektedir.

Türkiye'de ulusal sağlık örgütlenmesinin gelir durumları belirsiz ve aşağı düzeyde bulunan toplum kesimlerine yönelik olduğunu belirtmiştik. Buna karşın gelir düzeyleri sabit ve üretim sürecinde çalıştıkları belgelenebilen toplum kesimleri (işçi sınıfı) içinse sigorta sistemi uygulaması getirilmiştir. Böylece hizmetin finansmanının, hizmetten yararlananların sırtına yüklenmesi hedeflenmiştir.

I.2.1.b. Sosyal Sigortalar'ın Ekonomi Politiğine İlişkin Bir Kaç Nokta

SSK'nın 1996 yılı toplam geliri 492 trilyon 94 milyar liradır. Bunun içinde 267 trilyon 870 milyar liralık kısmı (%54.4) prim gelirlerinden oluşmaktadır.

Prim gelirlerinin hemen tamamı ise işçi ve patron primlerinin toplamı olarak yine patronca kuruma yatırılan ödentilerdir.

Buna karşın kurumun çeşitli yerlerde 235 trilyon 67 milyar liralık alacağı bulunmaktadır. Alacaklardaki artış bir önceki yıla göre (1995) %28.2'lik bir oran oluşturmaktadır.

Alacakların içinde 26 trilyon 386 milyar liralık kısmı patrondan yapılacak alacaklardır. Patrondan yapılacak alacaklardaki bir önceki yıla göre artış oranı ise %95.5'dir. Görüldüğü gibi SSK alacaklarındaki genel artış oranı %28.2 olarak gerçekleşmişken, patrondan gerçekleştirilecek alacaklardaki artış %95.5 olmuştur. Ek olarak, primden şüpheli alacakların 1996 yılı toplamı da 17 trilyon 751 milyar lira tutmaktadır ve bu miktar 1995 yılına göre 7 trilyon 404 milyar liralık bir artışa karşılık gelmektedir. Şüpheli alacaklar kısmındaki prim borçları toplamının, toplam patrondan gerçekleştirilecek alacaklara eklenmesi durumunda, toplam patron borçlarının 44 trilyon 137 milyar lirayı bulduğu (26 trilyon 386 milyar + 17 trilyon 751 milyar) görülmektedir. Yine SSK verilerine göre bu toplamın 25 trilyon 660 milyar lirası özel sektöre aittir (93 ve 94). Daha doğru bir ifade ile Türkiye burjuvazisinin sigorta sistemi aracılığıyla Türkiye işçi sınıfı hesabına yatırılmamış yaklaşık 26 trilyon liralık borcu bulunmaktadır.

Ödenmeyen prim borçları için gecikme zammı uygulanmakla birlikte, bu uygulamanın caydırıcı olamadığı, aksine şüpheli alacaklar hanesini kabarttığı görülmektedir.

Öte yandan, bilindiği gibi işçinin prim kesintisi peşin olarak yapılmakta ve patronun bu kesintiyi, kendisininkiyle birlikte kuruma yatırması gerekmektedir. Prim toplamı içinde işçi payının %42 olduğu gözetilirse, 44 trilyon liralık SSK prim alacağının 18.5 trilyon lirası işçiden kesilmiş ve doğrudan burjuvazi tarafından el konulmuş kaynak durumundadır.

SSK istatistikleri başka gerçekleri de sergilemektedir. Şöyle ki: 1996 yılı için kurumun sağlık tesislerinin bir yıllık giderleri toplamı 66 trilyon 30 milyar liradır ve bunun 32.5 trilyonu tedavi gideridir. Yani SSK tüm patron prim alacaklarını tahsil etmiş olması durumunda, 1996 yılında vermiş olduğu sağlık hizmeti kadar daha sağlık hizmeti üretebilecekti.

SSK aracılığıyla burjuvaziye kaynak aktarmanın yolu bu kadarla da bitmiyor. Süreci tamamlayan bir başka boyut daha var: SSK'nın 1996 yılı için bankalarda yaklaşık 50 trilyon liralık hesabı bulunmaktadır ve bunun 47 trilyonu vadesiz hesaptadır. Oysa vadeli ve vadesiz hesap oranının 1990 yılında birbirine hemen

hemen eşit düzeyde oldukları görülmektedir. Kısaca SSK'nın banka mevduatlarında vadeliden vadesiz hesaba doğru bir kaymanın olduğu gözlenmektedir. Bu kaymanın faiz gelirlerinden fedakarlık anlamına geldiği açıktır. Nitekim kurumun 1996 yılı faiz gelir toplamı 9 trilyon liradır. Bu durumda SSK'nın, neredeyse bütün sağlık kurumları giderlerine eşit miktardaki bir parayı, ortalama %18 gibi bir faiz oranıyla Türkiye ticari burjuvazisine emanet ettiği anlaşılmaktadır. Bu şekilde hesaplanan faiz oranının 1990 yılı için %25 seviyesinde olduğu dikkate alındığında, SSK'nın mali kaynaklarına ilişkin gelişmelerin seyri daha net olarak görülebilecektir. Yıllık enflasyon oranının resmi ağızlardan bile %100'ler civarında açıklandığı, bankaların sanayi burjuvasine ve tüketicilere verdikleri kredilere uyguladıkları faiz oranının yine %100'lerin altına düşmediği göz önüne alınınca, SSK'nın kimlere, ne boyutlarda sermaye aktarımında bulunduğu anlaşılabilmektedir.

1.2.1.c. Organizasyon Yönü

İşçi sınıfının hizmetin finansmanına daha doğrudan ve açık biçimde katılımı nedeniyle, organizasyon içinde daha denetleyici bir konumda olması beklenebilir. İşte bu açıdan SSK'nın standardize ettiği hizmet modeli biraz daha ayrıntılı olarak açılacaktır. (Daha ayrıntılı bilgi için SSK Sağlık Teşkilatı Yönetmeliği'ne bakılması uygun olacaktır):

A- SSK SAĞLIK TEŞKİLATI:

1- Genel Müdürlük Sağlık Başkanlığı,

2- SSK Sağlık Koordinasyon Kurulu: Sağlık teşkilatının en yüksek danışma ve görüşme organıdır. Bileşimi aşağıdaki gibidir:

a) Genel Müdürlük,

b) Sağlıkla İlgili Genel Müdür Yardımcısı,

c) Sağlık Daire Başkanlığı,

d) Sağlık Dairesi Şube Müdürleri,

e) Eğitim Hastaneleri Başhekimleri,

f) Sağlık İşleri Müdürleri,

g) Hizmet Hastaneleri Başhekimleri (2 kişi),

h) Dispanserler Başhekimleri (2 kişi).

3- Sağlık İşleri Müdürlükleri,

4- Yataklı Sağlık Kuruluşları,

5- Yataksız Sağlık Kuruluşları,

6- Sağlık İşleri ile İlgili Diğer Kuruluşlar (Sözleşmeli özel hekimler vb.).

(7- Mevzuatta belirtilmemiş olmakla birlikte SSK'nın tedavi edici yetkisini devretmiş olduğu İşyeri Hekimleri de bu çerçevede düşünülebilir.)

B- SSK'NIN ORGANLARI:

Sağlıkla ilgili yukarıda tanımlanan organizasyonu yöneten oluşum şu şekilde özetlenebilir:

1- Genel Müdürlük Kuruluşu:

a) Genel Müdür (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı'nın teklifi ile tayin edilmektedir),

b) Genel Müdür Yardımcıları (2 kişi),

c) Merkez Kuruluşu,

d) Şubeler,

e) Acentalıklar,

f) Sağlık Müesseseleri.

2- Yönetim Kurulu: Kurumun en yüksek yönetim ve karar sorumluluğunu taşır. 5 kişiden oluşur:

a) Başkan: Genel Müdür,

b) Üyeler:

- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan 1 kişi,
- Maliye Bakanlığı'ndan 1 kişi,
- İşçi Temsilcisi (Genel Kurul'dan seçilir),
- Patron Temsilcisi (Genel Kurul'dan seçilir).

3- Genel Kurul:

a) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı veya temsilcisi,

b) Maliye ve Gümrük Bakanlığı temsilcisi,

c) Sağlık Bakanlığı temsilcisi,

d) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı temsilcisi,

e) Sanayi ve Ticaret Bakanlığı temsilcisi,

f) Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı temsilcisi,

g) DPT temsilcisi,

h) Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu temsilcisi,

i) YÖK'ün görevlendireceği (sosyal güvenlik, sosyal politika, ekonomi, iş hukuku, tıp dallarında uzman) öğretim üyeleri: 5 kişi,

j) İşçi temsilcileri: En fazla işçiyi temsil eden işçi konfederasyonunca seçilen en az 50 kişi,

k) Patron temsilcileri: En fazla işvereni temsil eden işveren konfederasyonunca seçilen en az 50 kişi,

l) Kurum'dan yaşlılık, malüllük, işgöremezlik, ölüm geliri almakta olanlardan en fazla üyeyi temsil ettiği bakanlıkça belirlenen kuruluş tarafından seçilen 10 kişi. (Mevzuattaki terminoloji korunmuştur.)

Yukarıda belirlenen yapı için şu saptamayı yapmanın zorunluluğu vardır: Sağlıkla ilgili organizasyon tamamen profesyonel bürokrat ve sağlıkçı kadrolarla yönlendirilmektedir. Hizmetten yararlananların katılımına açık olan yapı SSK Genel Kurulu gibi görünmektedir. Ancak bu kurumun da tanımlanmış bir yetkisi yoktur ve 3 yılda bir toplanabilmektedir. Kısaca yapı denetim dışıdır denilebilir.

Kanımızca, ***böylesi bir yapı içinde işçi sağlığından yana bir işlevselliği yaşama geçirebilmek olanaksız denecek kadar güçtür.***

Organizasyon açısından belirtilmesi gereken bir diğer önemli nokta SSK'nın yalnızca tedavi edici sağlık hizmetlerini hedeflemiş olmasıdır. Bu hizmeti vermekte olan yataklı ve yataksız kurumlar arasındaki ilişki bir sevk zinciri ile sağlanmaktadır. Koru-

yucu hekimlik hizmetleri işyeri hekimlerine bırakılmış olup, kurumun finans desteğinin de dışındadır.

Kanımızca bu olgu sistemin mantığı ile tamamen çakışmaktadır: İşçi sınıfından toplanan primlerden oluşturulan fon, değişik sermaye çevrelerine aktarılacak, bu arada da sağlığa ancak hastalandıktan sonra "müdahale" edilecektir. Bu mantığın sonucu tedavi edici sağlık hizmetleri giderlerinin 1989 ile 1990 yılları arasında % 98 oranında artmış olmasıdır. (52, s.49). Bu konudaki bir başka ilginç veri de şudur: 1989-90 arasında SSK yataklı tedavi kurumlarında yatan hastaların toplam yatış günlerindeki artış oranı % 3 iken, kullanılan ilaç miktarındaki artış % 10'dur (52, s.48-49). Benzer şekilde, 1990'da yatarak tedavi gören hasta sayısı 1986'dakinin 1.2, muayene edilen hasta sayısı da 1.4 katına çıkarken, aynı dönem için laboratuvar tetkik sayısı 1.7 katına ulaşmıştır (53, s.139 ve 143). İlaç ve tıbbi malzeme tüketimlerinde sunulan hizmetin hacmindeki genişlemenin üstünde bir artış söz konusudur.

SSK tedavi edici sağlık hizmetlerini sigorta sistemi çerçevesinde yaygınlaştırmıştır. Önemli miktarda kaynağa sahiptir. Bu kaynakların işçi sınıfınca denetimi hemen hemen söz konusu değildir. Bunun sonucu özellikle ilaç ve tıbbi malzeme tüketimindeki orantısız artıştır. SSK'nın SB'den farkı, burjuvazinin çeşitli kesimlerine yaptığı doğrudan sermaye aktarımıdır.

I.2.2. İşyeri Düzeyindeki Sağlık Örgütlenmesi

Yukarıda açıklandığı gibi SSK sağlık hizmetlerini yerleşim yeri düzeyinde örgütlemiştir. Bu anlamda 224 Sayılı Kanun'un çizdiği yapıya benzer bir yapı oluşturmuştur. İşyeri düzeyinde getirdiği herhangi bir düzenleme yoktur.

İşte bu boşluk İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik (1980) ile doldurulmaya çalışılmıştır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün 81. maddesinde sözü edilen ve sürekli olarak en az 50 işçi çalıştıran işyerlerinde, SSK'nın sağladığı tedavi edici hizmetlerin dışında kalan hizmetleri vermek üzere işyeri hekimi çalıştırılması zorunlu kılın-

mıştır. 50'den az işçi çalıştıran işyerleri ise biraraya gelerek "İşyerleri Ortak Sağlık Birimi" oluşturabileceklerdir.

SSK ile anlaşma durumunda işyeri hekimi, o işyerinde SSK'nın yürütmek zorunda olduğu tedavi edici hizmetleri de yürütebilecektir.

Yukarıda anılan nitelikteki işyerlerinde hekimin idaresinde İşyeri Sağlık Birimi oluşturulacaktır. İşyeri sağlık biriminin nitelikleri, çalıştırılacak personelin nitelik ve sayıları yönetmelikte ayrıntılarıyla belirlenmiştir. 1000'den çok işçi çalıştıran işyerlerinde sürekli olarak hekim çalıştırılması zorunluluğu getirilmiştir. Bunun dışında ise, hekim, işçi başına ayda 15 dakika hesabıyla işyerinde bulunacaktır.

Pratikte bu yönetmeliğin işleyişi öngörülenin tam tersi yöndedir. Şöyle ki: Koruyucu hekimlik hizmetlerinden sorumlu olması beklenen işyeri hekimi her zaman tedavi edici hizmetleri yürütmektedir. Böylece 1000'in altında işçi çalıştıran işyerlerinde, hekim, işyerine geldiği zaman içinde yalnızca hastaları muayene etmekte, üretim süreciyle tamamen ilgisiz kalmaktadır. Kısaca, işyeri düzeyindeki bu örgütlenmenin asıl amacının tamamen dışında işlediği belirtilebilir.

1.3. ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Belirttiğimiz gibi 224 sayılı kanun daha çok tarım ve ev ekonomilerine yönelirken, SSK sanayiyi hedeflemiştir. Bu durumda kentlerde sanayi yapıları dışında kalan alanda önemli bir boşluk doğmaktadır. İşte 224 sayılı kanunun oluşturduğu bu boşluk özel sağlık sektörünce doldurulmaya çalışılmaktadır.

Özel sektör tek başına çalışan muayenehane hekimlerinden, birden fazla sayıda ve çeşitli uzmanlık dallarından hekimler çalıştıran polikliniklerden (yataksız özel tedavi kurumları) ve özel hastanelerden oluşmaktadır. Özellikle kasaba ve küçük kentlerde hemen yalnızca ilk kategorideki kurumlar varken, metropollere doğru büyük ölçekli özel hastanelerin oranı artmaktadır.

Özel sektörün insan gücünü, önemli oranda, aynı zamanda kamu sektöründe çalışan (SB, SSK gibi) personel oluşturmaktadır.

Bu durum özellikle hekimler için geçerlidir. Çünkü yarı süreli olarak kamu sektöründe, günün kalan kısmında ise özel sektördeki kendi muayenehanesinde ya da özel bir hastanede çalışan hekim açısından bu durum, ekonomik bir güvence yaratmakta, çoğu kez kamu kurumunun olanakları özel sektördeki hizmet üretimi için kullanılabilmektedir. Öte yandan tam zamanlı olarak özel sektörde muayenehane hekimliği yapmanın olanakları da ekonomik açıdan giderek zorlaşmaktadır. Tek başına çalışan muayenehane hekimlerinin özel poliklinik ve hastaneler karşısındaki rekabet şansının azalması, hekimler arasında yarı süreli çalışmayı daha çekici hale getirmekte, bu eğilim ise kamu kurumlarının bizzat yarı süreli çalışan hekimlerce suistimalini koşullayabilmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1988 yılında yalnızca özel olarak çalışan hekimlerin toplam içindeki oranı %25.7 iken, bu oran 1994 yılında %13.9'a inmiştir. Aynı oran ebeler için %6.1'den %3.4'e düşmüştür. (73,s. 30; 79, s. 18)

Sağlık personelinde tam süre özel çalışanların oranındaki bu azalmaya karşın Türkiye sağlık sektöründe ciddi bir özelleşme eğilimi yaşanmaktadır. Genel olarak sağlık hizmetlerinin özelde ise hastanelerin özelleştirilmesi, son yıllarda değişik gerekçelerle bütün Dünya'da üzerinde en çok tartışma yürütülen konular arasındadır. Sonuç olarak Dünya'daki hükümetlerin önemli bir kısmı aktif ya da pasif özelleştirme yöntemleriyle sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde önemli yol almıştır. (80, s. 7-14)

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde 1980'lerin sonundan itibaren Dünya Bankası'nın öncülük yaptığı izlenmektedir. Esasen hastanecilik hizmetlerinin çok pahalı olduğu, gelişmekte olan ülkelerde bu maliyet yükünün yönetsel kapasitedeki eksikliğe bağlı olarak daha da ağırlaştığı ve sonuç olarak hastanelerin, hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynağın %70'lere varan kısmını yuttuğu öteden beri bilinen bir gerçektir. (81, s. 2-3) İşte Dünya Bankası bu gerçeği kullanarak gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektörü sorunlarının çözümünü sağlayacak öneriler içinde en ön sıraya hastanelerin özelleştirilmesini yerleştirmiştir. (82) Bankaya göre, ancak hastanelerin özelleştirilmesi ile hükümetlerin elindeki son derece kıt kaynakların, olması gerektiği gi-

bi, temel sağlık hizmetlerine, birinci basamağa, koruyucu hizmetlere yönlendirilmesi olanaklı olabilecektir. Bankanın bu önerisinin arkasında kamunun hizmet üretiminde zaten verimsiz bir yapıya sahip olduğu yönündeki tez de etkin olmuştur.

Özelleştirme politikasının arkasında, özelleştirmeyi savunan kuruluşların bütün teknik tezlerinin dışında ideolojik ve siyasal amaçların bulunduğunu belirlemek gerekir. Özellikle sağlık ve eğitim hizmetlerinin özelleştirilmesi ile kapitalist devlet formlarından birisi olan sosyal devlet çatısı altında güvenceye alınmış işçi ve emekçi sınıfların temel haklarının gaspı yoluna gidildiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla özelleştirme politikası ile son derece net biçimde yaşanan olay, sosyal devlet formu altında İkinci Dünya Savaşının hemen sonrasında ortaya çıkan sınıflar arası "denge" konjonktürünün, egemen sınıf tarafından ve bu kez tam anlamıyla kendi sınıf çıkarlarını temsil eder nitelikte yeniden tesis edilmesi çabasıdır. Bu anlamda özelleştirme süreci sınıf mücadelesinin tam ortasında yer alan bir konum oluşturmaktadır.

Bugün özelleştirmenin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü'nce saptanıyor olsa ve özelleştirmeci hükümetler liberal politikalara teslimiyet ile suçlansalar da, özelleştirme politikasının halen önemli oranda etkinlik ve popülaritesini koruduğu görülmektedir. (83)

Türkiye'de 1990'ların başında Dünya Bankası ile imzalanan bir proje (1990) sonrasında başlatılan sağlık sisteminin reform çalışmaları içinde de hastanelerin özelleştirme bağlamında önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı geçtiğimiz son 7-8 yıl içinde hastanelerin piyasa kurallarına göre çalışan işletmeler haline getirilmeleri, özelleştirilmeleri ve özel hastanecilik sisteminin desteklenmesi gerektiğini vurgulamıştır (84, s. 49-52 ve 85, s. 2/4-2/5).

Hükümet düzeyindeki bu tercihlerin 1990 sonrasındaki dönemde sağlık sektörünün yapılanmasında belirleyici olduğu görülmektedir. Konu kabaca ele alındığında ortaya çıkan görüntü şudur: Özel hastanelerin toplam hastane içindeki oranı 1991 yılında %12.5 iken, bu oran 1995 yılında %14.0'a yükselmiştir. Oran yatak sayısı bakımından %3.3'den %4.4'e; muayene edilen hasta

sayısı bakımından %0.6'dan %1.2'ye; yatan hasta bakımından %2.6'dan %3.9'a; ameliyat sayısı bakımından da %3.5'dan %5.3'e yükselmiştir (73, s. 47-48). Özel sektörün, piyasa koşullarının daha olgun olduğu ve kamu sağlık sektörünün daha fazla oranda yetersizlik gösterdiği büyük kentlerde daha da yaygın olduğu izlenmektedir. Öyle ki İstanbul'da 1995 yılı itibariyle özel hastane sayısı (74), bütün kamu hastanelerinin toplam sayısından (52) daha çoktur (86). Doğu ve G.Doğu Anadolu illerinin önemli bir kısmında ve Türkiye illerinin yarıdan fazlasında hiç özel hastane yokken İstanbul, Adana, Ankara, Bursa, İçel, İzmir ve Hatay'daki özel hastaneler toplamın %66'sını oluşturmaktadır. Tüm özel hastanelerin %43'ü ise yalnızca İstanbul'da bulunmaktadır (87, s. 36). Türkiye'de pek çok ilde kamu sektörü birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı, özel sektörünkinden çok daha azdır.

Özel sektördeki bu genişleme eğilimine karşın özel hastanecilik sektörünün hiç de, başlangıçta belirlenen hizmet kalitesindeki artış yönündeki beklentilerle uyumlu bir performans sergilemediği anlaşılmaktadır. Konunun bu yönü iki boyutta ele alınabilir: Öncelikle Özerkleştirme olarak tanımlanan/bilinen uygulama Ankara Yüksek İhtisas hastanesinde yaşanan ve 1997 yılında kamuoyuna da yansıyan şekliyle kaynakların son derece verimsiz bir biçimde heba edildiği bir örneği oluşturmuştur (88). Aynı tür olumsuzlukların İngiltere'de 1991 sonrasında uygulanmakta olan hastanelerin işletmeleştirilmesi modelinde de ortaya çıktığı bilinmekte ve bu olumsuzluk İngiliz Ulusal Sağlık Sisteminin Amerikanizasyonu'nun bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (Ayrıntısı için bkz. 89).

İkinci olarak ise özel hastanelerin performansına ilişkin verileri değerlendirmek gerekir. Türkiye'de özel hastanelerin bu bakımdan da pek olumlu bir tablo sergilemedikleri görülmektedir. Nitekim Ersoy ve Kavuncubaşı 1992 yılı hastane istatistiklerini kullanarak yaptıkları araştırmada, beş önemli performans kriteri (kapasite kullanım oranı, ortalama yatış süresi, kaba ölüm hızı, bir hekime düşen yatan hasta sayısı, bir hekime düşen poliklinik sayısı) bakımından en kötü durumda olan grubun özel hastaneler olduğunu saptamışlardır (90). Benzer sonuçlar, Antalya ili için 1991-95

dönemine ilişkin benzer bir değerlendirme ile de(ve ek olarak aynı yatak kapasitesindeki özel ve kamu hastaneleri özelinde) elde edilmiştir (91). Sonuç olarak özelleştirme, sağlık sektöründe ortaya çıkardığı tablo hiç de istenen bir sonuç olmamakla birlikte, arkasındaki ideolojik, siyasal destekle hızla yaygınlaşan bir tercih olmaya devam etmektedir. (Özelleştirme konusunda ayrıntılı veri ve çözümlemeler için bkz. 92)

II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN DURUMU

Bu başlık altında, Türkiye ölçeğinde sağlık hizmetleri finansmanındaki ana eğilimler belirlenmeye çalışılacaktır.

Türkiye'yi bağımlı bir ülke olarak tanımlamış ve bu bağlamda metropol ülkelerde izlenen ve ekonominin genel genişlemesine bağlı olarak ortaya çıkan kamu sağlık harcamalarındaki artış olgusunun Türkiye'de gerçekleşemeyeceğini belirtmiştik. Öte yandan 1980'li yıllardan itibaren metropol ülkelerin de kamu sektörünü daraltıcı kimi politikalara yönelmek zorunda kaldıklarını saptamıştık. Bu durumda 1980 sonrası tüm kapitalist sisteme yansıyan krizin sonucu olarak, kamusal yatırımlar açısından zaten sıkışık olan Türkiye sağlık sektöründe de benzer eğilimlerin belirmesi beklenebilir. Nitekim veriler bu beklentiyi doğrular niteliktedir:

a)Türkiye'de sağlık harcamalarına ilişkin göstergeler metropol kapitalist ülkelerin gerisindedir. (Bkz. T. 11, 12, 13)

Tablo 11: Türkiye'de kişi başı toplam sağlık harcamalarının yıllara göre durumu (75, s. 36; 78, s. 57).

Yıl	TL	Dolar	Sabit fiyatla TL	Yıllık artış indeksi	Kümülatif artış indeksi
1980	4217	60.2	4217	100	100
1985	20471	45.4	4441	101	105
1990	247667	105.5	6302	110	149
1991	407973	134.1	6257	99	148
1992	739707	134.8	6676	107	158
1993	1428788	162.1	7765	116	184
1994	2641310	153.5	6365	82	151
1995	4747453	103.9	6355	99	150

Tablo 12: Türkiye'de Sağlık Bakanlığı harcamalarının yıllara göre durumu. (75, s. 36)

Yıl	TL	Dolar	Sabit fiyatla TL	Yıllık artış indeksi	Kümülatif artış indeksi
1980	716	10.2	716	100	100
1985	2722	6.0	591	92	83
1990	46851	20.0	1192	178	167
1991	77371	25.4	1187	100	166
1992	167514	30.5	1512	127	211
1993	305674	34.7	1661	110	232
1994	505800	29.4	1219	73	170
1995	709746	17.6	950	78	133

Tablo 13: Çeşitli ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı. (%) (72, s.131; 76, s. 165, 196)

	1980	1985	1990
Avusturya	7.9	7.6	8.4
Belçika	6.7	7.4	7.4
Kanada	7.4	8.5	9.0
Danimarka	6.8	6.3	6.2
Finlandiya	6.5	7.2	7.4
Fransa	7.7	8.5	8.9
Almanya	8.4	8.7	8.1
Yunanistan	4.3	4.9	5.3
İtalya	6.9	7.0	7.7
İngiltere	5.6	5.8	6.1
ABD	9.3	10.7	12.4
TÜRKİYE	4.0	2.8	4.0

b)Türkiye'de devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay ortalama %3 civarındadır: 1966-70 dönemi için %3.7; 1971-75 dönemi için %4.3; 1976-80 dönemi için %3.6; 1981-85 dönemi için %3.0; 1986-90 dönemi için %3.0; 1991-95 dönemi için %3.9 ve 1996 yılı için %2.6 (73, s. 22). Ve bu oran da pek çok ülkenin değerinden daha azdır. (Bkz. T.14)

Tablo 14: Çeşitli ülkelerde Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı (%). (1990-95 için) (71, s. 90-91)

	Sağlık Bakanlığının bütçe payı (%)
Almanya	17
İsviçre	13
İngiltere	14
Norveç	10
İtalya	11
Fransa	16
Küba	23
Yunanistan	7
Nepal	5
TÜRKİYE	3

c)Türkiye'de özel sağlık harcamalarının payı oldukça yüksektir. Oran kimi zaman %50'ye ulaşabilmektedir. Ekonominin bunalıma girdiği dönemlerde bu eğilimin daha belirgin biçimde ortaya çıktığı ve kamunun sağlık sektöründeki payının aynı dönemlerde azaldığı izlenmektedir. (Bkz. 15, 16)

Tablo 15: Sağlık harcamalarının GSMH ile olan ilişkileri. (%) (73, s. 21; 75, s. 37)

Yıl	SB/ GSMH	KAMU/ GSMH	ÖZEL/ GSMH	TOPLAM/ GSMH
1980	0.59	1.80	1.73	3.53
1985	0.38	1.28	1.64	2.92
1990	0.66	2.16	1.34	3.50
1992	0.91	2.67	1.24	3.91
1994	0.76	2.58	1.41	3.99
1995	0.64			
1996	0.73			

Tablo 16: Sağlık harcamalarının birbirleri ile olan ilişkileri. (%) (75, s. 37)

Yıl	SB	Diğer kamu	Toplam kamu	Özel	Toplam
1980	17.0	34.3	51.3	48.7	100.0
1985	13.3	31.3	44.6	55.4	100.0
1990	18.9	43.0	61.9	38.1	100.0
1992	22.6	43.6	66.2	33.8	100.0
1994	19.2	45.5	64.7	35.3	100.0

Tablo 16'da 1990 yılından sonra toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payında (eskisine göre) bir artış olduğu izlenimi alınmaktadır. Ancak kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı'nın verileridir ve Bakanlık kamu sağlık kurumlarının döner sermaye aracılığıyla elde ettiği gelirlerden yaptığı harcamaları da kamu sağlık harcaması olarak hesaplamaktadır. Oysa, döner sermaye gelirleri vergi dışı yollardan, hizmeti kullanım anında yapılan doğrudan ve özel nitelikli harcamaları tanımlamaktadır. Cepten yapılan doğrudan sağlık harcamalarını tanımlayan döner sermaye gelirleri, son yıllarda, giderek daha fazla oranda kamu sağlık kurumlarının gelir ve harcama kalemlerini oluşturmaktadır. (Bu gerçek 78 nolu kaynağın verilerinin incelenmesiyle saptanabilir.) Bir başka deyişle, kamu kurumları giderek daha fazla oranda vergi (bütçe geliri) ve sigorta primi dışındaki gelir kaynaklarına yani, cepten harcamalara bağımlı duruma gelmektedir. Dolayısıyla yukarıdaki tabloda kamu sağlık harcaması oranlarındaki artış, hizmetin giderek daha fazla oranda genel vergi ya da sigorta primleriyle finanse edildiği anlamına değil, cepten (ancak bir kamu hizmetinden yararlanım anında yapılan özel) harcamalarla finanse edildiği anlamına gelmektedir. Bu eğilim kamu kurumlarının içine özel finansman yollarının giderek daha fazla oranda dahil edildiği gerçeğine de işaret etmektedir.

d)1994 yılı itibariyle (cari fiyatlar), toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %45'i genel bütçeden, %35'i hizmeti kullanım anında yapılan doğrudan ödemelerden, kalan %20'si ise SSK, emekli sandığı ve bağ kur sigorta primlerinden karşılanmaktadır. Hizmet sunumu olarak bakıldığında, bu üç ana kaynaktan gelen paranın yarısının kamuda, kalan yarısının ise özel sektörde üretilen sağlık hizmetinin satın alınmasında kullanıldığı anlaşılmaktadır. Bir başka deyişle Türkiye'de sağlık sektörü finansman olarak %35; üretim olarak ise %50 oranında özel sektörün elinde bulunmaktadır (77, s. 24).

e)Bu gelişmelere koşut olarak Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu hizmetlerin fiyatlarında da anormal derecede artışlar olmaktadır. 1981-91 yılları arasında enflasyona bağlı fiyat artışları 40 kat civarında gerçekleşmişken, sağlık hizmetlerinin fiyatında 100-150 katlık artışlar olmuştur (57, s. 6).

f)Sağlık Bakanlığı bütçesinin önemli kısmı hastanecilik hizmetlerinde ve tamamen tedavi amaçlı olarak harcanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki oranı yalnızca %8 civarındadır ve kişi başı toplam değeri 13 Dolardır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar ise toplam sağlık harcaması içinde binde 6'lık bir pay tutmaktadır. (75, s. 38) (Bkz. T. 17)

Tablo 17: Sağlık Bakanlığı harcamalarının dağılımı. (1995) (78, s. 17)

	Milyar TL	%
Koruyucu hekimlik	461	3.3
Ayaktan tedavi edici hizm.	15273	20.6
Hastane hizmetleri	44954	60.5
Eğitim, yönetim	11571	15.6
TOPLAM	31428	100.0

III. SAĞLIK İNSANGÜCÜ VE DİĞER KAYNAKLAR

Para dışındaki kaynaklar açısından da Türkiye'nin durumunda olumsuzluklar vardır. Bunlar kabaca iki başlık altında toplanabilir:

a)Batı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında sağlık insangücü ve hastane hizmetlerindeki kaynakların daha geri düzeyde olduğu görülmektedir. (Bkz. T. 18 ve 19)

Tablo 18: Bazı ülkelerde 10 bin kişiye düşen hasta yatağı sayıları. (72, s. 130)

Hasta yatağı sayısı (10 bin kişi için) (1985-1990 için)			
ABD	53	Malezya	24
Almanya	87	Meksika	13
Arjantin	48	Özbekistan	124
Avusturya	108	Rusya	138
Belçika	83	Türkmenistan	113
Brezilya	35	Yunanistan	51
Danimarka	57	Romanya	89
Fransa	93	Dünya Ortalaması	36
İngiltere	63	TÜRKİYE (1995)	24

Tablo 19: Bazı ülkelerde sağlık personeli niceliklerinin karşılaştırılması. (1990) (31,s. 21; 73, s. 152, 153, 191)

	Hekim başına nüfus	Hemşire başına nüfus	Hekim başına hemşire
Rusya	210	97	2.2
Küba	270	160	1.7
Arjantin	330	1650	0.2
İsveç	370	115	3.2
Almanya	370	300	1.2
ABD	420	162	2.6
Brezilya	670	6700	0.1
Çin	730	1460	0.5
Pakistan	2940	1720	1.7
AT (1985)	385	238	1.6
TÜRKİYE	1260	970	1.3

b)Türkiye'de kaynak dağılımı bakımından bölgeler arasında derin farklılıklar bulunmaktadır. (Bkz. T. 20, 21)

Tablo 20: Bazı iller için 10 bin nüfusa düşen hastane yatak sayıları. (58, s. 7; 73, s. 47-48)

	10 bin kişiye düşen ortalama yatak sayısı	
	1985	1995
Adana	16.3	20.4
Ankara	36.1	40.7
Antalya	15.3	14.8
Bursa	18.8	20.6
İstanbul	43.7	35.1
İzmir	31.9	27.7
Adıyaman	7.2	9.9
Ağrı	3.6	5.3
Gümüşhane	7.9	14.4
Mardin	4.1	7.7

Tablo 21: Çeşitli illerde personel başına düşen nüfus. (58, s. 13-14; 73; s. 31-32)

	Uzman hekim 1987-1994	Pratisyen hekim 1987-1994	Eczacı 1987-1994	Diş hekimi 1987-1994
Diyarbakır	4921-5371	3358-4131	7363-5006	9745- 28443
Muş	23540-18596	8212-3557	23540-14106	44138-31469
Erzurum	11456-3026	2182-1904	12324-8089	13258-7707
Tokat	10916-6847	10916-2764	7939-7694	19416-17769
Adana	3394-3138	3880-2054	4766-3837	7895-6652
Ankara	1096-708	1022-634	2259-1723	1259-2228
İzmir	1069-1090	1404-918	1883-1756	3328-3616
İstanbul	818-1104	1563-1173	1988-2184	2411-2427
TÜRKİYE	2468-2236	3024-1611	3866-3356	6153-5381

IV. TIP EĞİTİMİ

Sağlık insangücünün en önemli bileşeni olan hekimlerin eğitimi konusunda pek çok sorun bulunmaktadır. Bu konudaki tartışmaların alevlenmesinde ve sorunların büyümesinde 1980 sonrası hükümetlerin AB ile bütünleşme yolundaki niyet ve girişimleri ile hekim emeğinin değerininin düşürülmesi niyetleri etkili olmuştur.

Nitekim 1987 yılında DPT tarafından hazırlanan bir rapor konuyla ilgili resmi görüşleri toparlar niteliktedir. Bu raporda bir kaç tespit yapılmıştır:

1)Sosyal refah seviyesinin en önemli göstergelerinin başında sağlık hizmetlerinin düzey ve dağılımı gelmektedir. (59, s. 3)

2)Sağlık hizmeti bileşenleri içinde de en önemlilerinden birisi hekim arzıdır. (59, s. 3)

3)Ancak Türkiye'de gerek toplam hekim sayısı bakımından, gerekse mevcudun bölgelere göre dağılımı bakımından önemli sorunlar bulunmaktadır. (59, s. 1-12)

4)Türkiye'nin AET'ye girişinin gündemde bulunduğu bir dönemde artık, AET ülkelerinin standartları hedeflenmelidir. (59, s. 4)

İşte bu tesbit ve hedeflerden yola çıkılarak yapılan ve kısa zamanda AET'nin sahip olduğu nüfus/hekim oranlarına ulaşmayı amaçlayan hesaplar sonucunda yıllık tıp fakültesi kontenjanlarının 7700 olarak saptanması uygun görülmüştür. Bu durumda 2009 yılında Türkiye'deki nüfus/hekim oranı 598 kişi olacak ve AET ülkelerinin (yine ancak) 1980'deki düzeyine erişilebilecektir. (59, s. 12)

Bu hedefler Hekim Odaları ve Türk Tabipleri Birliği'nin ciddi tepkisiyle karşılaşmış olmakla birlikte hem tıp fakültesi, hem de alınan ve mezun edilen hekim sayıları çok kısa süre içinde hızla artırılmıştır. 1990 sonrasında tıp fakültesi kontenjanlarının sınırlanması da bu eğilimi etkileyememiştir. (Bkz. T. 22)

Tablo 22: Yıllara göre tıp fakültelerine ilişkin bazı veriler. (56, s. 280; 69, s. 12-13)

	1964	1970	1975	1979	1984	1989	1996
Fakülte sayısı	4	8	16	17	21	24	41
Kontenjan	1133	1084	1734	2462	5367	5014	4394
Toplam öğrensi sayısı	3189	7324	10578	14058	21774	32748	33456
Yıllık mezun	426	778	1149	1474	2200	3264	4500

Tıp eğitiminin, Türkiye'nin dışabağımlı kapitalist yapısı ile kaynak yetersizliğinden kaynaklanan sorunları, sağlık hizmetlerindekine benzer biçimdedir ve hızla artırılan hekim ve tıp fakültesi sayıları sonucunda daha da derinleşmektedir. Pek çok tıp fakültesinin eğitim için gerekli olan (kütüphane, eğitim materyali gibi) asgari olanakları bile yoktur. Öğretim üyesi sayısındaki eksikler son yıllarda azalmış olsa da özellikle yeni kuşak tıp fakültelerindeki temel tıp dalları öğretim üyesi sayısında önemli eksikler bulunmaktadır. Sonuç olarak tıp eğitiminin sorunlarını iki başlık altında toplamak olanaklı görünmektedir. Bunların her ikisi de nicelik ve nitelikteki yetersizlikleri yansıtmaktadır: 1)Eğitimdeki kaynak yetersizliği ve 2) Kaynakların dağılımındaki dengesizlik.

Yukarıdaki iki sorun tıp fakültelerinin kütüphane olanakları ile hasta yatağı başına düşen öğrenci sayıları üzerinden izlenebilir. (Tablo 23)

Tablo 23: Bazı tıp fakültelerinde kütüphane olanakları ile hasta yatağı başına düşen öğrenci sayılarının durumu. (69, s. 18-19)

Fakülte	Referans kitap / öğrenci (%)	Yabancı dergi aboneliği	Yabancı dergi / öğrenci (%)	Öğrenci/ Yatak
Akdeniz	4	87	8	4.2
Ankara	13	103	4	0.9
Atatürk	1	?	?	0.8
Cerrahpaşa	6	79	3	1.6
Cumhuriyet	27	37	4	1.3
Çukurova	14	165	9	2.2
Dicle	2	76	10	0.6
Erciyes	12	0	?	1.8
Fırat	?	?	?	2.5
Dokuzeylül	53	173	15	1.9
Hacettepe	?	495	19	1.9
Ondokuz Mayıs	10	260	19	1.9
Süleyman Demirel	0	0	0	
Trakya	1	61	5	2.7
Uludağ	5	148	9	3.2

V. İLAÇ SEKTÖRÜ

Türkiye'de sağlık örgütlenmesinin yapısından en çok yararlanan sektör ilaç sektörüdür denilebilir.

Bu olgu üç nedene bağlanabilir: 1)Özellikle ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerinin hızla yaygınlaşması ve kapitalizm koşullarında sağlığı korumanın olanaksızlığı. 2)Sağlık hizmeti üzerinde demokratik denetim mekanizmalarının kurul(a)mayışı. 3) İlaç üretiminin tamamen özel sektör elinde toplanmış olması ve ilaç üretiminde devlet denetiminin hemen hiç olmayışı.

1987 yılı verilerine göre Türkiye, Dünya toplam ilaç tüketiminin %4'ünü kullanmakta olup, bu oranla tüm ülkeler arasında 22. sırayı almaktadır (56, s.320). Türkiye'de ilaç tüketiminin GSMH'ye oranı %0.88 iken, aynı oran pek çok kapitalist ülkede

daha küçüktür. (ABD'de 0.84; Fransa'da 0.84; Almanya'da 0.71; İsviçre'de 0.48; Kanada'da 0.65; Finlandiya'da 0.49; Avusturya'da 0.54, İngiltere'de 0.61; Yunanistan'da 0.80) (70, s. 7) Anlaşıldığı gibi Türkiye'deki ilaç pazarı, kendi ekonomik gücüyle karşılaştırıldığında merkez kapitalist ülkelerdekine göre bile daha geniş durumdadır. Kanımızca bu oldukça önemli bir konumdur. Çünkü yine Türkiye, bir ülke için en önemli sağlık ölçütü olarak kabul edilen (ki ülkelerin sağlık düzeyi bakımından sıralaması bu ölçüte göre yapılmaktadır) 5 Yaşından küçük Çocuklardaki Ölüm Oranı (5YKÇÖO) bakımından 131 ülke arasında 71. sırada yer almaktadır ve bu konumu son 10 yıl içinde değişiklik göstermemiştir (26, s. 76-77; 71, s. 80). Kısaca ilaç sektörünün "kazanımları" ile halk sağlığının kazanımları aynı boyutlarda değildir. Bu veri sistemin mantığını vurgulayan en temel olgulardan birisidir.

Türkiye ilaç sektöründe belirgin biçimde tekelleşme ve yoğunlaşma görülmektedir. İlaç endüstrisinin tüm kimya sektörü içindeki payı %15.7'dir (56, s. 323). Öte yandan piyasa payı açısından ilk 5 sırada yer alan şirketlerin toplam pazarın %41'ini (56, s. 324), ilk 20 şirketin ise %82'sini (70, s. 2) denetledikleri görülmektedir. Tekelleşmenin yıllar içinde arttığı da izlenmektedir. 1971 yılında sektördeki ilk 31 firmanın pazar payı toplamı %84 iken, 1984-85'te bu kez ilk 30 firma için aynı oran %94 civarına ulaşmıştır (60). Kısaca daha az sayıdaki firma daha çok zengin olmuştur. (Bkz. T. 24 ve 25)

Tablo 24: En büyük 30 ilaç şirketinin pazar payları.

(56, s. 324, 70, s. 2)

	İlk 5 şirket		İlk 10 şirket		İlk 20 şirket		İlk 30 şirket	
	Pazar payı	Yabancı şirket sayısı	Pazar payı	Yabancı şirket sayısı	Pazar payı	Yabancı şirket sayısı	Pazar payı	Yabancı şirket sayısı
1982	43.8	3	66.8	5	85.3	7	93.1	7
1984	43.7	2	66.5	5	86.5	7	93.5	7
1986	43.8	3	67.1	6	86.6	7	93.9	8
1988	41.1	3	63.4	6	84.4	7	92.4	9
1990	83.9							
1993	82.0							

Tablo 25: En büyük 10 İlaç şirketi ve pazar payları. (56, s. 325)

	Pazar payı (%)
Fako	11.3
Roche	11.2
Eczacıbaşı	9.7
Hoechst	5.7
Pfizer	5.2
Bayer	5.2
Nevzat	4.8
Sandoz	4.2
Deva	3.7
Ciba-Geigy	3.6

Türkiye'de ilaç sanayi çok önemli oranda dışa bağımlı ve yabancı sermayenin denetimindedir. Varolan 100 civarındaki ilaç şirketinin yalnızca 9 tanesi yabancı olmakla birlikte bunların pazar içindeki payları çok büyüktür. 1987 yılında kullanılan 260 milyon dolarlık ilaç hammaddesinin 200 milyon dolarlık kısmı ithal edilmiştir. İhracatın ithalatı karşılama oranı 1989 yılında %37.4 iken, bu oran 1993 yılında %17.1'e inmiştir. Yani sektördeki dışa bağımlılık giderek artmaktadır. Dışa bağımlılıktaki bu artış mamul mal bağımlılığı biçimindedir. İlaç endüstrisindeki toplam ithalat içinde hammadde payı 1989 yılında %81.1 ve mamul mal payı %18.9 iken, 1993 yılında hammadde payı %78.5'e gerilerken, mamul mal payı %21.5'e yükselmiştir. (70, s. 9-10) Türkiye'de ilaç için harcanan para 1980 yılında 426 milyon Dolar iken, 1993'te 1718 milyon Dolara yükselmiş (4.0 kat); ilaç ve hammadde ithalatı için yurtdışına akan para ise 93 milyon Dolardan 604 milyon Dolara çıkmıştır (6.5 kat). (74, s. 138)

Tekelleşmenin bir yansıması ve aynı zamanda uyarıcısı ilaç fiyatları üzerindeki hükümet denetiminin çok sınırlandırılmış olmasıdır. 1984 yılında çıkarılan bir kararname ile SB'nin şirket-

lerce kendisine bildirilen ilaç fiyatlarına itiraz etme yetkisi konusundaki süre 10 güne indirilmiştir. Bu kadar kısa süre içinde SB'nin bildirilen fiyatları değerlendirme durumu bile söz konusu olamamaktadır. Sonuçta 1981-84 arasındaki dönemde ilaç fiyatlarındaki artış %125 olmuşken, aynı oran kararname sonrasındaki 3 yıl içinde %300'e fırlamıştır. (61, s. 15-16)

İlaç sektöründeki tekelleşme bildiğini okumaktadır. Haziran 1984 ile Nisan 1986 arasında yapılmış bir araştırmanın sonuçları ilginçtir: a)En çok tüketilen ilaçlardaki zam oranı en yüksektir (ortalama %100). En çok tüketilen ilaçlar içinde zam görmemiş olanların oranı yalnızca %5 iken, diğer ilaçlarda aynı oran %45'tir. b)Kimyasal eşdeğeri bulunmayan ilaçlardaki zamlanma oranı, eşdeğeri bulunanlara göre daha yüksektir. (62)

Bütün bunlara karşın, Türkiye, sağlık sektörünün diğer bileşenlerinde olduğu gibi, ilaç tüketimi bakımından da metropol ülkelere göre daha geri düzeydedir. (Bkz. T. 26)

Tablo 26: Çeşitli ülkelerde kişi başı ilaç tüketimi.

(56, s. 336; 70, s. 6)

	İlaç tüketimi (ABD Doları olarak)	
	1985	1990
Japonya	116.2	
ABD	110.5	
Almanya	98.2	161
Fransa	92.6	200
Kanada	66.5	
İngiltere	41.4	105
İsviçre	92.6	186
Belçika	70.4	160
İspanya	36.1	113
Türkiye	8.8	17

(Yukarıdaki tabloda, Türkiye'nin durumunu, sağlık hizmetlerinin iyi bir biçimde denetlendiği ve devlet tarafından üretildiği İngiltere ile karşılaştırmak daha yararlı olacaktır. Çünkü daha önceden de belirttiğimiz gibi sağlık hizmetinin ve özellikle de ilaç tüketiminin fazlalığı her zaman olumlu bir gösterge değildir, olamaz. Bu saptama sağlık hizmetinin bir pazar oluşturduğu kapitalist ekonomiler için kesinlikle geçerlidir. Ancak yine de kapitalist ülkeleri kendi içinde karşılaştırmanın ve bu karşılaştırmayı da öncelikle, sağlık göstergeleri bakımından en üst sıralarda bulunan ve ilaç tüketiminin sıkı biçimde denetlendiği İngiltere gibi bir ülke ile yapmanın çok anlamlı olduğu açıktır. Öte yandan 1985 ve 1993 verilerinden izlenebildiği gibi, aradaki 8 yıllık süre içinde İngiltere'de ilaç tüketimindeki artış diğer kapitalist ülkelerden bile daha fazla oranda gerçekleşmiş, böylece İngiltere ile diğerleri arasındaki fark azalmıştır. İngiltere'de ilaç tüketimi yönündeki bu artışta, genel olarak sağlık sektörünün Thacherist politikalarla özelleştirilmesinin ne derece etkisinin bulunduğu konusu araştırılmaya değer bir alandır.)

VI. "YENİ" YÖNELİMLER

Sözünü ettiğimiz bu "Yeni" yönelimler eskiden beri varolmakla birlikte, özellikle 1980 sonrasında adlarından daha sık söz edilir olmuşlardır. Bu durum, 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanındaki görevinin "düzenleyicilik"e indirgenmiş olması gerçeği ile bütünleştirildiğinde daha da anlamlı olmaktadır. Dolayısıyla, bu veri, 1980'li yıllarda, kapitalist sistemin sağlıktaki daralmacı politikalarının yansısı olarak kabul edilebilir.

Sözü edilecek olan yönelimler Genel Sağlık Sigortası (GSS), Aile Hekimliği ve Yeşil Kart başlıklarında toplanabilir. Her üçü de aynı örgütlenmenin bileşenleri olarak ele alınmaktadırlar. Tümü bugünkü iktidar partisinin Ekim 1991 seçimi öncesi en önemli propaganda malzemelerinden olmuşlardır.

VI.1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI

GSS Avrupa'daki Sigorta Sistemi'dir. Kamu sigortacılığıdır.

Öte yandan, Türkiye'de kamu sigortacılığı SSK ve 1971 yılından beri de Bağkur (Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu) kapsamında uygulanmaktadır. Her iki uygulama nüfusun yaklaşık % 52'sini içine almaktadır (% 35 SSK ve % 17 Bağkur olmak üzere).

Sigorta Sistemi kapitalizme içkindir. Özellikleri şu şekilde sıralanabilir;

a) Sigorta kurumu Türkiye gibi kimi ülkelerde (SSK) hizmet de sunabilmekle birlikte, çoğunlukla bir finans örgütüdür. ***Amaç Hizmeti finanse edecek bir fonu yaratmaktır.*** Hizmet, oluşturulan bu fonla hizmeti sunan (özel veya kamu sektöründeki) diğer kurumlardan satın alınır.

b) ***Fonu oluşturacak primler hizmete gereksinimi olanlarca ödenir.*** Bu nedenle bireylerin prim ödeyebilecek düzeyde, düzenli bir gelire sahip olmaları gerekir. Dolayısıyla özellikle küçük ve orta ölçekli köylü sınıfları, işsizler, küçük işletmelerde çalışmakta olan işçiler için böyle birşey söz konusu olmaz. Sonuçta, mali yükü zaten sömürülmekte olan işçi sınıfına kaydırmaya yöneliktir. ***Dolaysız bir vergi niteliğindedir.***

c) Belirttiğimiz gibi, sigorta fonunu oluşturabilmek için, prim ödemek durumunda olan toplum kesimlerinin bu primi ödeyebilmeleri gerekir. Bu da ***genelinde kapitalist sistemde bir soluklanmayı zorunlu kılar. Ancak ortalama kâr oranının arttığı dönemlerde, ücretlerde de reel bir artış ve sağlığa kaynak transferi mümkün olabilir.*** Metropol ülkeler için bağımlı ülkelerden artıdeğer aktarımı bu koşulları daha olanaklı kılar. Bağımlı ülkeler ise genişleme dönemlerinde bile (genişlemenin etkilerini belirgin biçimde hissedemedikleri için) sağlık alanına beklenen kaynak aktarımını gerçekleştiremezler.

d) Ne olursa olsun sigorta sistemi asgari düzeyde bir hizmete her an ulaşabilirliği mümkün kılar. Bu anlamda ***kapitalizmin hesapları dahiline girebilmesi emek-gücünün gerekli niteliğinin bu tip bir hizmete (nesnel anlamda) gereksinim duyar boyuta ulaşması ile olasıdır.***

e) Finansmanın işçi ve emekçi sınıfların üzerine kaydırılması,

hizmetin alt yapısının oluşturulmasında enflasyonist politikaların izlenebilmesi ücretin sosyal bileşeninin sübvanse edilmesi anlamına gelir. ***Ortalama kâr oranını artırıcı bir etkisi vardır.*** Sigorta fonunu denetleyen, hizmeti sunan (hizmetin satın alındığı) ve hizmeti kullananı istihdam eden (sanayi burjuvazisi) sermaye çevrelerinin ya da kurumlarının farklılığı hizmetin fiyatının denetlenmesini olanaksız kılar. Çünkü özellikle ilaç ve tıbbi endüstri tamamen tekelleşmiştir. Bu durumda, zaman içinde, ya primlerin artırılması ya da hizmetin standardının düşürülmesi gerekir. Sonuçta prim ödentilerindeki artış ile ücretlerdeki artış arasındaki fark açılır. Prim ödentileri daha hızlı bir ivmeyle artar. Böylece, ücretin sosyal bileşeni giderek daha fazla oranda üretici sınıfların üzerine kayar. ***Dolayısıyla, ancak "Hiç Olmazsa" türünden bir gereksinime yanıt verebilir.***

f) Öte yandan sigorta sistemi çoğunlukla tedavi edici hizmetlere yönelir. Dolayısıyla ***ilaç sektörünü hareketlendirir. Bir sağlık pazarı yaratır.*** Bu anlamda da giderek pahalılaşan ve sektörün özelliği gereği tekelci kârlara açık bir alandır.

g) ***Sigorta Fonu denetim dışı (daha doğrusu tekellerin denetiminde) bir ek sermaye yaratır.*** Bu yönüyle de sermayeyi rahatlatıcı bir etkisi vardır. Fon "amaçları" dışında kullanıma açıktır.

Kısaca, Sigorta Sistemi Kapitalizmin bir finans modelidir, ancak insancıl/insan için değildir.

Biz GSS'ye karşı olan reddiyemizi bir bağlamda formüle ediyoruz.

Bunun dışında: ***TÜRKİYE EKONOMİSİ GSS'NİN GEREKTİRDİĞİ FONU OLUŞTURAMAYACAK DENLİ KÖTÜRÜMDÜR.*** Uzun zamandır anılmakla birlikte yaşama geçirilememiş olmasının nedeni bir kaynak eksikliğidir. ***Kanımızca, Türkiye dışa bağımlılık biçimindeki siyasal yönelimlerini aşamadığı sürece sağlık gibi sosyal alanlara kaynak aktarabilmesi olanaksızdır.*** GSS için Türkiye'nin "kendine özgün" kapitalist ekonomisinin rahatlaması gerekmektedir. Bunun içinse kendi başına sermaye yığması, kendi pazarlarını açması zorunludur. Bu ise, "Türki Cumhuriyetler"in gündemde olduğu şu günlerde bile olanaksız

görünmektedir. ***Çünkü, en azından kapitalist sistemin bugünkü dengeleri içinde, Türkiye'de dıştan bağımsız bir kapitalizm olanaksızdır.***

GSS fonlarının yaratılmasındaki çıkmaz, değişik araştırmalarda da (fakat bizim kavradığımız biçimde değil) dile getirilmektedir. Böylece, izlenebildiği kadarıyla, özünde bir karşı çıkışı formüle etmeksizin (dolayısıyla olayı kabullenmiş olarak) kaynak yaratmadaki güçlükler düzleminde "uygulanamaz" biçiminde bir "karşılık" gözlenmektedir (31, 54, 58'deki kaynakların yönelimi bu yöndedir). Ancak, bu teknik raporlar, bizim kaynak yaratılmasındaki olanaksızlık çerçevesinde söylediklerimizi verilendirmek açısından önemlidirler.

Sözü edilen yaklaşımlar konuyu şu şekilde ele almaktadırlar:

1) GSS'nin işletilebilmesi için en az SSK'nın topladığı prim düzeyinde prim toplanması gerekmektedir. Yalnızca sigorta fonu niteliğinde olup, hizmeti Bakanlık'tan satın alan Bağkur'un durumu ortadadır. Bağkur, bugün primlerinin düşüklüğü nedeniyle hizmeti satın alamaz konumdadır. Bu nedenle SB hastanelerinde Bağkur'lu hastaların bakımına son verilmiştir.

2) Bu koşullarda;

a) 17 milyon Bağkurlu'dan,

b) Toplumun "kesinlikle prim ödeyemez" olarak değerlendirilen kesimleriyle, bu konuda "çok zorlanacağı" belirtilen kesimlerinden (toplam 16 milyon insandan),

c) Halen doğrudan prim kesintisi yapılmayan memurlardan nasıl prim toplanacağı,

d) Ve GSS'nin eşi olan Aile Hekimliği modeli için gerekli personel giderlerinin (1991 fiyatlarıyla 2-4 trilyon lira) ne şekilde karşılanacağı bilinmemektedir.

Yapılan hesaplara göre GSS 1990 fiyatlarıyla 9-10 trilyonluk bir ek kaynak gerektirmektedir. Bunun prim olarak toplanması olanaksız görülmektedir. Genel Bütçe'den karşılanması ise, 1990 yılı bütçesinin yaklaşık 3 trilyon lira olduğu dikkate alındığında yine olanaksız olarak değerlendirilmektedir. Öte yandan Katma

Değer Vergisi ve Fon gelirlerinin % 5-20'si arasındaki bir kaynağın sigorta fonuna aktarılması durumunda bile yeterli parayı bulabilmek mümkün değildir.

Bu açmazlar içinde tek çıkış yolu "ne olursa olsun" diyerek dolaylı vergilemelere gitmektir, ki vergi gelirlerinin % 70'inin ücretli ve maaşlıların sırtında olduğu Türkiye'de, adı geçen uygulamanın "sigortalananlar"ın işine yaramayacağı açıktır.

Sağlık hizmetine finans kaynağı bulmanın desteklenebilir yolu Türkiye'nin uluslararası kapitalist sistemdeki rolü gereği yüklenmiş olduğu siyasal-askeri alanlardan yapacağı kaynak aktarımıdır. Bunun ise, ülkenin dünya üzerindeki "önemli" konumu nedeniyle, sistem içi olanakları yoktur.

Görüldüğü gibi, sağlık sorunu üretim ilişkileri-siyaset nesnelliğinde düğümlenmektedir. Sistem kendi yarattığı GSS dalgasında çalkalanmaktadır.

VI.2. YEŞİL KART

Yeşil Kart iktidarın Genel Seçimler öncesindeki propagandasının en çok kullanılan bileşeni olmuştur. İktidar partisi Yeşil Kart'ı "parası olmayan" herkese verilecek ve para yerine geçecek bir uygulama olarak sunmuştur. Bu durumda, "parası olmayan" sınıfına girenlerden sağlık hizmeti için hiçbir kesinti yapılmayacak, önceden de prim toplanmayacaktır. Yaşama geçirilmesi konusunda 500 günlük bir hedef konmuştur.

Yeşil Kart uygulaması şu günlerde Kızılcahaman pilot bölge seçilerek başlatılmıştır. Kızılcahaman'da, daha önceki yıllarda Fak-Fuk-Fon'a başvurmuş olan 500 dolayındaki kişi fakir olarak belirlenmiş ve bunlara Yeşil Kart dağıtılmasına karar verilmiştir. Duruma göre uygulama diğer bölgelere de yaygınlaştırılacaktır.

Bakanlık, benzeri bir yöntemle tespit edildiğinde, Türkiye'de toplam 15-20 milyon civarında "fakir" olduğunun belirleneceğini tahmin etmektedir. Bu rakam daha önce özetlediğimiz teknik raporların bildirdiği rakamlarla uyumludur. İşte tam bu noktada yine parasal kaynak sorunu ortaya çıkmaktadır: Bu kadar insanın gereksindiği asgari sağlık hizmetinin finansmanı nasıl sağlana-

caktır! 20 milyon insan şu anda da zaten hizmete ulaşamıyor olarak değerlendirilmekte ve bu nedenle Yeşil Kartlılar kapsamına alınmaktadır. Kısaca, sağlık hizmetleri finanse edilemediği için Yeşil Kartlılandırılanlar yeni bir finans sorunu olarak gündeme gelmektedir. Sistem yine kendi çıkmazı içindedir.

SB bu sorunun farkında olup "sağlam" kaynaklar peşindedir. Bu çerçevede sözü edilenler arasında düzenli ücretli ve maaşlı olanlardan daha fazla oranda vergi toplanması bulunmaktadır. Bu tavır ise sorunu yine en başına döndürmektedir: Hizmete ulaşabilmek açısından yeterli olanaklara sahip olmadığı belirtilen toplum kesimlerinin üzerine ek yük bindirilmesi.

Şuna inanıyoruz; Türkiye işçi ve emekçi sınıflarının "hesap sorabilmeleri" durumunda Yeşil Kart, en azından, iktidarın kendisine saplanan bıçağı olacaktır.

VI.3. AİLE HEKİMLİĞİ

SB'nin belirttiğine göre, bu "yeni" model içinde sağlık ocaklarının yerini (en azından kentlerde) aile hekimleri alacaktır. Bu durumda model Batı Avrupa'daki gibi olacaktır.

Aile hekimleri nüfusa orantılı olarak dağılacaklar, kendilerine (1991 yılı fiyatlarıyla) ortalama 9-18 milyon lira maaş ödenecektir. Yataklı tedavi kurumları ile düzenli ilişkileri sağlanacak, hastalarını buralarda izleme olanağı tanınacaktır.

Aile hekimliği bağışıklama, aile planlaması gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetler dışında, tamamen tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsayan bir örgütlenmedir. Tedavi edici hizmetler arasında ayaktan tedaviye yönelik poliklinik hizmetleri ile hastanede tedavi görmüş hastaların ayaktan ve evlerinde izlenmesi yönündeki uygulamalar bulunmaktadır. Bu durumda çevre sağlığı hizmetlerini de büyük ölçüde yerel yönetimler üstlenecektir.

Şimdiye kadar açtığımız gibi gerek aile hekimliği, gerekse sağlık ocakları coğrafi yerleşim esasına göre düzenlenen örgütlenmelerdir. İşyeri düzeyindeki işlevleri yok ya da çok sınırlıdır ve bu işlev ayrı örgütlenmelere bırakılmıştır.

Bunun ötesinde, kanımızca aile hekimliği ile sağlık ocakları arasında özünde bir farklılık yoktur. Aile hekimliği sağlık hizmetine talebi daha yüksek olan kentsel-Batılı nüfus için uygunken, sağlık ocakları sağlıktan beklentileri daha düşük olan, dolayısıyla gezici tip hizmet ağını gerektiren ve atıkların kontrolü gibi temel çevre düzenlemelerini de (belediye örgütlenmesinin yokluğu nedeniyle) sağlık örgütünün üstlenmek durumunda kaldığı köysel-Doğulu toplumlar için daha uygundur. Her ikisinde de amaç asgari düzeyde sağlık hizmetini yaygınlaştırmaktır. Kısaca, farklar içerik ve biçime ilişkin ama öze değil.

Dolayısıyla, Türkiye'nin "ilerici" çevrelerinin "Aile hekimliği mi? Sağlık Ocakları mı?" konusunda yarattıkları "fırtına" yüzeysel olup, sorunun özünü kavramaktan uzaktır. Bundan daha da önemlisi zaman kaybı, sistemin gündemiyle manipüle olmuştur.

VII. ÖZET: TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN TEMEL SORUNLARI

Türkiye sağlık örgütlenmesi Batılı ülkelerin yaşadıklarına ek ve kapitalizme içkin sorunların ötesinde, "kendi azgelişmişliği"nden kaynaklanan sorunlarla yüklüdür. Bunları genel olarak şu şekilde sıralayabiliriz;

1) Mevcut üretim ilişkileri nedeniyle halk sağlığını korumak, geliştirmek olanaksızdır.

2) Özel sektör sağlık hizmetleri ile, ilaç ve tıbbi teknoloji gibi eklentiler tamamen meta karakterindedir. Bu durum hizmete başvurmayı bile engellemektedir.

3) Farklı toplumsal sınıflar için farklı hizmet standartları mevcuttur, kabaca "paran kadar sağlık" ilkesi geçerlidir.

4) Gerek hizmeti üretenlerin, gerekse hizmeti alanların hizmeti ve ilgili kurumları denetleme kanalları çok azdır, hattâ yoktur.

5) Tüm kaynaklarda yetersizlik, dengesiz dağılım ve israf vardır.

6) Tıp eğitimi ve sağlık insangücü politikaları niceliksel ve niteliksel sorunlarla doludur.

7) Devlet katında, tüm sektörler arasında sağlık sektörünün yeri en gerilerdedir.

8) Sağlık personeli, ücretlerindeki gerilik, çalışma koşullarının olumsuzluğu, iş risklerinin fazlalığı, çalışma sürelerinin uzunluğu, demokratik baskı kanallarının tıkanıklığı gibi nedenlerle motivasyonlarını yitirmiş durumdadır. Bu psikolojideki personel ile iş yürütebilmek son derece güçtür.

9) Bütün bunların sonucunda hizmette büyük bir dağınıklık, hattâ örgtüsüzlük vardır. Devletin de herhangi bir denetleyici işlevi üstlenmemesi sonucu tüm kamu sektöründe büyük çöküntü yaşanmaktadır. Özel sektör ise kendi inisiyatifi ile başbaşadır.

10) Bunun halka yansıyan sonucu; sağlık hizmetine olan güvensizliktir.

11) Kamu sektöründe çok önemli yönetim hataları vardır. İşletmecilik bozuktur. İş bilmez kadrolar iş başındadır. Mezun olduktan sonra önemli oranlarda (sağlık ocağı hekimliği gibi) sağlık yöneticiliği kadrolarına atanan tıp fakültesi öğrencilerine yeterli düzeyde yöneticilik nosyonu verilmemektedir.

12) Özellikle üst düzey yönetici kadrolarda siyasal kadrolaşma egemendir. Müsteşar, genel müdür, sağlık müdürü vb. olabilmek için iktidar partisinin "adamı" olmak ön koşuldur. Yönetici kadrolar, hizmetin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ile değil, kadrolaşma faaliyetleri ile görevlidirler.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
NASIL BİR SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

I. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİNE İLİŞKİN GENEL GÖRÜŞLERİMİZ

En başta, sağlık örgütlenmesi öncelikle kitlelerin sağlığını korumaya yönelik olmalıdır diyoruz. Ancak bu noktada, bizim Koruyuculuk'a yaklaşımımız farklı olacaktır. Biz yaygın olarak kabul edilenin ve/veya kabullenilenin tersine, Koruyuculuk'u üretim sürecinin içinde ve onunla birlikte ele alacağız ve, fakat istihdam edilmemiş insanlar için söz konusu bile etmeyeceğiz. Çünkü biliyoruz ki; işsizlik insan fizyo-psikolojisinde olumsuz yönde değişikliklere neden olmaktadır ve bu anlamda başlı başına bir hastalık durumudur. Öte yandan, sağlıklılık açısından insanın yeteneklerine uygun, yaratıcı olabileceği koşullarda istihdam edilmesi de bir ön koşuldur. Sonuçta, sağlığın üretim ilişkilerinden kopuk bir anlayışla ve üretimin mikro yapısı dışında korunmasının olanaksız olduğu düşüncesindeyiz.

I.1. KAPİTALİST SİSTEMİN SAĞLIĞI KORUMA ANLAYIŞI

Daha önceden de belirttiğimiz gibi, kapitalizm tedavi hizmetlerini yaygınlaştırırken, koruyucu hekimliğin öncelikli gerekliliğini yadsıyamamış, böylece önemli oranda tedavi edici hizmetlere yönelirken, bağışıklama, aile planlaması, çevre sağlığı, atıkların kontrolu çalışmalarını da -koruyucu hekimlik olarak- amaçla-

dığını duyurmuştur. Tüm bu hizmetlerin örgütlenebilmesinin arkasındaki mantığın üç bileşeni vardır; 1) Kâr getirmeleri, 2) Yoklukları durumunda emek-gücü niteliğinin kapitalist üretim için gerekli olan düzeyden kabul edilemez biçimde uzaklaşması, 3) Yine yoklukları durumunda ortaya çıkacak tehlikelerin burjuvaziyi de tehdit eder duruma gelişi.

İşte bu nedenlerle koruyucu hekimlik uygulamaları içinde bağışıklama, aile planlaması, atıkların kontrolu çalışmaları yeterli düzeyde sürdürülebilmektedir. Çünkü bunların yokluğu emek-gücünde niceliksel ve niteliksel yitimlere, toplumsal destabilizasyon durumlarına neden olacaktır. Buna karşın çevre sağlığı çalışmaları, sanayi atıkları tüm dünyanın geleceğini ilgilendiren bir sorun oluşturmaya başladığında yaygın olarak gündemi doldurur olmuştur. O andan itibaren sorun bir "insanlık" sorunu olarak tanımlanmıştır. Ve hattâ, kapitalizmin "değişen" doğası, kapitalizm-sosyalizm çelişkisinden "uzlaşan-uyumlu" dünyaya gidiş tezlerine benzer şekilde, sınıfların da artık ayrı sağlık sorunları olmadığı, günümüzde sağlık sorunlarının "globalleşerek" (çevre sorunları gibi) tüm "insanlığı" etkiler duruma geldiği belirtilmiştir.

Oysa aynı nitelikteki sorunlar bugünkü kadar "globalleşmeden" önce de, ama bu kez işçi sınıfı için, köylülük için söz konusu idi. Ama o durumda bunlar "insanlık" sorunu olarak sayılmıyorlardı. Dünya nüfusunun çok önemli yüzdesini oluşturan bu toplumsal sınıflar "insanlık" kapsamına alınmıyorlardı.

Kısaca; Sistem sorun kendini tehdit eder duruma gelmeden onu gündemi yapmamak eğilimindedir.

Bugün de çeşitli standartlar belirlenmiş olmakla birlikte sistem, özellikle üretimin mikro düzeydeki sorunlarıyla ilgilenmek istememektedir. Fabrikaların iç ortamlarının düzenlenmesi durumu bunun örneğidir. Üretimde kullanılan çeşitli kimyasal maddeler onu kullanan için toksit etkili olabilir. Bu durumda bulunulan ortamda belli düzeyleri aşmaması gerekir. İşte bu belli düzeylerden birisi MAK (İşyeri ortamının metreküpünde izin verilen maksimum madde konstrasyonu) standart değeridir. İş ortamında maddenin MAK değerinin altındaki konsantrasyonların sağlan-

ması çeşitli düzenleme ve yatırımları gerektirir. Bu ise kârdan işçi sağlığına kaynak aktarımı demektir ve kabul edilemez.

Burada, sanayide çözücü olarak kullanılan benzen ile lösemi arasındaki ilişkiyi dünyada ilk kez gösteren Prof. Dr. M.Aksoy'un söylediklerini aktarmak ilginç olacaktır. Şöyle demektedir Dr. Aksoy; "O güne kadar benzenin lösemi yaptığı kabul edilmiyordu. Kontrollü araştırmalarımızı da yayınlayınca ABD'de büyük olay oldu, yankılar yarattı. Amerikan sendikaları, bunun üzerine, işyerlerindeki havada bulunabilecek benzen yoğunluğu tavanının 10 ppm'den 1 ppm'ye indirilmesini istediler. Çalışma Bakanlığı bu doğrultuda karar aldı. Amerikalı işverenler, bu konuda yeterli kanıt olmadığı gerekçesiyle, benzen yoğunluğunun 1 ppm'ye düşürülmesine karşı çıktılar. İşverenlerin itirazı üzerine, konu mahkemeye intikal etti. Biz 25 gün süren mahkemede bilim tanığı olarak dinlendik. Sonuçta mahkeme bakanlığın kararını onayladı. İşverenlerin yüksek mahkemeye yaptıkları itiraz sonucu, benzen tavanı yeniden 10 ppm'ye yükseltildi (63). (M.Aksoy'un benzen-lösemi ilişkisini bulduğu tarih 1960'ların sonlarıdır. ABD'de benzenin MAK değerinin 1 ppm'ye indirilmesi ise ancak 1987'de mümkün olabilmiştir.)

Yukarıda aktarılan olaylar kapitalizmin koruyuculukla istediği gibi oynama eğiliminin kanıtıdırlar. Öte yandan, bir diğer örnek, kapitalizmde koruyucu hizmetlerin uygulanma koşullarını göstermesi bakımından ilginçtir. Bu örnek Türkiye Çevre Sorunları Vakfı'nın bir zamanki Genel Sekreteri'nin söylediklerididir: "Çevre koruma teknolojisinden para kazanacak olan özel sektör, yatırımcı özel sektör üzerinde baskı yapmaya başlayacak, yine bu kesim çevre kanununun getirdiği teşvik ve benzeri tedbirlerin uygulanması için kamu sektörüne etki yapmaya çalışacaktır. Çevre koruma teknolojisiyle uğraşan özel sektörün en büyük müttefiki gene bu konuyla ilgili çalışmalar yapan vakıf, dernek gibi gönüllü kuruluşlar olacaktır. Bu birleşme sonucunda, ülke çapında etkili baskı grupları ortaya çıkacağı beklenmelidir. Batı ülkelerinde görülen bu gelişmelerin ilk kıpırdanmaları Türkiye'de başlamış olup, kısa sürede bu birleşme tam olarak sağlanabilecektir" (64).

Bu sözler çevre sağlığına yönelik önlemlerin tekellerin gündemine hangi koşullarda girebildiğini ve kapitalizmin, nesnellikten kopuk bir sağlık anlayışını benimsemiş gruplarla nasıl ittifak kurabileceğini göstermesi açısından da ilginçtir.

1.2. SAĞLIĞI KORUMANIN ANLAMI

Kapitalizmin pisliklerinden arındırılsalar da, bağışıklama, aile planlaması, atıkların kontrolu, çevre sağlığı gibi hizmetler, koruyucu hekimlik hizmetlerini tam olarak karşılamazlar. Olsa olsa onun bir yönünü oluşturabilirler. Kısaca kapitalizmin koruyucu hekimlik anlayışı yukarıda sayılan hizmetlere kendi pisliğini bulaştırmak dışında, kavramın kapsamını da daraltır, özünü saklar.

Çünkü, İnsan üretimci emek-gücü ile insandır ve onu yaratıcı biçimde kullanabildiği sürece/ kadar sağlıklıdır. Bu nedenle ***Koruyucu Hekimlik, tekil anlamda bireyin kendi yetenekleri ölçüsünde emek-gücünü kullanarak, üretimi toplumsal çıkarlardan yana kolektif, yaratıcı bir etkinlik içinde düzenleyebilmesini ve bu faaliyetin üzerinde yükselen estetik, bilimsel, felsefi üst yapıya Katılımını amaçlamalıdır. Dolayısıyla, SAĞLIĞI KORUMAK, GELİŞTİRMEK SÜRECİ BÜTÜNSEL-KOMÜNAL İNSANI YENİDEN (VE BU KEZ DAHA ÜST DÜZEYDE) YARATMAK HEDEFİ İÇİNDE OLASIDIR.***

Sözü edilen KATILIM fabrikalarda, tarlalarda, diğer işliklerde üretimci emekgüçlerini kullanan insanların kendi çalışma koşullarının düzenlenmesinde ETKİN olmalarıyla başlar. Yani, ***Üretimci İnsan çalıştığı yerde, üretimi ve bireylerin toplumsal gereksinimlerini, çağın gereklerine göre, yetenekleri ölçüsünde düzenlemek yolunda önüne çıkan engelleri SAPTAMAK, ORTADAN KALDIRMAK sürecine TEORİK ve PRATİK olarak KATILABİLMELİ ve bunun DENETİMini elinde tutabilmelidir. Kısaca, BUGÜN İÇİN BU SÜREÇ "SİZİN GÖSTERDİĞİNİZ VE İSTEDİĞİNİZ BİÇİMDE DEĞİL, BENİM YERİME SİZ HİÇ DEĞİL, BEN YAŞAYACAĞIM" diyen BİR KÜLTÜREL, İDEOLOJİK, SİYASAL MÜCADELE İÇİNDE ANLAMLI VE OLASIDIR.***

Bu en başta, insan yaratıcılığını öldüren işlerden ve işsizlikten kaynaklanan tüm hastalıkları ortadan kaldıracaktır.

Böylece, ***koruyucu sağlık hizmetleri en geniş kitlelerin yaratıcı üretimci faaliyetlerinde varolacak ve Koruyuculuk giderek bir hizmet olmaktan çıkacaktır.*** Kitleler üretimci faaliyetlerinde bizzat kendileri ve kendi çıkarlarına üretim sürecinin daha verimli, daha yaratıcı, daha dostane olmasını sağlayacaklar, çevre sağlığı, erken tanı, bağışıklama çalışmalarında aktif görev alacaklardır.

Aslında her insan hastalık yapıcı etkenlerle üretim sürecinde karşılaşır ve kafa ile kol emeğinin giderek bütünleştiği bir toplumsal yapıda Üretimci-Üretim Dışı yaşam ayrımı da anlamsızlaşır, tüm yaşam üretici-yaratıcı olur. Dolayısıyla yaşamın nasıl düzenleneceğini, etkenlerin nasıl denetleneceğini, en iyi bu YENİ İNSAN bilebilir. Bu süreçte, şu anda sağlık bilgisini ellerinde tutan sağlıkçıların işlevi yol göstericilik olabilir.

1.3. SAĞLIĞI KORUMAK VE KAPİTALİZM

KAPİTALİZM İSE BÖYLESİ BİR ÖRGÜTLENMEYE İZİN VERMEZ: İlk olarak, işsizlik kapitalizm için yapısal bir sorundur. Sistem gelişen teknoloji ile kârı artırmak için kitleleri harcar. İkinci olarak, kapitalizm insanları istihdam ederken onların yeteneklerini gözetmez. İnsanlar bulabildikleriyle yetinmek zorunda kalırlar. Üçüncü olarak, kapitalizmde üretim kâra yönelik düzenlendiğinden, kârı azaltıcı, maliyeti artırıcı yönde sürece katılım söz konusu olamaz. Dördüncü olarak, böylesi bir katılım, üreten sınıfların ekonomik yapı üzerindeki denetimi anlamına geleceğinden, belirleyici olarak söz konusu olamaz, buna izin verilmez. ***Bu nedenle Koruyuculuk bir misyondur ve /fakat bu misyon kapitalizmin değildir, kapitalizm kitleleri koruyamaz diyoruz.***

1.4. SAĞLIĞI KORUMANIN NESNEL KOŞULLARI

a) ***Kapitalist meta ilişkileri sonlandırılmalıdır.*** Kapitalizm günümüzün Toplumsal Etken'idir. Her türlü mekanik, fiziksel, kimyasal, biyolojik etkenin olasılığını beslemektedir. Kapitalizm sonlandırılmadan hizmetten ve bilgiden eşit yararlanım, üretenlerin üretim sürecini-yaşamı denetleyebilmeleri olanaksızdır.

b) ***Emek üretkenliği-Teknolojik gelişme belli bir düzeye ulaşmış olmalıdır.*** Bu düzey şu biçimde somutlanabilir;

1) Üretkenliğin, bugünkü 8 saatlik-standart işgünü süresini aşağıya çekecek, dolayısıyla da ÜRETİMCİ İNSANA ESTETİK, BİLİMSEL, FELSEFİ AKTİVİTELERLE BÜTÜNLEŞME OLANAĞI TANIYAN BİR GELİŞME göstermiş olması. 2) Teknolojinin, ÜRETİMİN MİKRO DÜZEYİNDE YARATICI, KOLEKTİF, İNİSİYATİFLİ ÇALIŞMAYA YÖNELİK DEĞİŞİKLİKLER YAPILMASINA OLANAK TANIYAN BİR GELİŞKİNLİĞE kavuşmuş olması. Bilindiği gibi kapitalizmin ilkel dönemleri bant tipi üretim ile karakterizedir. Bant tipi üretim aşırı düzeydeki yabancılaşmanın nedenidir. Bugün ise üretimin yaygın kompüterize karakteri üretime sokulan yeni enerji kaynakları nedeniyle madencilik gibi kimi üretim dallarının ortadan kalkma eğilimine girmiş olması yeni iş düzenlemelerini olanaklı kılmaktadır. Önceden de belirtmiş olduğumuz gibi kapitalizm de bu tip düzenlemelerle ilgilidir. Ancak bunların, üretimci insana tanıdıkları büyük olanaklarla, yeni üretim ilişkilerinin, yeni insanın çok önemli maddi ön koşullarını oluşturdukları da kesindir. 3) SANAYİNİN DAHA GELİŞKİN, ÇEVREYİ DAHA AZ KİRLETEN BİR YAPILANMAYA ulaşması. Çevre kirliliğine yol açan binlerce sanayi çıktısının, çevreye zararsız hale getirilinceye dek yeniden ve yeniden üretimde kullanılması olanaklarının elde edilmesi, böylece israfın da önlenmesi. 4) UZUN SÜRE KULLANILABİLİR (DAHA DAYANIKLI) KULLANIM DEĞERLERİNİN ÜRETİLMESİ, böylece daha az ama daha iyisinin kullanılabilmesi. Şüphesiz bu ancak kâra dayalı üretim ilişkilerinin sonlandırılması, bilinçli olarak yaratılan tüketim krizinin engellenmesi ze-

mininde başarılı olabilir. Başarıldığında doğayla daha uyumlu bir toplumsal gelişme söz konusu olabilecektir.

c) ***Toplumsal işbölümünün keskin sınırlarının ortadan kalkma eğilimine girmesi gereklidir.*** Bu olgu, aslında, ikinci maddede sayılan emek üretkenliğinin gelişim düzeyiyle ilgilidir. Ancak böyle bir gelişme sözünü ettiğimiz anlamdaki koruyucu örgütlenmeye olanak tanıyacaktır. Kısaca, ***Koruyuculuk için herkesin (belki) daha çok maddi üretimci, ama (en azından) biraz da sağlıkçı olduğu bir duruma olanak tanıyacak gelişmenin ipuçları ortaya çıkmış olmalıdır.*** Öte yandan üretimin koruyuculuğa olanak tanıyacak biçimde reorganizasyonu, doğrudan doğruya toplumsal işbölümünün keskin sınırlarının kaldırılmasını realize etmeye de yöneliktir.

Toparlarsak; Koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanabilmesi, kitlelerin hastalıktan korunabilmesi için, öncelikle üretim ilişkilerinin meta karakterine son verilmelidir. ***Üretim ilişkilerinin Meta Karakteri TAŞIMADIĞI bir Ekonomik Alt Yapı, koruyuculuğu getirecek örgütlenmenin Özü'dür. Bu nedenle, böyle bir öze olanak tanıyan SİYASALLIK (SOSYALİST DEĞİŞİM) TEZAHÜR ETMELİDİR.*** Böylece Sağlığı Korumak bu örgütlenmenin İçeriği'ni oluşturacaktır. Kısaca, ***KORUYUCULUK'UN META İLİŞKİLERİNE SON VEREN BİR SİYASALLIĞIN NESNELLİĞİ ÇERÇEVESİNDE GERÇEKLEŞEBİLECEĞİ DÜŞÜNCESİNDEYİZ.***

1.5. SAĞLIK BİLGİSİ KULLANIMINA İLİŞKİN DAHA UZUN DÖNEMLİ PERSPEKTİFLER

Ancak, koruyuculuğun, çalışanların üretim sürecinin yeniden düzenlenmesine katılımı ile gerçekleşebileceği bir toplumsal örgütlenmede, sağlık hizmetinin meta karakterine son verilmiş olmakla birlikte, sağlık bilgisinin kullanımı halen hizmet olmak karakterini koruyacaktır. Hekimlik mesleğinin ortaya çıkışı ise,daha önceden açmış olduğumuz gibi, toplumsal işbölümünün ilk kez yaşandığı ilkel çağlara kadar uzanır. Böylece (hasta) insan herşeyiyle sağlıkçının emek nesnesi durumuna gelmiştir. Bu süreç, ta-

olan hastalıkların çok büyük kısmı asgari düzeye inecek, hastalık profili tamamen değişecektir. Pek çok hastalığın en baştan önlenmesi mümkün olabilecektir. Şüphesiz bu durum biyoloji, fizyoloji, fizyopatoloji, immünoloji gibi yine doğayı emek nesnesi olarak alan temel tıp bilimlerinin ortadan kalkması demek değildir. Aksine doğanın daha ileri düzeyde kontrolu açısından, bu bilimlerde daha hızlı bir gelişim gereklidir bile. Ancak, bu bilimlerin, insanların bazı rahatsızlıkları sırasında başka bazı insanların/ meslek sahiplerinin elinde olması durumu ve klinik hekimlik denilen, emek nesnesi olarak üretimci insanın rahatsız organizmasını konu alan Hizmet ortadan kalkacaktır.

Bir insanın organizmasını, bilgisine sahip olması koşuluyla, en iyi yine kendisi ve/veya en yakını tanıyabilir. Organizmada cereyan eden ağrı, bulantı, başdönmesi vb. subjektif bulgular veren olgu ve olayları en iyi insanın yine kendisi izleyebilir. Bunların seyrine en doğru kendisi karar vererek, herhangi bir müdahalenin zamanını en iyi kendisi veya en yakınındaki dostu belirleyebilir. Kanımızca üretimin ileri düzeyde kompüterize olması bu durumu daha da olanaklı olarak gündeme taşımaktadır. Böylece, bir anlamda toplumdaki hekim sayısının artmasıyla hekimlik mesleği eriyecektir. Herkesin hekim olduğu, ama tam da bu nedenle hiçkimsenin hekim olmadığı bir çağ yaşanacaktır. Böyle bir toplumda kafa ve kol emeği ayrımına dayanan toplumsal işbölümünün ortadan kalkacağını, üst yapıdaki enine işbölümünün, yani bilimci, sanatçı, felsefeci vb. gibi uzmanlaşmaların eriyeceğini düşünüyoruz. Kanımızca, maddi spektrumun bir nesnesinde uzmanlaşan ve bu uzmanlaşmayla birlikte kendisinde bilimci, sanatçı, felsefeci niteliklerini bütünleştiren YENİ İNSAN ancak böyle ortaya çıkabilecektir. İşte bu insan aynı zamanda kendi sağlığından anlayan, onu koruyup, geliştiren, gerekli bilgiye ulaşmanın yollarını bilen ve içinde yaşadığı toplumsal kolektif ile birlikte gerekli müdahaleleri yapabilen bir insan tipi olacaktır. ***Hekimliğin ortadan kalkışı, ihtiyacı olan herkesin sağlık bilgisinden ihtiyacı olduğu kadar yararlanabilmesi anlamına gelecektir. BİZ BU ÖRGÜTLENİŞE SAĞLIK BİLGİSİNİN AMATÖRCE KULLANILMASI VEYA AMATÖRLEŞ(TİRİL)MESİ DİYORUZ.***

mamen insanların öznel duyuş, düşünüşleri dışında gelişen, son derece nesnel bir olaydır. ***Toplumsal örgütlenmenin toplumsal işbölümüne giden süreci Hekimlik (sağlıkçılık) mesleğini koşullamıştır. Burada HEKİM OLMA İLE SAĞLIK DÜZEYİNİ ARTIRMA ARASINDA ÇELİŞKİLİ BİR BİRLİK vardır. Üretim sürecinin ilkelliğinde sağlık düzeyinin artabilmesi, sağlık bilgisinin kullanımının Hekimlik olarak örgütlenmesini belirlemiştir.*** Ancak buradaki çelişki köleci, feodal, kapitalist toplumların sınıfsal çelişkisinin yanında her zaman ikinci planda kalmış bir TABAKASAL ÇELİŞKİ'dir. İşte, toplumsal ilişkilerde meta ilişkilerine son verilmesiyle birlikte, realize olacak olan çelişki de budur.

Sosyalist örgütlenme, klinik hekimliği uygulayan hekimlerle, kendi organizmalarından, organizmaları ile doğanın etkileşiminden tam olarak haberdar olmayan insanların varlığından doğan sakıncaları öne çıkarır. Üretenler, korumak anlamında sağlık bilgisinin kullanımına katılmakla birlikte etkenin organizmalarını etkileme sürecinin bilgisine sahip değillerdir. Yüzyıllar boyunca kültüre uzak kalmışlıkları nedeniyle, subjektif yakınmalarının hastalık sürecinin neresine karşılık geldiğinin, bu anlamda rahatsızlıklarının ve ne yapılması gerektiğinin bilincinde de değillerdir. İşte bu noktada meslek olarak hekimlik hâlâ gereklidir. Ancak bu durum, gerek hasta bireyin rahatsızlığını tam olarak dile getiremeyişi, gerekse hekimin tanımadığı hastanın psiko-fizyolojisini tam olarak algılayamaması nedeniyle, karşılıklı bir anlaşmazlığı barındırır. Yani, sağlık hizmetinin meta karakterine son verilen bir toplumsal formasyonda, sorun (gündelik yaşantıda), tarafların birbirlerini yeterince Anlayamaması olarak biçimlenecektir. Ve bu sorun az önce sözünü ettiğimiz Tabakasal Çelişki ile doğrudan ilişkilidir. Sorun, sağlık bilgisinin ona ihtiyacı olanlara yabancılaşmış olmasından başka birşey değildir.

Öte yandan, ***hizmetin koruyuculuğa uygun olarak örgütlenişi, aynı zamanda, Sağlığın Hizmet Niteliği'ni ve Hekimlik Mesleği'ni ortadan kaldırmaya yönelik gelişimsel bir nitelik de taşır.*** Özellikle koruyucu faaliyetlerin gelişmesi, üretenlerin üretim sürecini tamamen denetleyebilmeleri sonucu, bugün görülmekte

II. TÜRKİYE İÇİN SOMUT YAKLAŞIMLARIMIZ

II.1. KISA DÖNEM İÇİN MEVCUT OLANAKLAR

Bu başlık altında yasal mevzuatta varolan ve hizmetten yararlananlarla, hizmeti üretenlerin, çeşitli aşama ve biçimlerde katılımına olanak veren yapıları topluyoruz. Önceden de belirtmiş olduğumuz gibi, sağlık hizmetlerinin bilimsel biçimde yeniden örgütlenmesi, tüm üretimin-yaşamın üretenlerce yönlendirilmesi çerçevesine oturmak zorundadır. Bu nedenle, bir ölçüde de olsa bu zorunluluğa olanak tanıyan yapılar son derece önemlidir. Kanımızca, ***burada önemli olan nokta, resmi olarak belirlenmiş bu yapıların kültürel çerçevesi içine sıkışıp kalmak değil, tam tersine onları yaşamı denetlemek yönünde etkin mücadele araçları durumuna getirebilmektir.*** Birinci türden bir tutum varolanı mutlaklaştırmak, potansiyeli söndürmek anlamına gelecekken, ikincisi, işçi sınıfının geleceğin toplumu için gerekli olan "Kendisi İçin Sınıf" bilincini yaratmaya katkı demek olacaktır. İlk tutumun çok kolay gerçekleşebilir bir durum olduğunu ve anlayışı kesinlikle sistem içi kılacağını unutmamak gerekir. Bir kez daha yinelemek yararlı olacaktır: ***Önemli olan bu yapılarla yaşamı kültürelleştirmek değil, daha ve daha fazla oranda ideolojik-siyasal kılabilmek, yaşamı dönüştürebilmenin bir aracını yaratabilmektir.***

Aşağıda da görüleceği gibi ele aldığımız yapılardan bir kısmı öncelikle sağlık emekçilerine işliklerde, iş üzerinde söz söyleyebilme olanağı tanımaktadır. Diğer bir kısmı ise sağlık hizmeti sunan kurum ve hizmetin en ucundaki sağlık emekçisi ile hizmetten yararlanmakta olan işçi ve diğer emekçi sınıfları buluşturmanın zeminini yaratmaktadır. Böylece bir yandan hizmetten yararlananlara ideolojik-siyasal mücadelede bir zemin sunarken, bir yandan da sağlık bilgisi kullanımının amatörleş(tiril)mesi anlamında nüvesel bir olanak anlamını taşımaktadır. Belirttiğimiz gibi, önemli olan, tüm bu yapıların "Sizin gösterdiğiniz gibi değil, Bizim yerimize siz, hiç değil, Biz yaşayacağız" mantığının ekilip geliştirilebilmesi olanağını vermeleridir."

Dikkati çeken bir olgu, bu türden resmi olanakların işçi sınıfı mücadelesi içinde hiç önemsenmiyor oluşudur. Ya ne demek

oldukları, ne gibi perspektifler taşıdıkları anlaşılamadığından, ya da mücadelenin "daha önemli" biçimlerine "kurban" edildiklerinden. ***Oysa Türkiye'de yaşam o kadar cömert değil ve üretimci insanla üretim dışında buluşma olanağı da "maalesef" bulunmuyor.*** O nedenle üretim sürecini her yönüyle iyi değerlendirmek bir zorunluluk oluyor. Buradaki amacımız da bu yapıların kısa bir profilini çizebilmektir. İçlerini doldurabilecek gerekli yaratıcı beceri gösterilebildiğinde yaşamın hakkı verilmiş olacaktır.

Böyle bir anlayışın öncü unsurlarca benimsenmesi en azından ideolojik mücadeleyi iş içine sokacak, zihinlerde sistemle hesaplaşmanın olanaklarını yaratacak, kısaca işi değişik bir yaşamı kurgulamanın okulu yapacaktır.

Evet, olanakları abartmadan ve/fakat küçümsemeden de ve varolanı işlevsel kılmaksızın daha fazlasını hak etmenin olanaksızlığının bilinciyle;

II.1.1. Sanayide İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları

19.2.1973 tarihinde yürürlüğe giren İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük ile oluşturulmuşlardır (65). Bu konuda İş Kanunu'nun 76. Maddesi dayanak olarak alınmıştır. Buna göre; "... sanayiden sayılan ve devamlı olarak en az 50 işçiyle, 6 aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde her işveren, bir işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulu kurmakla yükümlüdür."

Kurulda bulunması gerekli kişiler aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (madde 3):

"1) İşveren veya işveren vekili,

2) İşyeri teknik güvenlik şefi, yoksa işyerinde işçi ve iş güvenliği konularında görevli teknik eleman,

3) İşyeri hekimi,

4) Sosyal işler danışmanı,

5) Varsa sivil savunma uzmanı,

6) İşyerinde görevli former, ustabaşı ve usta,

7) 274 Sayılı Kanun'un değişik 20. maddesi hükmü uyarınca

işyerinde bulunan sendika temsilcilerinin kendi aralarında seçecekleri bir işçi, işyerinde sendika temsilcisi yoksa o işyerindeki işçilerin yarıdan fazlasının katılacağı toplantıda açık oyla seçilebilecek bir işçi."

Kurulun başkanı "işveren veya vekili" olup, 2., 3., 4., 5. maddelerde gösterilen üyeler başkan tarafından atanmaktadır.

Kurulların görevleri şu şekilde belirlenmiştir;

"1) İşçi sağlığı ve iş güvenliği konularında o işyerinde çalışanlara yol göstermek, işyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin tedbirleri tespit etmek ve işveren veya vekiline tekliflerde bulunmak, işyerinin niteliğine uygun bir işçi sağlığı ve iş güvenliği taslağı hazırlamak ve işverenin veya vekilinin onayına sunmak ve iç yönetmeliğin uygulanmasını izlemek,

2) Makine ve tezgâhlarda gerekli koruyucuların güvenlik verici bir şekilde yerleştirilmesi..., işçi sağlığı ve iş güvenliği sağlayacak bir düzen kurulması için işveren veya vekiline tekliflerde bulunmak,

3) ... her iş kazası veya meslek hastalığında veya işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili bir tehlike halinde... alınması gerekli tedbirleri sunmak veya uygulanmasını izlemek,

4) İşyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği eğitim ve öğretimini planlamak, ... ilgili programları... işverenin veya vekilinin onayına sunmak ve uygulanmasını izlemek,

5) İşyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliğinin sağlanıp yerleştirilmesi ve geliştirilmesi ... için... çalışmalarda bulunmak,

6) İşçilerin periyodik sağlık muayenelerini izlemek,

7) İşyerinin sağlık ve güvenlik durumuyla ilgili yıllık bir rapor hazırlamak, gelecek yılın çalışma programını tespit etmek ve işverene teklifte bulunmak."

Kurullar en az ayda bir kez toplanır. Oy çokluğuyla karar alır ve alınan kararlardan gerekli görülenler tüm işçilere duyurulur.

Yasal dayanağı olmasına karşın bu kurulların çalışamadıkları bilinen bir gerçektir.

Kurulların belirlenen yapısı için şu kısıtlamaların olduğu gözlenmektedir;

1) Kurulların en az 6 ay süreyle, 50 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde kurulabilir olması başlı başına bir engeldir. Çünkü Türkiye'deki işyerlerinin %90'a yakını 50'den az işçi çalıştırmaktadır. Ayrıca yalnızca İş Kanunu kapsamına girip sanayiden sayılan işyerlerinde kurulmalarının öngörülmesi de aynı anlamda bir başka engeldir.

2) Kuruldaki 7 üyeden yalnızca iki tanesi işçidir denilebilir. b, ç, d, e, bendlerinde belirtilenler doğrudan üretim sürecinin içinde bulunabilen kişiler olmakla birlikte, atamalarının patronca yapılması, resmi ideoloji dışında bir çalışma üslubunu benimseyebilmelerini engelleyecektir.

3) Kurulun ilgili konularda aldığı kararlarda "işverenin" olanaklarını gözetecek olması ve aldığı kararları "işverenin" onayına sunması bir diğer engellemedir.

4) Benzer şekilde kurulun aldığı kararlardan yalnızca gerekli gördüklerini işçilere duyuracak olması, kurul üyelerinin 8. maddede belirtildiği gibi "mesleki, teknik ve çalışma metotlarına ilişkin sırları gizlemek zorunda" oluşları da bir engellemedir.

5) Bütün bunların dışında patronun alınan kararlar karşısındaki yükümlülüğü komik düzeydedir. Patron yalnızca toplantıların yapılması için yaptırımsız bir "zorunluluk"la karşı karşıyadır. Kararların uygulanması konusunda serbesttir.

Tüm bu kısıtlamalarına karşın bu kurulların işletilmesi çabalarının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Kurul, yalnızca, yedi kişiden oluşan ve ayda bir kez toplanan bürokratik bir zorunluluk olarak algılanmamalı, toplantılar arası dönem dinamik bir hazırlık süreci haline getirilebilmelidir. Bu süreç ve kurullar, koruyucu sağlık uygulamalarına ilişkin çeşitli kazanımlar elde etmenin yanısıra başka bir açıdan da önemlidirler: Yüzyıllardır kafa emeğinden uzaklaştırılmış, zihinsel kapasiteleri horlanmış kol emekçilerinin egemen sınıfın resmi ideolojisine karşı bir başka yönden reddiye anlamını taşırlar. İşçi sınıfının bugüne ve geleceğe ilişkin taleplerini, hayallerini hareketlendirir, işçi sınıfının zihinsel yaratıcılığının kanıtı olabilirler.

II. 1.2. Mevcut Sağlık Örgütü İçindeki Katılımcı Yapılar

II. 1.2.a. Sağlık Ocakları İle İlintili Katılımcı Yapılar

Bunlar 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 23. maddesinde tanımlanmış olan Sağlık Kurulları'dır. Ayrıntıları daha sonra çıkarılan Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği ile belirlenmiştir (66). Bu yönetmeliğin amacı, halkın sağlık hizmetlerine katılımı olarak belirlenmiştir (madde 2).

Yönetmelikte idari yapılanma esas alınarak 3 tip sağlık kurulu tanımlanmıştır;

1) Köylerde ve bucaklarda; Sağlık ocağı hekimi başkanlık eder. Diğer üyelerini belediye başkanı, köy ve mahallelerin muhtarları, orta ve ilkokul müdürleri, köy imamları ve köy ihtiyar heyetlerinin seçtiği birer kişi oluşturmaktadır.

2) İlçe merkezlerinde; Yine ocak hekiminin başkanlığında belediye başkanı, mahalle muhtarları, ilköğretim müdürü, ilçedeki diğer resmi kurumların müdürleri.

3) İller sağlık kurulları; Vali başkanlık eder. Diğer üyeleri ise il sağlık müdürü, belediye başkanı, askeri garnizonun sağlık amiri, tabip odası başkanı, ildeki resmi kurumların müdürleri veya temsilcileridir (bkz. madde 3).

Bu kurulların işlevi sağlık hizmetinin, o bölge düzeyinde, koordinasyonunu sağlamaktır. Üç ayda bir toplanıp, oy çokluğu ile karar verirler (madde 5).

Kendi içlerinde son derece bürokratik yapıları olduğu kesindir. Bu yapı iller düzeyine çıkıldıkça belirginleşmektedir.

Burada asıl önemli sorun, amaç halkla işbirliği olarak belirtilmişken, kurulların yapısının yalnızca resmi kurumların üst düzey temsilcilerinden oluşuyor olmasıdır. Bu durumda belirlenen işlevlerini yerine getirebilmeleri olanaksız görünmektedir.

Bununla birlikte, özellikle köy ve ilçeler düzeyindeki kurulların sağlık ocağı hekiminin inisiyatifinde işlerlik kazanabileceği düşünülebilir. Böylesi bir inisiyatif çerçevesinde sağlık kurullarının bileşimi bile değiştirilebilir ve halkın çoğulcu iradesinin yan-

ışmasına izin verebilecek bir biçime dönüştürülebilir. Bu yönde uygulanmış tek tük örnekler bu anlamda ipucu olarak kabul edilebilir.

Buna karşın yukarıdaki yapılanmalarıyla işletilmeleri durumunda bile sağlık emekçilerinin, hekim aracılığıyla ve idari yapı içinde işin yürütüm koşullarına müdahale etmeleri olanağını verebilirler.

II.1.2.b. Hastaneler ile İlintili Katılımcı Yapılar

Bunlar da Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (67. kaynakta madde 20 ve 21) ile Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nde (68. kaynakta 13, 14, 15, 16, 17, 18. maddeler) belirlenmiş durumdadır. Sözü edilecek kurullar sağlık işkolunda sağlık çalışanlarının hizmetin yürütülmesine katılımına olanak tanır niteliktedir. Üretimin diğer sektörlerinde de benzeri yapılar olabilir. Bunların aynı biçimde değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

Dört tane kurul dikkati çekmektedir;

1) Hastane Konseyi; Yataklı tedavi kurumlarında başhekimin başkanlığında bütün servis, laboratuvar şef veya uzmanları, hastane müdürü ve başhekimin katılımıyla kurulur. Salt çoğunlukla yılda 4 kez toplanır. Hastaneyi ilgilendiren tüm konuları gündemine alabilir. Oy çokluğu ile karar verir. Bilimsel çalışmaları yürütecek alt komisyonları seçebilir. Alınan kararların uygulanması başhekime aittir.

2) Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu; Eğitim hastanelerinde kurulur. Başhekimle birlikte 3-5 şeften oluşur. Görevi gerek hastane içinde gerekse diğer kurumlarla ilişkiler çerçevesinde kurumun bilimsel araştırma ve eğitim etkinliklerini programlamak, koordine etmek ve yürütülmesini sağlamaktır.

3) Bilimsel Konsey; Hastane başhekimi başkanlık eder. Üyeleri ise klinik şefleridir. Ayda en az bir kez toplanması gerekir. Oy çokluğuyla karar alır. Hizmetin bilimsel yönde uygulanması göreviyle yükümlüdür.

4) İnfeksiyon Komiteleri; Başhekimin başkanlığında, dahili,

cerrahi, infeksiyon hastalıklarından bir uzman hekim ve başhemşire olmak üzere 5 kişiden oluşur. Hastane içinde infeksiyonların kontrol edilmesiyle görevlidir.

Görüldüğü gibi yukarıdaki dört kurul da bilimsel, mesleki, idari görevlerle yüklüdür. Yalnızca hastane personelinin katılımıyla oluşmaktadır. Hizmeti alanları içeren herhangi bir düzenleme yoktur. Öte yandan, hastane çalışanlarının katılımı da son derece kısıtlayıcıdır. Öncelikle hemen tamamen hekim dışı katmanlara kapalı durumdadır. İkinci olarak da yine hemen tamamen hekimlerin yalnızca üst tabakalarına açıktır.

Tüm bu kısıtlamalara karşın, belirlenmiş olan bu kurulların işletilmesi ve yapıların demokratikleştirilmesi yönünde verilecek mücadele işin denetlenmesi anlamındaki anlayışın geliştirilmesinde, bu konuda sistemin deşifre edilmesinde ideolojik bir zemin de oluşturacaklardır.

II.2. UZUN DÖNEMLİ SAĞLIK PROJESİ

Aşağıda açmaya çalışacağımız projenin gerçekleşebilmesi, öncelikle kapitalist meta ilişkilerine son verilmesini gerektirecektir. Önerilerin bugünkü resmi söylemle yapabileceği kimi çağrışımlar biçimseldir. Öte yandan önerilen modelin bazı noktaları bugünden başlayarak özellikle sendikal mücadelenin gündemine girebilir.

II.2.1. Temel İlkeleri

1) Öncelikle hedef sağlığın primer korunması ve geliştirilmesidir. İnsanın yaratıcı, kolektif kişiliğinin olabildiğince geliştirilmesi ve hastalık yapıcı tüm etkenlerin organizma dışında belirlenip gerekli önlemlerin alınması bu hedefe yönelen yolun temel bileşenleridir.

2) Sağlığın korunması ve geliştirilmesi üretim sürecinin düzenlenmesi inisiyatifinin üretenlere geçmesini sağlayacak siyasallığın yansımasıyla mümkündür. Kısaca, işliklerde üretimin yeniden düzenlenmesi ve sağlık hizmetinin her aşamasına üretenlerin

aktif katılımı sağlanır. Sağlığı etkileyebilecek tüm sorunlar, bu arada sağlık hizmetinin kendisi birim meclislerinde ele alınır, tartışılır, karara bağlanır, gerektiğinde alt komisyonlar kurulur.

3) Sağlık hizmeti üretim birimlerini (işlikleri) temel alarak örgütlenir. Üretim birimleri; fabrikalar, hizmet sektöründeki işlikler (okul, hastane, bürolar vb.), tarım kesimindeki kolektif ve küçük ölçekli çiftliklerdir. Üretim birimlerinde hizmet nüfusa orantılı olarak standardize edilir. Gerektiğinde küçük işletmeler gruplandırılarak, yeterli büyüklük sağlandıktan sonra sağlık birimi kurulur. Öte yandan, gelişkin teknolojinin kullanıldığı işliklerde, kompüterizasyona bağlı olarak nüfus az olsa da, birimdeki üretimin yapısı dikkate alınarak, yine ayrı bir sağlık birimi oluşturulabilir.

4) Sağlık hizmeti basamaklandırılmıştır. Bu durumda üretim birimlerinin içinde olan aşama 1. Basamak Sağlık Hizmeti (1.BSH)'dir. Basamaklar arasında düzenli işleyen bir zincir kurulur.

5) 1. BSH'lerini koruyucu sağlık hizmetleri ile ayaktan ve acil düzeydeki tedavi edici hizmetler oluşturur. Ağırlık koruyucu sağlık hizmetlerindedir.

6) Koruyucu sağlık hizmetlerinin ana çerçevesini üretim sürecinin, iş ortamının bilimsel kriterler gözetilerek düzenlenip, üreten sınıfların kolektif iradesi ile yönetilmesi oluşturur. İş ortamının düzenlenmesi; tüm mekanik, fiziksel, kimyasal, biyolojik risklerin tespitini, erken tanısını, zararsızlaştırılması yönünde ortamın elden geçirilmesini içerir. Dolayısıyla, sağlık biriminin risk tespitini yapabilecek teknik donanıma sahip olması gerekir. Öte yandan işin daha yaşanır duruma getirilmesi, gerçek bir sosyal çevreye dönüştürülmesi de koruyucu sağlık hizmetlerinin içindedir. Bütün bunlara ek olarak kapitalizmden devralınan bağışıklama, aile planlaması gibi uygulamalar düzenli olarak yürütür.

7) Sağlık biriminin donanımı işyerinin özelliğine göre değişiklik gösterebilir.

8) Ev ekonomisinin halen yaygın olduğu bölgelerde ana-çocuk sağlığı ağırlıklı olan bugünkü sağlık ocağı sisteminin yaygınlaştırılarak ve daha nitelikli, bilimsel normlara uygun bir biçimde sürdürülmesi gereklidir.

9) 1. BSH tam gün çalışan bir ekip tarafından yürütülür. Ekip elemanları işyerinin özelliklerine göre değişik niteliklere sahip olabilirler.

10) Üretenlerin sağlık eğitimi 1.basamaktaki hizmetin en önemli bileşenlerindendir. Üretim sürecinin iş akış şemasının, emek nesnesi ve diğer üretim araçlarının, varolan risklerden korunma yollarının tanımlanması, yaratıcı ve etkin çalışmanın, temel insan fizyolojisinin, fizyopatolojik süreçlerin izlenebilir bulgularının ne anlama geldiğinin ve acil müdahale yollarının öğretilmesi, sağlık eğitiminin içeriğini oluşturur.

11) Sağlık hizmeti aynı zamanda akademik bir etkinliktir. Sorunun belirlenmesi, çözüm yollarının üretilmesi, hizmetin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi, yeniden planlanması süreci bu akademik etkinliğin ta kendisidir. Bu araştırmacı süreç yine ekip halinde ve üretenlerin aktif katılımı ile yürütülür. Üretimci insanlar akademik faaliyet içinde yer almaya özellikle özendirilirler. Araştırma ile geçen zaman çalışma saatlerinden sayılır.

12) Üretici güçlerin gelişmesinin, bilimsel-teknolojik ilerlemenin sağlığı da geliştireceği tezinden hareketle; toplumsal kalkınmayı hedefleyen tüm yerel meclislerde, diğer sektörlerle işbirliği halinde sağlıkçının da yeri vardır.

13) Böyle bir örgütlenmede sağlık bilgisi kullanımının amatörleşmesi yolunda olanaklar doğmuştur. Bunlar şunlardır; a) Sağlıkçı artık üretim sürecini bilen bir sağlıkçıdır. Sağlıkçı bu anlamda amatörleşmektedir. b) Yaygın sağlık eğitimi, sağlık hizmeti ve bilimsel aktivitilere aktif katılım nedeniyle üreten insan amatörleşmektedir. Yeni bir hekim tipi, yeni bir mühendis tipi, yeni bir işçi tipi doğmaktadır.

14) Yukarıdaki süreci geliştirmek üzere sağlıkçı-işçi yetiştirilir. Üretim birimindeki herkesin, biraz daha uzmanca sağlıkçı olarak çalışmasının koşullarının yaratılması hedeflenir.

15) Hizmet herkes için eşit ve ulaşılabilirdir. Gereken durumlar için gezici ekipler oluşturulmuştur.

16) 2. BSH idari yapılanma temelinde ve nüfusa orantılı olarak örgütlenir. Yataklı tedavi kurumlarını, laboratuvarları ve idari

yapıları içerir. Eğitim, araştırma, hizmet bakımından 1. BSH'yi destekler.

17) 1. BSH çalışanlarının bağlı bulunduğu kurum 2. basmaktadır. Sağlık örgütünün idari işleri bölgedeki tüm sağlık emekçilerinin temsil edilebileceği bir mecliste görüşülür, karara bağlanır, gerektiğinde alt komisyonlar oluşturulur.

18) 2. basamakta, ayrıca bölgedeki tüm çalışanların temsilcilerinin katılabileceği Bölge Sağlık Güvenlik Kurulu vardır. Hizmet burada tartışılır, yapılan planlar kesinleştirilir. Sağlık örgütünün çalışma raporları değerlendirilir.

19) 3. BSH üniversite hastaneleri, iş sağlığı enstitüsü gibi özel araştırma, eğitim ve hizmet kurumlarının bulunduğu birimlerden oluşur.

20) Tıp eğitimi bu örgütlenmeye uygun olarak yeniden düzenlenir. Amaçları: a) topluma yararlı olma isteği taşıyan, b) sağlık sorunlarını saptayıp, çözümlerinde liderlik yapabilecek, c) kendi kendine öğrenebilen, yaratıcı, etkin, demokratik, d) koruyucu ve tedavi edici hekimlik bilgi ve becerisine sahip hekimler yetiştirmektir. Hekimin iyi bir sosyoloji, felsefe, eğitbilim nosyonuna sahip olması zorunludur. Tıp eğitiminin eğitbilimsel ilkeleri; aktif, soruna yönelik, entegratif, sistematik, uygulamalı, kolektivist, sahaya ve koruyuculuğa yönelik, akademik zenginlik içinde, yönetime katılımcı, eleyici olmayan, anadilde başlıkları altında sıralanabilir. Eğitimin önemli bir kısmı üretim birimlerinde örgütlenmiş olan 1. BSH içinde gerçekleşir.

21) Sağlık hizmeti toplumsal artı-ürünün bir kısmının biriktirildiği bir fondan finanse edilir. Hizmetin sunumu sağlık örgütünün kapasitesi ile toplumun ve bireylerin gereksinimleri arasındaki denge ile sağlanır.

22) Sağlık hizmeti tüm çalışan temsilcilerinin, işçi ve emekçi sınıfların partilerinin, ilgili devlet organlarının katılımı ile planlanır, yönlendirilir. Sağlık hizmeti işçi sınıfı devletinin elindedir. Özel sağlık hizmeti yoktur.

23) Hizmetin devlet elinde olması, insangücü, para vb. tüm kaynakların devlet tarafından kullanımı demektir. Ancak bu du-

rum, yukarıda her basamak için tanımlanan aktif katılım mekanizmelarının yaşama geçirilebilmesi kapasite-gereksinimler dengesinin tutturulması anlamına gelir. Bu bağlamda, kaynakların dengeli dağılımı çerçevesinde işçi sınıfının kolektif idaresinin yaşama geçmesi mümkün olur. Devlet kolektif iradenin yürütücüsüdür.

II.2.2. Örgütlenme Modeli

Türkiye için bir sağlık sistemi modeli düşünülürken göz önünde tutulmaya çalışılan en önemli nokta sağlık hizmetlerinin kullanıcısı durumunda olan emekçilerin katılımının sağlanması olmuştur. Bir kez daha belirtmek gerekirse, sağlığın korunması ancak, üretimci emek-gücü sahibi sınıfların, tüm toplumsal yaşantının her anının aktif belirleyicileri olmalarıyla olanaklı olabilecektir. Kısaca, Katılım'dan anladığımız yalnızca sağlık hizmetlerine özelleştirilmiş, diğer bir deyişle kapsamı daraltılmış bir kavram değildir. Sağlıklı insan, toplumsal yaşantının her yönü için Sorumluluk duyan ve bu anlamda kendine Hak gören ve giderek bu Sorumluluk ve Hakkı yaşama geçiren insandır. Dolayısıyla, az sonra önereceğimiz katılımcı yapılar tüm toplumsal yaşantıyı kendi gündemleri olarak görmek konumunda olan yapılar olmak durumundadırlar. Bir başka deyişle, önerdiğimiz katılım biçimi yalnızca alternatif sağlık örgütlenmesi biçimi olarak değil, kaba da olsa alternatif bir toplumsal örgütlenme modeli olarak da değerlendirilebilir. Üretimci bireylerin toplumun tüm idaresini ve her düzeyde ellerine aldıkları, toplumun kolektif iradesinin üretim birimlerinin temsiliyeti esasına dayalı yerel ve diğer düzeylerdeki organlarda yansıdığı bir model. Sağlık hizmetine özel konular bu temsili meclislerin çalışma alanlarından ancak birisi olacaktır.

Her düzeyde, tanımlanan katılımcı yapılar o düzeydeki hizmetin planlanmasından ve yapılan planlara uygun olarak yürütülmesinin denetlenmesinden sorumludurlar. Bu anlamda bir üst düzeydeki katılıma yönelik yapı, kendi altında ve doğrudan kendisine bağlı bulunan katılımcı organlarının planlama ve diğer çalışmalarının koordinasyonu ve planların ilgili bölge düzeyinde uyumlandırılmasıyla görevlidir. Bunun dışında tüm hak ve sorumlulukla-

rın o bölgenin doğrudan temsili meclisinde bulunması ve bu temsiliyetin üretenlerin inisiyatifini olabildiğince tam olarak yansıtabilmesi esastır. Dolayısıyla meclislere seçilen kişilerin periyodik olarak yenilenmesi ve istenildiği an kendilerini seçenlerce görevden alınabilmeleri mutlaka gözetilmelidir.

Bu anlamda, tanımlayacağımız katılımcı yapıların genel olarak siyasi anlamdaki yasama ve yürütme görevleriyle yüklü olduklarını düşünüyoruz. Böylece nüfusa orantılı olarak her bölgede üretenlerin doğrudan iradesinin yansıyabileceği temsili meclisler düşünüyoruz. Belirttiğimiz gibi, sağlık hizmetine özel işlevler düşündüğümüz bu kurumların çalışma alanlarının ancak bir kısmını oluşturabilir. Buna karşın, tanımlanan kurumların yalnızca sağlık hizmetine özelleştirilmiş oldukları izlenimini veren üslubumuz, bu çalışmanın öncelikle sağlığa ilişkin oluşundan ve toplumsal yaşantının diğer alanlarını konu alan başka çalışmalarla sosyalist demokrasinin örgütlenişinin tartışılmasına ve geliştirilmesine duyduğumuz gereksinimdendir. Kısaca, sağlık hizmetinin örgütlenmesine yönelik bir alternatif ancak genel bir sosyalist-toplumsal model ile bütünleştiğinde gerçekçi ve bilimsel olabilir. Eklektik bir sağlık örgütlenmesi modelinin pratize edilebilir ve geliştirilebilir hiçbir yanı yoktur, olamaz. Bu nedenle, bu çalışma aynı zamanda genel bir toplumsal model önerisinin içine oturmak zorundadır, bu zorunluluk başka alanlarda benzeri niyetlerle gerçekleştirilecek, bilimsel çalışmaları gerektirmektedir. Ancak, burada kesinlikle vurgulamamız gereken nokta, üreten insan yaşamın her anında etkin kılınmadıkça, kısaca yabancılaşma yenilmedikçe sağlığın korunması ve geliştirilmesinin olanaksız olacağıdır. Sağlık örgütlenmesini meclisler düzeyinde ele alışımızın ve birlikte sosyalist demokrasi kurgusunun içine oturtulması gerektiğinin altını çizişimizin nedeni bundandır.

Bu modelin, merkezi erkin gücünü sınırladığı ve hattâ bunun da ötesinde böyle bir amacı gözettiği ortadadır. Öte yandan modelin kendisinin, ancak merkezi erkin gücünün azalmasının olanaklı olduğu koşullarda yaşama geçebileceği de açıktır. Öyle tahmin ediyoruz ki, sosyalizme geçiş sürecinde, iç ve dış savaş koşullarının egemen olması durumunda siyasal ve askeri gücün olabildi-

ğince merkezileştirilmesi zorunlu olabilecektir. Bu durumda, modelin temel iklelerinin "mümkün olduğunca" yaşama geçirilebilmesinden başka yol görünmemektedir. Sonuçta, ne olursa olsun insan sağlığı açısından belirleyici olan nokta, üretenlerin kolektif iradesinin doğrudan biçimde ne ölçüde yaşama geçirilebildiğidir.

Sistemin bütünüyle tartışmaya ve zenginleştirilmeye açık olduğunu belirtmek yararlı olacaktır. Önerilenler, genel ilkeler bölümünde sıralananların somutlanmasına yönelik bir çabadır. Bu anlamda düşüncelerin, hayallerin netleştirilmesi ve tartışmanın canlandırılması yolunda bir niyet olarak kabul edilmelidir. İzleyebildiğimiz kadarıyla, düşüncelerin somut bir biçimde yazıya dökülmesi tartışmaları daha verimli kılmakta, hayallerin daha net biçimde aktarılabilmesine olanak tanımaktadır. Yaşam, düşünülenlerin uygulanması sürecinde eksiklikleri giderecek, hataları düzeltecektir.

Model işyeri düzeyinde ve üretimin içinde örgütlenmeyi hedeflemiştir. Bu kapsam dışında kalabilecek tek sektör ev ekonomisidir. Ev ekonomisinin yaygın olduğu yerlerde yerleşim yeri esasına göre örgütlenmiş olan sağlık ocakları sisteminden yararlanılması düşünülebilir.

Aşağıda açacağımız modelde yerel düzeyden en üst düzeye kadar başlıca üç yapı bulunmaktadır;

A) SAĞLIK HİZMETİNİ SUNAN KURUMLAR:

KORUYUCU HİZMET İÇİN	TEDAVİ EDİCİ HİZMET İÇİN
1) İşyeri Sağlık Birimi.	1) İşyeri Sağlık Birimi
2) Bölge Sağlık Merkezi.	2) Bölge Hastanesi ve Laboratuvarlar.
3) Üst Bölge Sağlık Merkezi.	3) Üst Bölge Hastanesi ve Laboratuvarlar.
4) Yüksek Sağlık Akademisi.	4) Uzmanlık ve Üniversite Hastaneleri, İş Sağlığı Enstitüsü'ne bağlı Meslek Hastalıkları Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi.

B) İDARİ YAPI:

1) İşyeri Hekimi.

2) Bölge Sağlık Merkezi İdaresi; Bölge Sağlık Müdürü başkanlığında.

3) Üst Bölge Sağlık Merkezi İdaresi; Üst Bölge Sağlık Müdürü başkanlığında.

4) Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.

C) KATILIMIYLA İLGİLİ KURUMLAR:

1) İşyeri Sağlık Güvenlik Kurulu.
2) Bölge Sağlık Güvenlik Kurulu.
3) Üst Bölge Sağlık Güvnelik Kurulu.
4) Yüksek Sağlık Kurulu.

Bu modelde idari yapı, sağlık hizmetlerine ilişkin teknik bilgiye sahip olan ve yürütücü konumunda bulunan unsur olarak ele alınmıştır. Buna göre sağlık hizmetinin değerlendirilmesi ve planlanmasına ilişkin çalışmalar katılımla ilgili kurumlarda yapılacak, yürütücüsü ise idari yapı olacaktır. İşçi sınıfının idare ve hizmete katılımı sürecinde bu profesyonelleşmenin eriyeceği öngörülmüş, teknik bilgi ve olanaklar ile gereksinimleri bütünleştirmek kaygısı önde tutulmaya çalışılmıştır.

Bu çerçevede modeldeki kurumlar aşağıdaki gibi açılabilir;

SAĞLIK HİZMETİNİ SUNAN KURUMLAR:

A- İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ:

İşyeri hekimi ile diğer sağlık personelinden ve gerekli donanımdan oluşur. İşyeri hekimini Bölge Sağlık Güvenlik Kurulu atar. 50-400 kişinin çalıştığı işyerlerine 1 hekim ve 1 hekim dışı sağlık personeli atanır. Verilen oran işyerinin özelliklerine göre değişebilir. 1/400 oranı yıllık ortalama hekime başvuru sayısı 2 kabul edilerek bulunmuştur (Bu sayının Türkiye için SB'ye bağlı kurumlarda 0.5-1 arasında olduğu tahmin edilmektedir. SSK ise kendi kayıtlarında aynı sayıyı yaklaşık 2 olarak vermektedir).

400'ün üzerinde kişinin çalıştığı işyerlerinde ise, ek olarak, 400'ün üzerindeki her 200 kişi için 1 hekim dışı sağlık personeli ve her 400 kişi için 1 hekim atanır. 50'nin altında kişinin çalıştığı işyerleri ise konumları ve koşulları dikkate alınarak, aynı sayıya ulaşacak şekilde birleştirilir ve yine 1 işyeri hekimi görevlendirilir. İşyeri hekimi bulunmayan işyerlerine çalışma izni verilmez.

İşyeri hekiminin temel görevi sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Bu nedenle üretim sürecini iyi bilmek zorundadır. Bu zorunluluk yeni bir sağlıkçı tipini koşullayacaktır. Bu noktadan bakınca, hekim gerektiğinde işçinin eğitmeni, gerektiğinde takım arkadaşı ve gerektiğinde de öğrencisi olmak durumundadır.

İşyeri hekiminin görevleri genel olarak şunlardır;

1) Tıbbi görevler:

Kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler; (Aşılama, periyodik muayeneler, aile planlaması hizmetleri, sağlık eğitimi, ayaktan muayeneler vb.)

2) Tıbbi-teknik görevler; İşyerinin sağlığa uygun olarak düzenlenmesi yönündeki tüm çabalar.

3) Sağlıkçı işçi yetiştirilmesi.

4) Kayıt ve istatistikle ilgili görevler.

5) Kendi sürekli eğitimine yönelik görevler.

6) İşyeri sağlık ve güvenlik kurulu (İSGK)na yönelik görevler; İşyeri hekimi geçmiş yılın çalışma raporunun ve gelecek yılın hizmet planının hazırlanmasında İSGK'ye öncülük eder.

İşyeri hekimliği pratiğin içinde akademik bir etkinliktir. Kayıt ve istatistiksel verilerin toplanması bu nedenle önemlidir. Sağlık sorunlarının belirlenmesi, çözüm önerilerinin geliştirilmesi, hizmetin değerlendirilmesi, yeniden planlanması gibi ana aktiviteler bu akademik etkinliğin çeşitli yönleridir. İşyeri hekiminin sürekli eğitimi örgütün daha üst düzeydeki kurumlarında bir koordinasyon içinde yürütülür.

Tıp fakültesinden mezun olan her hekim herhangi bir işyerinde çalışabilecek düzeyde bilgi ve beceriye sahiptir. Bu, tıp fakül-

telerinin daha çok oranda pratiğin içine sokulmaları, saha eğitiminin artırılması ile sağlanacaktır. Böylece belli büyüklükteki bir coğrafi bölge fakültenin eğitim, araştırma, hizmet bölgesi olacak, fakültelerdeki eğitim ülkenin sağlık gereksinimlerine göre düzenlenebilecektir. Eğitimde, fakültenin içinde bulunduğu bölgenin gereksinimlerine yönelik kimi özgün düzenlemelere gidilebilecektir. Bunun ötesinde tüm üniversite bütün organlarıyla üretimin içine, işliklere girecek, tarım ve sanayi ile bütünleşecek böylece Bilim-Üretim Kompleksi oluşacaktır. Bu yapı sağlık hizmetinin, üretimin diğer alanları ile organik bir tarzda bütünleşmesi olanağını yaratacaktır.

B- BÖLGE SAĞLIK MERKEZİ:

Merkez kendi bölgesindeki sağlık hizmetinin uygulayacısıdır. 20-30 bin kişiye hizmet verecek şekilde, işyerlerine olabildiğince yakın ve merkezi bir konumda kurulur. Bir bölge hastanesi ve gerekli laboratuvarlardan oluşur. Bölge hastanesi 40-50 yataklı olarak planlanır (Bölge hastanesinin büyüklüğü kişi başına yıllık poliklinik sayısı, toplam muayeneler içinde hastaneye yatış oranı, hasta başına ortalama hastanede yatış süresi gibi değişkenler dikkate alınarak hesaplanmıştır).

Görevleri:

Bölge düzeyinde hizmetin yürütülmesi, araştırma ve koordinasyon görevleri vardır. Bunların ayrıntıları şu şekilde belirlenebilir:

1) İşyerlerine periyodik ziyaretler yapmak, hizmetin yürütülmesini denetlemek. Bu ziyaretlerin sonuçlarını İSGK'ye ve işyeri yöneticisine bildirmek.

2) İşyeri hekimi ve İSGK'ye danışmanlık yapmak.

3) Bölgedeki iş risklerinin ve çalışma koşullarının sürekli olarak izlenmesini, düzeltilmeleri yolunda gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak.

4) Bölgenin çevre sağlığı sorunlarına yönelik gerekli önlemlerin alınması için her türlü çalışmayı yapmak.

5) Geçmiş yılın çalışma raporunun ve gelecek yıla ilişkin planın hazırlanmasında Bölge Sağlık Güvenlik Kurulu'na öncülük etmek.

İnsan gücü;

1) Uzmanlar; Uzmanlık düzeyinde hekimler (iç hastalıkları, nöroloji, cerrahi, farmakoloji, fizyoloji, patoloji alanlarında) mühendisler (fizik, kimya, endüstri mühendisleri gibi), biyolog, psikolog gibi uzmanlar.

2) Gerekli sayı ve nitelikte hekim dışı sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru gibi).

3) İdari ve işletmecilik hizmetlerinde görevli diğer personel.

Görüleceği gibi sözü edilen personelden bir kısmı tedavi edici sağlık hizmetleriyle ilgilidir. Buna karşın önemli bir diğer kısmı da (mühendis, biyolog, psikolog, fizyolog gibi) koruyucu sağlık hizmetleri için düşünülmüştür. İkinci gruptaki personel, iş sağlığı enstitülerinden, kendi alanlarında iş sağlığı ile ilgili üst eğitim almış kişilerdir.

Donanımı;

Bölgedeki bütün işyeri hekimlerinin ilk başvuru yeri olması sıfatıyla yeterli tıbbi, laboratuvar ve eğitsel donanıma sahip olması koşuldur. Bu donanım arasında temel iş risklerini belirlemeye yönelik olanlar (ses, toz, radyasyon, ışık ölçüm aletleri gibi), yeterli eğitim malzemeleri ve eğitim salonları, klinik laboratuvarlar, bilgisayar donanımı sayılabilir.

C- ÜST BÖLGE SAĞLIK MERKEZİ:

Kabaca Bölge Sağlık Merkezi ile aynı görevleri olmakla birlikte daha geniş bir bölgeye (300-500 bin kişilik) yöneliktir. 100-500 yataklı hastanelerle ve yeterli laboratuvarlarla desteklenir.

D- YÜKSEK SAĞLIK AKADEMİSİ:

Ülkedeki tüm sağlık hizmetlerinin ve sağlık meslekleri eğitiminin temel ilkelerini, standartlarını belirleyen bir kurumdur.

Doğrudan doğruya hizmet, eğitim veya araştırma işlevi ile yüklü değildir.

Görevleri;

1) Sağlık hizmetinin standartlarını belirlemek.

2) Ülke düzeyinde, sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla durum saptama araştırmalarının koordinasyonunu sağlamak.

3) Sağlık hizmetinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacak araştırmaları ülke düzeyinde koordine etmek, değerlendirilmelerini sağlamak.

4) Kullanılan teknolojilerin, çeşitli maddelerin sağlığa en az zararlı olması yönünde çalışmalar yapmak, bunların sağlığa olan etkilerini incelemek.

5) İşyerlerinde bulunması gerekli koşulları belirleyip, en genel standartları saptamak, işyerlerine duyurmak. İş risklerinin, çalışma koşullarının standartlarını belirlemek.

6) Risk haritaları hazırlamak, çeşitli sağlık sorunlarına yönelik ülke düzeyinde durum saptama araştırmaları yapmak, hizmete yönelik önerilerde bulunmak.

7) Mezuniyet öncesi ve sonrası düzeylerdeki sağlık meslekleri eğitimlerinin standartlarını belirlemek, örnek eğitim programları, eğitim dökümanları hazırlamak.

8) Eğitim sorunlarında durum saptama araştırmaları yapmak, önerilerde bulunmak.

9) Üst düzey sağlık personeli için akademik düzeyde eğitim programlarını yürütmek.

10) Sağlık politikasının ve geçmiş yılın çalışma raporunun hazırlanmasında rehberlik etmek.

Yüksek Sağlık Akademisi'nin yönetimi özerk olup, Yüksek Sağlık Kurulu'nun seçtiği bir Konseyce yürütülür. Tüm kadrosu bu Konsey'in önerisi ile Sağlık Bakanlığı'nca atanır. Akademi yöneticisi Konsey tarafından seçilir.

E- İŞ SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ:

Sağlık ilgili olan ve üçüncü basamakta hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetler veren kurumlardır. Eğitim ve araştırma işlevleri de vardır. Üniversiteler gibi belli büyüklükteki bir bölgeyi kendi alanları kabul ederek çalışırlar. Üniversitelere bağlı bir kurum olabilecekleri gibi, üniversitelerle sıkı işbirliği içinde çalışan ayrı kurumlar da olabilirler.

Kendi bölgelerinde iş sağlığıyla ilgili araştırmalar yapmak, ikinci basamaktaki Bölge Sağlık Merkezleri'nin koruyucu sağlık hizmetleriyle görevli personelinin her türlü eğitimini sağlamak, meslek hastalıkları ve iş kazalarına yönelik olarak tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yürütmek başlıca görevleri arasındadır.

Yapısı;

Akademik Yapısı:
- İş Psikolojisi Anabilim Dalı.
- Fiziksel, Kimyasal, Biyolojik Riskler Anabilim Dalı.
- İş Fizyolojisi ve Ergonomisi Anabilim Dalı.

Hizmet Veren Kurumları:
- Rehabilitasyon Merkezi.
- Meslek Hastalıkları Hastanesi.
- İleri Laboratuvarlar.

KATILIMLA İLGİLİ YAPILAR:

A- SAĞLIK GÜVENLİK KURULU:

İşliklerdeki bu kurullar sistemin en önemli öğesidir. Yasalarda bu kurullara tanınacak yetkilerin eksiksiz olması sistemin verimli işlemesi için koşuldur. İşyerinde sağlığın geliştirilmesi için yapılacak bütün çalışmalarda birimlerin istek ve gereksinimleri en ön plana çıkacak şekilde planlamaya gidilecektir.

Tüm işletmelerde bu kurulların oluşturulması zorunludur. Kurullar işyerinde çalışanların sayısına göre şu şekilde oluşturulacaktır;

- 100'ün altında kişi çalıştıran işletmelerde 1/10 temsiliyetle.

- 101-500 kişinin çalıştığı işletmelerde ilk 100 kişi için aynı oran korunmak üzere, sonraki 400 kişi için 1/25 oranındaki ek temsiliyetle.

- 500'ün üstünde kişinin çalıştığı işletmelerde yukarıdaki sayıya 1/50 oranında ek temsiliyetle.

İşletme yöneticisi ve işyeri hekimi kurulun doğal üyesidirler.

Bu kurulu oluşturan temsilciler işyerindeki tüm çalışanlardan oluşan İşyeri Meclisi'nde seçilirler. Bu seçim her homojen grubun kendi temsilcisini seçmesi şeklinde olur. Homojen grup; bir işyerinde benzer koşullar altında çalışan kişiler anlamına gelir. Kurul temsilcilerinin homojen gruplarca seçilmelerinin nedeni, işyeri içindeki değişik üretim alanlarının kurulda olabildiğince orantılı biçimde temsiliyetinin sağlanabilmesidir.

Temsilciler İşyeri Meclisi'nin belirleyeceği süre kadar görevde kalırlar. Bu süre içinde yine meclis tarafından oy çokluğu ile görevden alınabilirler.

Kurula seçilen işçiler sağlıkçı işçi olarak eğitilirler. Kurulda herkesin bir oy hakkı olup, kararlar kapalı oy ve oy çokluğu ile alınır.

Kurul ayda en az 1 kez toplanır. Bu toplantıların dışında en az yılda 1 kez olmak üzere İşyeri Meclisi toplanır. Bu toplantıların tümü çalışma saatleri içinde yapılır. Toplantılar üretimin doğal parçasıdır.

Geçmiş yılın çalışma raporu ile gelecek yılın İşyeri Sağlık Birimi çalışma planı işyeri hekiminin öncülüğünde İSGK'de hazırlanır. Hazırlanan rapor ve planın İşyeri Meclisi'nde görüşülmesi ve onaylanması gerekir. Bu iş için işyerindeki tüm çalışanlara gerekli olanakların sağlanması zorunludur. İşyeri Meclisi'nce kabul edilen çalışma planı Kurul tarafından Bölge Sağlık Merkezi'ne iletilir. Bölge Sağlık Merkezi bölge hizmet planının hazırlanmasında işyerlerinden iletilen planları dikkate almak zorundadır. Ayrıca bölge sağlık planı da İSGK'de görüşülerek eleştirilir, öneriler iletilir.

İSGK'nin güvence altına alınmış bazı hakları vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir;

- Bilme hakkı; Kurul üretim sürecinde kullanılan ve/veya kullanılması planlanan her türlü madde ve teknolojiyi bilme hakkına sahiptir. İşyeri yöneticisi kurulun onayını almadan kullanılan madde ve teknolojilerde değişiklik yapamaz.

- İşi durdurma hakkı; Kurul öngörülüp denetlenemeyen bir tehlikeyle karşı karşıya kalındığında sendikayla ilişki kurarak işi durdurma hakkına sahiptir.

- Araştırma hakkı; Kurul Bölge Sağlık Merkezi ya da Yüksek Sağlık Akademisi'nden kendi işyeri koşulları ile ilgili olarak her türlü araştırmanın yapılmasını isteyebilir ya da kendisi araştırma planlayıp, yapabilir. Her iki durumda da işyeri yöneticisi işyerini araştırmacılara açmak zorundadır.

- Yayın hakkı; Kurul periyodik olarak çıkaracağı bir yayını tüm çalışanlara ve gerekli gördüğü yerlere iletme hakkına sahiptir.

-İletişim hakkı; Kurul gerekli gördüğü tüm kurullarla (parti, sendika, dernek, uluslararası kuruluşlar) iletişim kurup, işbirliği yapma hakkına sahiptir.

- Denetçi çağırma hakkı; Kurul, periyodik olarak gelen denetçiler dışında ve gerekli gördüğü durumlarda, üst kurumlardan denetçi çağırabilir.

- Eğitim hakkı; Kurul tüm çalışanlara yönelik eğitim programlarını planlama, düzenleme hakkına sahiptir. Eğitim programları ilk yardım ve benzeri konularda olabileceği gibi, işyerine özgül konularda da olabilir. Programları yürütme görevi Bölge Sağlık Merkezi'nindir. Eğitim programlarına katılım üretimden sayılır.

- Danışman çağırma hakkı; Kurul gerekli gördüğü durumlarda ilgili çeşitli kurumlardan danışman çağırabilir. Danışmanın oy hakkı yoktur.

- Sosyal etkinlikler düzenleme hakkı; Kurul işyerinde konser, sportif etkinlikler, sergi ve benzeri gibi sosyal etkinlikler düzenleme hakkına sahiptir.

- Hukuksal denet mekanizmalarını kullanma hakkı; Kurul hakkı olan isteklerine yeterli önem verilmediğini ya da bunların gö-

zardı edildiğini düşündüğü durumlarda yasal organlar da içinde olmak üzere ilgili tüm üst kurumlara başvurup, hakkını arayabilir.

B- BÖLGE SAĞLIK GÜVENLİK KURULU:

O bölgenin İSG Kurulları'nın temsilcilerini, bölgenin idari yapısında yer alan ilgili kurumların birer temsilcisini, Bölge Sağlık Merkezi Müdürü'nü ve sendika temsilcisini içerir. Kurul üyelerinin toplam sayısı her 400 kişilik çalışan biriminin birer kişiyle temsiliyetine olanak tanıyacak kadardır. Şöyle ki; Bölgenin nüfusu 20-30 bin olarak düşünüldüğüne ve temsiliyet 1/400 oranıyla sağlandığına göre Bölge Sağlık Kurulu'nun toplam çalışan temsilci sayısı 50-70 kişi arasında olacaktır.

Kurul en az 2 ayda bir toplanır. Ayrıca senede 1 kez bölgedeki bütün İSGK temsilcilerinin katılımıyla Bölge Sağlık Meclisi toplantısı düzenlenir.

Bölgenin geçmiş yılın çalışmalarına ilişkin raporu ile gelecek yıla ait çalışma planı Bölge Sağlık Merkezi'nin öncülüğünde Bölge Sağlık Kurulu tarafından hazırlanır. Ancak bu rapor ve planın Bölge Sağlık Meclisi'nde görüşülmesi gerekir. Bu görüşmenin olabildiğince verimli ve katılımcı olabilmesi için önceden gerekli olan koşullar sağlanır.

Bölge Sağlık Kurulu, ayrıca içinde yer aldığı daha geniş bölgenin sağlık hizmeti planını değerlendirme, öneriler iletme hak ve sorumluluğuna da sahiptir.

C- ÜST BÖLGE SAĞLIK GÜVENLİK KURULU:

Bölge Sağlık Kurulu ile aynı esaslar çerçevesinde çalışır. Bileşiminde; Bölge Sağlık Güvenlik Kurulu temsilcileri, Üst Bölge Sağlık Merkezi Müdürü, üst bölgenin idari yapısındaki ilgili kurumların temsilcileri ve sendikaların temsilcileri bulunur.

Bölge Sağlık Kurulları'nın toplam çalışan temsilcileri sayısı, üst bölgenin toplam çalışan sayısının (sağlık hizmeti hedef kitlesinin) 1/10000'i kadardır.

Kurul üç ayda bir kez toplanır. Üst bölge çalışma raporu ile planının hazırlanması bölge düzeyindeki gibidir. Ülke düzeyindeki sağlık planının hazırlanmasında Üst Bölge Sağlık Kurulu'nun hak ve sorumlulukları vardır. Ayrıca senede bir kez de Üst Bölge Sağlık Meclisi toplantıya çağrılır. Bu meclis Bölge Sağlık Kurulları temsilcilerinden oluşur.

D- YÜKSEK SAĞLIK KURULU:

En üst düzeydeki organdır. Bileşimi şu şekildedir;

- Kurulun toplam üye sayısının % 50'si oranında olmak üzere, 1/500000 temsiliyetle seçilen Üst Bölge Sağlık Güvenlik Kurulu Temsilcileri.

- Toplam sayının % 30'u oranında işçi-köylü sendikaları temsilcileri.

- Toplam sayının % 10'u oranında sağlık işkolu sendikası temsilcileri.

- Toplam sayının % 10'u oranında Sağlık Bakanlığı temsilcileri.

Bu kurul 6 ayda bir kez toplanır. Üst bölgelerden gelen çalışma planlarını dikkate alarak sağlık politikasını düzenler. Bütün sağlık hizmetinin geçmiş yılına ilişkin çalışma raporunun hazırlanması da burada gerçekleştirilir. Çalışma rapor ve planının hazırlanmasında Sağlık Bakanlığı öncülük eder, taslakları hazırlar. Sağlık politikasına ilişkin planların yürürlüğe girmesinden önce bu planlar üst bölgeler düzeyinde tartışmaya açılır ve Üst Bölge Sağlık Kurulları çalışanlarından oluşan Yüksek Sağlık Meclisi'de görüşülerek karara bağlanır.

SON SÖZ OLARAK
ÇALIŞMANIN EKSİKLERİ, GELİŞTİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ

Yukarıda sunulan çalışmanın özellikle somut proje kısmında tamamlanması gereken yönler bulunmaktadır. Bu eksiklik iki nedenden kaynaklanmaktadır: Bunlardan ilki (daha önce de belirttiğimiz gibi), ne tipten olursa olsun sağlık örgütlenmesinin genel idari-siyasi yapılanma içine oturması gerekliliğinden ileri gelmektedir. İkincisi ise hizmetin finansmanının sağlanması konusunda önerilenlerde gözlenen kabalıktır.

Yani; ülkedeki siyasal örgütlenme nasıl biçimlendirilecek, bir başka deyişle sosyalist demokrasi ne şekilde inşa edilecektir? Siyasal partilerin, sendikaların işlev ve amaçları, devlet mekanizması ile ilişkileri nasıl düzenlenecek ve tüm bu yapı içinde işçi sınıfının bir bütün olarak ve kişisel düzlemde de en yakınındaki toplumsal alana katılımı, müdahalesi nasıl sağlanacaktır? İşte sağlık örgütünün devlet mekanizmasıyla ve diğer kurumlarla ilişkilerinin daha fazla oranda netleşmesi de ancak bu çerçevede mümkün olabilecektir.

Benzer şekilde; sağlık hizmetleri için ayrılacak toplumsal fonların kararlaştırılması, bunun öncesinde bu fonların oluşturulması mekanizmaları, para politikaları sağlık hizmetinin finansmanında belirleyici olacaklardır.

Öte yandan sözü edilen bu sorulara yanıt verilebilmesi yaşamın bu alanlarına yönelik olarak başka ve uzmanca çalışmaların yapılmasını gerektirmektedir. Kısaca, kanımızca bizim hissettiğimiz eksiklik yaşamın diğer alanlarına ilişkin bu çalışmaların ek-

sikliğinin ya da tüm bu çalışmaların birbirini bütünleyememiş olmasının eksikliğidir. Öyle sanıyoruz ki; ancak böylesi bir bütünsel çaba içerisinde yaşama da aynı ölçüde bütünsel bir yaklaşım getirmek mümkün olabilecek ve olası kimi hataların da düzeltilmesi sağlanabilecektir.

Bunun ötesinde, en başta da belirtmiş olduğumuz gibi bu çalışma konuya oldukça genel düzeyde bir yaklaşımdır. Her bir bölümünün verilendirilebilmesi ve daha çok şey söylenerek zenginleştirilebilmesi şimdiden mümkün olduğu gibi, inceltilmesi gerektiğini düşündüğümüz ve kendine özgün yanları içinde bizim için halen birer soru işareti olarak kalan noktaları da vardır. Bu soru işaretlerinin bir kısmı üzerinde şimdiden çalışmaktayız ve bunların önemli bölümünün yukarıda sözünü ettiğimiz tipten çalışmalarla aydınlanacağını da hissetmekteyiz. Şu anda bile daha ince şeyler söyleyebileceğimiz bölümler ise özellikle üçüncü bölümün kimi kısımlarına ilişkindir. Ancak çalışmanın teknik açıdan abartılmaması gerektiği kaygısı bizi bu kadarıyla sınırlamıştır. Öte yandan üçüncü bölümün kimi kısımları içinse daha gelişkin şeyler söyleyebilmek şu anda varolan sağlık örgütünün her aşamasını iyi bilmeyi, örgüt içinde çalışmış olmayı gerektirmektedir. Bu zorunluluk nedeniyle, aynı konuyu daha da geliştirebilmek için çalışkan, deneyimli, sömürüsüz bir dünya düşünü kuran sağlık emekçilerinin kolektif emeği gerekmektedir.

Tüm bu çabaların, eninde sonunda devrimci hayalleri yaşama geçireceği inancımızla...

Şubat 1992



KAYNAKLAR

1- Engels, F. Maymundan İnsana Geçişte İnsanın Rolü (Doğanın Diyalektiği İçinde), Sol Yay. Ankara, Üçüncü Baskı, Ocak 1977, Çev; Gelen, A.

2- Belek, İ. Toplumsal Bilinç, Sorun Yayınları, İstanbul, 1.Baskı, Şubat 1991.

3- Malinowski, B. Sex, Culture and Myth, Harcourt, Brace and World Inc. New York, First Edition, 1962.

4- Malinowski, B. Büyü, Bilim ve Din, Varlık Yayınları, İstanbul, Ocak 1964.

5- Alexeev, V.P. The Origin Of The Human Race, Progress Pub., Moscow, 1986.

6- Belek, İ. Yaşayan Geleneksel Sağlık Uygulamaları İçinde İlkel Bilinç Yapılanmalarının İrdelenmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, Ağustos 1990.

7- Jahoda, G. Psychology and Antrhropology, Academic Press, London, 1982.

8- İnan, A. Tarihte ve Bugün Şamanizm, TTK Yayınları, Ankara, 3. Basım, 1986.

9- Engels, F. Ütopik Sosyalizm ve Bilimsel Sosyalizm, Sol Yay. Ankara, 5. Baskı, Ağustos 1978, Çev; Ünalan, Ö.

10- Uzluk, F.N. Genel Tıp Tarihi, A.Ü.T.F. Yay. 1958

11- Marx, K.Kapital Cilt 1, Sol Yay. Ankara, İkinci Baskı, Mart 1978, Çev: Bilgi, A.

12- Engels, F. Kadın ve Aile, Sol Yay. Ankara, Haziran 1979, Çev: Ünalan, Ö.

13- Schatskin, A. Health and Labor Power; A Theoretical Investigation, IJHS, Vol.8, No:2, 213-234, 1978.

14- Iglehart, J.K. The British National Health Service Under The Con-

servatives-Part II, N Engl J Med, Vol.310, No.1, 63-67, 1984.
15- Lister, J. Private Medical Practice and The National Health Service, N Engl J Med, Vol.311, No.16, 1057-1061, 1984.
16- Fişek, N. Halk Sağlığına Giriş, HÜ-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yay. 1985.
17- Berliner, H.S., Regan, C. Multinational Operations Of US For-Profit Hospital Chains; Trends and Implications, AJPH, Vol.77, No.10, 1280-84, 1987.
18- Fişek, N. Sağlık Alanında Sigortacılık, A. ve İ.T.O.B., s.16-21, Ekim-Kasım 1976.
19- İzmir T.O. Halk Sağlığı Bürosu, Genel Sağlık Sigortası, A. ve İ.T.O.B. s.25-34, 1976.
20- ATO Halk Sağlığı Bürosu, Sağlık Sigortası Endüstrisi, A. ve İ.T.O.B., s.42-48, Mart 1979.
21- Siminoff, L. Competition and Primary Care In The United States; Separating From Fancy, IJHS, Vol.16, No.1, 57-69, 1987.
22- Atiyas, S. Erdem Cantekin Amerika'da Bilim Savaşını Kazandı, Cumhuriyet Bilim Teknik, Sayı 256, 8 Şubat 1992, s.16-17.
23- Hexel, P.C., Wintersberger, H. Inequalities In Health; Strategies, Soc Sci Med, Vol.22, No.2, 151-160, 1986.
24- Townsend, P. Widening Inequalities Of Health In Britain, IJHS, Vol.20, No.3, 363-372, 1990.
25- Lemkow, L. Socio-ekonomic StatusDifferences In Health, Soc Sci Med, Vol.22, No.11, 1257-62, 1986.
26- UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 1990, Ankara s.76-90, 1991.
27- Mandel, E. Kapitalist Gelişmenin Uzun Dalgaları, Yazın Yayıncılık, Birinci Basım, İstanbul, Ocak 1986.
28- Adalı, C. Kapitalizmin Düğümleri, Sorun Yayınları, 1.Basım, Ekim 1991.
29- Sönmez, S.Sosyal Güvenlik ve Sağlık Harcamalarındaki Gelişmeler ve Düşündürdükleri, ATOB(11), s.22-24, 1987.
30- Navarro, V. Sorunun Bir Kısmı mı? Yoksa Çözümün Bir Kısmı mı? Toplum ve Hekim, TTB Yayını, Sayı 47, s.29-38, 1991.
31- Tokat, M. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi; Finansman ve Örgütlenme, Friedrich-Ebert Vakfı İçin Hazırlanmış Rapor, Ankara, Nisan 1991.
32- Iglehart, J.K. The British National Health Services Under The

Conservatives, N Engl J Med, Vol.390, No.20, 1264-68, 1983.
33- Blauner, K. Alienation and Freedom, The Univercity Of Chicago Press, USA, Second Impression, 1966.
34- Marx, K. 1844 El Yazmaları, Sol Yay. Ankara, Temmuz 1976, Çev; Somer, K.
35- Kafka, F. Değişim, Bayraktar Yayınevi, Ankara, Beşinci Baskı, Aralık 1982, Çev: Günyol, V.
36- Ishikawa, K. Quality Control In Japan, Ed. By Sasaki, N. Hutchins, D., Pergamon Press, England, First Edition, 1984.
37- Bingham, E. The "Right To Know" Movement, AJPH, Vol.73, No.11, 1302, 1983.
38- SSYB'nin Teşkilât ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.
39- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.
40- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.
41- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi İle İlgili Kanun, Kararname, Yönetmelik ve Protokoller (1962-1972), SSYB Yay., 1973.
Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1964-1967, SSYB Yay.
42- Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1968-1972, SSYB Yay.
43- Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1977-1981, SSYB Yay.
44- Lenin, V.İ. Devlet ve İhtilâl, Bilim ve Sosyalizm Yay. Ankara, Ey-
45- lül 1976, Çev; Arslan, S.
Sosyal Sigortalar Kanunu.
46- İş Kanunu.
47- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü
48- İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hak-
49- kında Yönetmelik,
İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu.
50- SSK Sağlık Teşkilatı Yönetmeliği.
51- SSK Faaliyet Raporu 1990, SSK Gn. Md. Yay. No.526.
52- SSK İstatistik Yıllığı 1990, SSK Gn. Md. Yay. No.525.
53- Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve GSS Yasa Tasarısı,
54- TTB MK (Rapor), Mayıs 1991.
Türkiye'de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Çalışmaları, TC
55- Sağlık Bakanlığı Yay. Ankara, Aralık 1990.
Health Sector Master Plan Study; Report On The Current Situati-
56- on, Government Of The Republic Of Turkey State Plannig Organization, Price Waterhouse, Jan. 1990.

57- İzmir Tabip Odası Bülteni Özel Sayı, Ekim 1991.
58- Kongar, B. Sağlık Sigortaları, Türkiye Sosyal, Ekonomik, Siyasal Araştırmalar Vakfı İçin Hazırlanan Rapor, Ekim 1989.
59- Türkiye'de Hekim İhtiyacı ve Tıp Eğitimi, DPT Sosyal Planlama Teşkilatı Raporu, Şubat 1987.
60- Üstel, İ. Türk İlâç Sektöründe, Yoğunlaşan "Yoğunlaşma", Ankara Eczacı Odası Bülteni, Sayı 6, 430-431, Aralık 1986.
61- Sağlık Hizmetlerinde Genel Değerlendirme, TTB Raporu. Eylül 1991.
62- Üstel, İ., Şahin, F., İstanbullu, İ., Gündüz, R. Türkiye'deki İlaç Fiyatları Konusunda Retrospektif Bir Ön Araştırma, Ankara Eczacı Odası Bülteni, Sayı 4, 235-248 Ağustos 1986.
63- Prof. Dr. Muammer Aksoy ile Söyleşi, Cumhuriyet Bilim Teknik,
64- 14.5.1988.
65- Nokta Dergisi, Sayı 39, 1985.
66- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği kurulları Hakkında Tüzük.
67- Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği.
68- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.
Tababet Uzmanlık Yönetmeliği.
69- Sayek, E.Kılıç B. (ed.), Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, TTB Yayını, 1997, Ankara.
70- Türkiye'de İlaç, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yayını, İstanbul, 1994.
71- The State of the Worlds' Children, UNICEF, 1997.
72- Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1995, 1996 Basım, Ankara.
73- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1995, Ankara.
74- Soyer, A. Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme, (Sağlıkta Özelleştirme, Belek İ., Soyer, A., Sorun Yayınları, İstanbul, 1995 içinde): 125-145.
75- Belek, İ. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Durum, Toplum ve Hekim, 10(67), 1995: 35-43.
76- UNDP, Human Development Report-1994, Oxford.
77- Engiz, O. Türkiye'de Sağlık Finansmanı Sorunu ve Çözüm Arayışları, Toplum ve Hekim, 11(72), 1996: 22-31.
78- Tokat, M. 1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, SB Yayını, Ankara, 1997.

79- Sağlık Bakanlığı, Özet Sağlık İstatistikleri 1989, Ankara.
80- Muschell, J. Privatisation in Health, WHO, 1995.
81- Newbrander, W. Barnum H., Kutzin J., Hospital Economics and Financing in Developing Countries, WHO, 1982, Geneva.
82- Griffin, CC. Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector, World Bank, 1987 Washington.
83- WHO, Seventh Consultative Committee on Organization of Health Systems Based on primary Health Care, 1997, Geneva.
84- Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı, 1992, Ankara.
85- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, 1992a, Ankara.
86- Dadan, K. İstanbul Ölçeğinde Özel Sağlık Sektörüne Bir Bakış, 1997. (Toplum ve Hekim dergisinde yayınlanacak araştırma.)
87- Soyer, A. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995, TTB Yayını, 1997, Ankara.
88- Konuk, M. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Neler Oluyor ? Uygulamalar ve Sonuçları, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Yayını, 1997, Ankara.
89- Belek, İ. Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı, Toplum ve Hekim, Sayı 81, 1997.
90- Şahin, K. Kavuncubaşı Ş., Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans, Toplum ve Hekim, Sayı 66, 1995: 107-113.
91- Belek, İ, Belek H., Antalya İlinde Hastanelerin Performans Analizi ve Özel/Devlet Hastanelerinin Karşılaştırılması, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1996 (Dergi basım aşamasındadır.)
92- Belek, İ., Soyer, A. Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, 1995, İstanbul.
93- SSK 1996 Faaliyet Raporu, Ankara.
94- SSK 1995 Faaliyet Raporu, Ankara.

Sorun Yayınları

Bilimsel İnceleme - Araştırma Dizisi (Tercüme):

KARL MARX - BİYOGRAFİ **2. Baskı** *Bilimler Akademisi* s. 608 B.Boy - Kuşe Resimli - Bez Ciltli (Şömiz)	3.500.000
FRİEDRİCH ENGELS - BİYOGRAFİ *Bilimler Akademisi* s. 472 B.Boy - Kuşe Resimli - Bez Ciltli (Şömiz)	3.500.000
MARKSİST-LENİNİST PARTİNİN TEMEL EĞİTİM DERSLERİ -*Engels Enstitüsü* B.Boy Renkli Grafik-Resimli s.488 **2. Baskı**	2.000.000
SENDİKALAR ÜZERİNE *V. İ. Lenin* s. 640 (Baskıda)	2.000.000
BİRİNCİ ENTERNASYONAL *Jacques Duclos* s.256 **2.Baskı**	1.100.000
MARX'IN SOSYOLOJİSİ *Henri Lefebvre* s.176 **3. Baskı**	600.000
KADIN VE MARKSİZM *K. Marx-F. Engels-V.I. Lenin* s.224 **7.Baskı**	800.000
ERİCH FROMM'UN VE YENİ FREUDCULUĞUN ELEŞTİRİSİ *V.İ.Dobrenkov* s.134 **2. Baskı**	480.000
EMPERYALİZMİN FELSEFESİ PRAGMATİZM / *Harry K. Wells* s.256 (Tükendi)	900.000
Ailede ve Okulda ÇOCUK EĞİTİMİ *Anton S. Makarenko* s.128 **3. Baskı**	450.000
ANA-BABALARIN KİTABI *Anton S. Makarenko* s.320 **3. Baskı**	1.100.000
MAKARENKO-Eğitbilimsel Görüşleri- Yaşam Öyküsü- Anı ve Notları s.144	500.000
EĞİTİM ÜZERİNE *V.Suhomlinski* s.208 **2. Baskı**	750.000
LENİN VE EĞİTİM / *Fyodor Korolyov* s.408 (Beraat Etti)	1.400.000
DEVRİMCİ EĞİTİM DEVRİMCİ AHLAK *M.İ. Kalinin* s. 224 **3. Baskı**	850.000
KALİNİN Devrimci İşçi- Parti'nin Oğlu - İşçi Başkan *A. Dementyenev - A. Pyanov* s. 152	550.000