TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİSİ:

SAĞLIKTA YENİ SOSYALLEŞTİRME PROGRAMI

TÜRKİYE İŞÇİ PARTİSİ BİLİM KURULU
SAĞLIK POLİTİKALARI ÇALIŞMA GRUBU SAĞLIK POLİTİKALARI BELGESİ

2022

TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİSİ: SAĞLIKTA YENİ SOSYALLEŞTİRME PROGRAMI

Türkiye İşçi Partisi Bilim Kurulu

Sağlık Politikaları Çalışma Grubu

Sağlık Politikaları Belgesi

TİP – Türkiye İşçi Partisi – 2022

İçindekiler:

- Birinci Bölüm: Giriş ve Temel Yaklaşım
  - Modern Anlamda Sağlık Altyapısının Kurulması ve Sağlıkta Birinci Sosyalleştirme Dönemi
  - Neoliberal Dönem, AKP'li Yıllar ve "Sağlıkta Dönüşüm Programı"
- İkinci Bölüm: Sağlığın Genel Durumu ve Toplumsal Sağlık Göstergeleri
  - Temel Sağlık Göstergeleri
  - Sağlık Açısından Risk Faktörleri ve Hastalıklar
  - Sağlığa Ayrılan Bütçe
  - Sağlık İnsan Gücü
  - Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Altyapı
  - Sağlık Emekçilerinin Özlük Hakları ve Çalışma Koşulları
- Üçüncü Bölüm: Sosyalist Türkiye İçin Sağlıkta Yeni Sosyalleştirme Programı
  - Birinci Sosyalleştirme Girişimi ile Farklar
  - Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirme Temelinde Örgütlenmesi ve Sunumu
  - Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı
  - Sağlık Emekçileri
  - Sağlık İnsan Gücü Yönetimi
  - Sağlık Teknolojisinin Geliştirilmesi ve Bilimsel Bilginin Üretimi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ VE TEMEL YAKLAŞIM

Biyolojik ve toplumsal bir varlık olarak insan çevresiyle etkileşimde bulunmakta, onunla doğrudan bir ilişki kurmakta ve toplumsal ilişkilerin içinde yer almaktadır. Doğal bir süreç olan bu etkileşim ve ilişki tek taraflı olmamakta, insan aynı anda hem nesnesi hem de öznesi olduğu doğa ve toplumla birlikte dönüşmekte ve dönüştürmektedir. İnsan sağlığına dair temel bir yaklaşım geliştirirken bu bütünlüklü işleyişi kavrayabilmek doğru sonuçlara ulaşabilmek adına önemlidir. Diğer bir deyişle, diyalektiğin temel yasası konu sağlığımız olduğunda da işlemeye devam etmekte ve bu bağlam içerisinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık veya sağlıklı olma hali, kavramsal içerik yönünden olduğu kadar, alana dair kurulacak politika açısından ve bir mücadele başlığı olarak da aynı ölçüde geniş ve çok boyutlu bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık "dar anlamda hasta olmama hali şeklinde tarif edilmenin ötesinde fiziksel, mental ve sosyal açıdan eksiksiz bir iyilik durumu" olarak tanımlanmaktadır. Oysa böyle bir tanım yukarıda bahsettiğimiz yaklaşıma göre yetersiz kalmaktadır. Bu eksikliğin aşılabilmesi için sağlıklı olma tanımı, insanın doğa ve toplumla iyilik halini besleyen bir şekilde ilişki kurabilmesini kapsamalı, kendi gelişimini ve toplumsal ilerlemeyi bütünsellik içerisinde değerlendirebilecek bir çerçeveye sahip olmalıdır. İnsan aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal olarak iyi olma halini doğanın bir parçası ve toplumun kolektif bir öznesi olarak sürdürebildiği ölçüde sağlıklı kabul edilmelidir.

Sağlık kavramını bu şekilde ele almak toplumsal ilişkileri eşitlik ve kolektif üretim bağlamında ele almayı gerektirir. Ayrıca insan-doğa ilişkisini, doğayı salt insanın ihtiyaçlarına göre dönüştürmeye ve düzenlenmeye çalışmaktan çıkararak, uzun vadede insanın da bir parçası olduğu canlılığın sürdürülmesini amaç edinen bütüncül bir tarzda yeniden kurmak gerekir. Ne var ki kapitalist sistemin yapısı ve geldiği nokta bu yaklaşımları ve beklentileri karşılamaktan çok uzaktır.

Kapitalizmin mevcut sermaye birikim biçimi olan ***neoliberalizm***, önceki dönemlerden farklı olarak, sömürü ve kâr oranlarını arttırmak amacıyla sağlığa ve özel olarak sağlık hizmetlerine bütünüyle piyasacı bir perspektiften yaklaşılmasını dayatmış, bu alanı tamamen metalaştırmak için tüm engellerin kaldırılması yönünde baskı uygulamıştır. Başlangıcını 1970'li yıllara kadar götürebileceğimiz ve neredeyse eş zamanlı olarak tüm dünyada yaygınlık kazanan bu yaklaşım neticesinde sağlık hizmetleri alanındaki kamusal ve toplumcu yönelimlerin önü kesilmiştir. Sınıf mücadeleleriyle kazanılmış haklar giderek törpülenmiş, sağlık hizmetleri alanı önemli oranda piyasalaştırılmış ve piyasalaşmanın gereği olarak tedavi merkezli bir hizmet anlayışı öncelikli hale getirilmiştir. Kısacası, sağlık hizmetleri paralılaştırılmış ve ***paran kadar sağlık*** anlayışı dayatılmış, toplumun buna alıştırılmasına yönelik epeyce yol alınmıştır.

Türkiye'de de neoliberal birikim/dönüşüm 24 Ocak Kararları, 12 Eylül darbesi, Özal'ın öne çıktığı hükümet dönemleri, 1990'lı yıllardaki özelleştirme ve piyasalaştırma dalgası gibi süreçlerle bir süreklilik ve ilerleme göstermiştir. Bu dönüşüm sürecini yürütme ve nihayetine erdirme iddiası ile 2002 yılında iktidara gelen ***Adalet ve Kalkınma Partisi*** (AKP), iktidarının her döneminde sağlığa ve sağlık hizmetlerine özel bir önem vermiştir. Özellikle neoliberal birikim biçimine geçiş sürecinde yaşanabilecek sancıları ve toplumsal tepkileri azaltmak, kendisine kitle desteği yaratmak ve asgari ölçüde toplumsal rıza oluşturabilmek için sağlık hizmetlerini bir araç olarak kullanmıştır.

İktidara gelir gelmez hızlıca sağlık hizmetleri alanına yönelik planlarını uygulamaya başlayan AKP, tüm bu politika setine ***"Sağlıkta Dönüşüm Programı"*** (SDP) adını vermiştir. En başından bu yana kendi projeleri olduğunu iddia etseler de SDP Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası'nın açık yönlendiriciliğiyle oluşturulmuş, aynı kurumlar tarafından finansal ve politik açıdan desteklenmiş, ek olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün teknik yardımıyla sürdürülmüştür. Aşağıda detaylı şekilde incelenecek olan SDP, hazırlayıcıları tarafından iddia edildiği gibi olumlu bir dönüşüm veya reform değil, sağlık hizmetleri alanına yönelik piyasalaştırma, özelleştirme, mülksüzleştirme ve metalaştırma olarak özetleyebileceğimiz, tüm dünyada kapitalizmin eş zamanlı hayata geçirdiği bir saldırı programıdır.

Türkiye İşçi Partisi (TİP), topluma yönelik neoliberal saldırıların ve bunun sağlık alanındaki yansıması SDP'nin tam karşısındadır. Parti programında da belirtildiği üzere TİP herkese parasız, bilimsel, nitelikli, ulaşılabilir ve anadilde sağlık hizmetini ilkesel olarak benimsemekte, koruyucu, önleyici ve geliştirici sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılmasını savunmaktadır. Sosyalist, toplumcu ve kamucu bir perspektifle sağlık alanına yaklaşılmasını öneren TİP, kırk yıllık neoliberal tahribatın ve AKP'li yıllarda yoğunlaşan piyasacı saldırıların olumsuz etkilerini gidermeyi acil bir hedef olarak önüne koymakta, bu hedefin ve önerdiği yaklaşımın sağlık alanında somut olarak gerçekleştirileceği programı ise ***"Sağlıkta Yeni Sosyalleştirme Programı"*** olarak adlandırmaktadır.

Modern Anlamda Sağlık Altyapısının Kurulması ve Sağlıkta Birinci Sosyalleştirme Dönemi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimine ve kurumsallaşma sürecini incelediğimizde dört özgün dönemden bahsetmek mümkündür. Cumhuriyet'in kuruluşundan 1938'e kadarki ilk dönem kuruluş sürecini yansıtan ve yanı başında bir sosyalist sistemin varlığını hesaba katarak değerlendirilmesi gereken bir dönemdir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin kurumsal ve örgütsel olarak görece halkçı bir anlayışla kurulduğu, sağlık emekçileri ve hekim yetiştirilmesi için özel politikalar uygulandığı, koruyucu hizmetlerin ve tedavi hizmetlerinin aynı anda kurumsallaştığı görülmektedir. Devlete bağlı sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için çaba harcanmış diğer yandan da sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir dizi önleme başvurulmuştur. Bu dönemde koruyucu halk sağlığı programlarına; tüberküloz, sıtma, cüzzam ve trahom gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik programlara ağırlık verilmiştir. Genel olarak bu dönemin koruyucu hizmetlerin ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin öncelendiği bir kuruluş dönemi olduğunu belirtmek mümkündür.

1938-1960 arasını hayata geçirilen politikalar bakımından incelediğimizde ikinci dönem olarak adlandırmak uygun olacaktır. Bu döneme İkinci Dünya Savaşının başlaması damga vurmuş ve savaşın ve tüm dünya ölçeğinde yaşanan krizin olumsuz etkileri görülmüştür. Bu dönemde 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. Kurum 1952 yılında kendine bağlı hastane ve sağlık birimleri kurmuş ve işçilere yönelik sağlık hizmeti verilmeye başlamıştır. Böylece ilk dönemde görülen "ülkedeki sağlık hizmeti ve sağlık personeli istihdamının ilgili bakanlıkça yerine getirilmesi" anlayışının dışına çıkılmıştır. Bu parçalı yapının doğal sonucu olarak, sadece büyük kentlerde değil, il ve ilçelerde de hastaneler açılmıştır. Tedavi hizmetleri tüm yurda yayılması göreli bir iyileşmeye neden olsa da birinci basamak ve koruyucu hizmetler ikinci plana atılmış ve tedavi edici hizmetlere öncelik verilmiştir.

1961 yılında 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun"un yürürlüğe girmesi ve 1963 yılında uygulanmaya başlaması ile 1980 faşist askeri darbesine kadarki süreci ise 3. dönem olarak tanımlamak mümkündür. Kanun ile amaçlanan toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık hizmetlerini daha eşitlikçi bir yaklaşımla ve belli bir program çerçevesinde sosyalleştirmekti. Yasayla bir taraftan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi öngörülürken, diğer taraftan dönemin hükümetleri tarafından özel sektöre alan açılmıştır. Kamu kurumlarından maaş veya ücret almayan ve hiçbir maddi yardımın sağlanmadığı, başta tıp hekimleri olmak üzere çeşitli alanlarda hizmet sunan sağlık emekçilerinin yürürlükteki kanunlar çerçevesinde mesleklerini serbestçe yerine getirebilmesi, özel sağlık kurumları ve eczaneler açabilmesi söz konusuydu. Kamusal sağlık hizmetlerinin daha eşitlikçi bir anlayışla genele yayılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi hedefler ölçüsünde bir miktar yol alınabildiği ve sağlıkta özelleştirme olsa dahi tekelleşme koşullarının henüz oluşmaması nedeniyle 70'li yıllara kadar sağlık hizmetlerinin belirli bir düzeyde sosyalizasyonu sağlanmıştır.

Neoliberal Dönem, AKP'li Yıllar ve "Sağlıkta Dönüşüm Programı"

Kapitalizmin egemenliğini sürdürdüğü ülkelerde neoliberal politikalar çerçevesinde hayata geçirilen sağlıkta reform ve dönüşüm hamlesi, ulusal ve uluslararası ölçekte derin eşitsizlikler yaratarak başarısızlıklarına her geçen gün yenisini eklemeye devam etmektedir. Sağlık göstergeleri bakımından değerlendirdiğimizde ortada ciddi bir sağlık krizinin olduğu şüphe götürmezken, kapitalizmin yarattığı çoklu kriz dinamiği artık sağlığı da aşarak "yaşamın krizi" haline gelmiştir. Kapitalizmin iklim krizindeki rolü, sermayenin çıkarları uğruna doğanın fütursuzca yağmalanması, hayvan ve gıda endüstrisinin tüm doğayı ve insan sağlığını doğrudan tehlikeye sokan gelişim seyri değerlendirildiğinde kapitalizmin bırakın kısmi veya geçici çözüm yaratmasını, bütün bir yaşamı ve insan sağlığını daha da kötüye götüreceği açıkça görülmektedir. Buna rağmen egemenlerin kapitalizmde ve onun birikim biçimi olan neoliberalizmde ısrarı sürmektedir. Bir avuç toplumsal parazitin ceplerini doldurmadaki ısrarı ise milyarca insanı ve doğayı geri dönüşsüz bir yıkıma doğru sürüklemeye devam etmektedir.

Türkiye'deki neoliberal dönemin başlangıcını, dünya ile benzer şekilde kırk yıl öncesine kadar götürebiliriz. Yasal altyapının hazırlanması, toplumdaki direnç noktalarına yönelik hem fiziki hem ideolojik saldırıların yoğunlaşması, uluslararası finans kurumlarının desteğiyle

gerekli düzenlemelerin hızla yürürlüğe konulması ve AKP eliyle doğrudan uygulamaya geçilmesi gibi çeşitli evreler sonucunda bugünkü rejim ve birikim biçimi oluşmuştur. Sağlık hizmetlerindeki neoliberal dönüşüme baktığımızda ise, halihazırda devam eden bir süreç olması bakımından AKP'li yıllar ve "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) daha detaylı bir değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Birinci sosyalleştirme dönemi de dahil olacak şekilde, Türkiye tarihinde sağlık hizmetleri hiçbir zaman tamamen kamusal bir hizmet perspektifiyle örgütlenmemiş, dönem dönem düzeyinde farklılıklar olsa da özel sağlık hizmeti sunan birimler veya daha geniş anlamda piyasa ilişkileri sağlık hizmetleri içerisinde kendisine yer bulabilmiştir. SDP'nin buradaki önemiyse, sağlık hizmetleri alanında daha önce hiç olmadığı ölçüde piyasa lehine adımlar atılmasının, diğer bir deyişle sağlığa ve sağlık hizmetlerine piyasacı anlamda radikal bir müdahalenin programı olmasıdır.

Kuruluşundan yaklaşık bir sene sonra seçimlere girerek tek başına iktidar olan AKP, yayınladığı seçim bildirgesi ile sağlık alanında nasıl bir dönüşüm yaşanacağının ipuçlarını vermişti. "Sağlıklı Toplum" başlığı altında sıralanan maddelere göre, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının teşvik edilmesi, hastanelerin idari ve mali yönden özerkleştirilmesi, sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması gibi sermaye yanlısı hedefler açıkça dile getirilmiş, 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan SDP ile de bu amaçlar programatik bir çerçeveye oturtulmuştur. Randevu sisteminin düzenlenmesi, mecburi hizmet uygulamaları ve bilgi işlem sistemlerindeki şekilsel düzenlemeler de büyük yenilikler olarak pazarlanmış, teknoloji ve organizasyon gibi erişilebilirlik düzeyindeki iyileştirmeler "büyük icraatlar" olarak sunulmuştur. "Katılımcılık", "insan odaklı ve güler yüzlü hizmet", "sürdürülebilirlik", "kalite yönetimi", "yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü" gibi etiketlerle SDP topluma pazarlanmış, önceki döneme kıyasla bekleme süresindeki kısalmalar ve otelcilik hizmetlerindeki kısmi gelişmeler gibi göstermelik birkaç iyileştirmenin de etkisiyle yurttaşların önemli bir bölümü bu programa ikna edilebilmiştir. Böylelikle, uluslararası finans-kapitalin reçetesi ve özü itibariyle katıksız diyebileceğimiz ölçüde piyasacı olan SDP, sağlık örgütlerinin ve toplumsal muhalefetin itirazlarına rağmen adım adım hayata geçirilmiştir.

Yurttaşların gereksinimleri ölçüsünde sağlık hizmetlerine erişebilmesi, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlığın geliştirilmesi; yani en temel insan haklarından birisi olan sağlık hakkı neoliberal dönüşümün etkisiyle günden güne aşındırılmıştır. "Hasta" gitmiş, yerine "müşteri" gelmiştir. Öncelik halkın sağlığını iyileştirmek değil mümkün olan en yüksek kârla sağlık hizmeti satmak olmuştur. Sağlık hizmetlerinin altyapısı SDP çerçevesinde yeniden organize edilmiş, özelleştirmeler ve kamu hastanelerinin şirketleştirilmesi gibi dönüşümlerle piyasalaşma düzeyi arttırılmıştır. Sağlık hizmeti alımında katkı payları ve cepten ödeme yaygınlaştırılmıştır. Özelleştirme furyası sağlık alanında faaliyet gösteren kamu iktisadi teşebbüslerini de (KİT) etkilemiş, kısıtlı da olsa ilaç, aşı, tıbbi teknoloji ve medikal malzemeler üreten KİT'ler ya kapatılmış ya da satılmıştır. Bunların hepsinin sonucu olarak yurttaşların nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşımı zorlaşmış, önceki dönemlerden devralınan sağlıktaki eşitsizlikler derinleşmiş ve bu eşitsizliklere yenileri eklenmiştir. "Sağlıklı Toplum"

iddiasıyla iktidara gelen AKP, mevcut sağlık sorunlarını çözmek bir yana, birçok farklı alanda yeni sağlık sorunları yaratmıştır.

Sağlık alanındaki neoliberal saldırının halkın sağlığına doğrudan etkilerinin yanında, sağlık emekçileri açısından bu dönem tam anlamıyla bir "yıkım" olarak yaşanmıştır. "Maliyet kontrolü" adı altında sağlık emekçileri güvencesizleştirilmiş, kısa süreli sözleşmeler bir kural olarak dayatılmış, taşeron çalışma tıbbi bakım hizmetlerine kadar yaygınlaştırılmıştır. İş tanımları belirsizleştirilmiştir. Aynı işyerinde aynı işi yapmalarına rağmen sağlık emekçileri farklı kadro statülerine geçirilmiş, ücretler ve sosyal haklar açısından ayrımcılık uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin özel durumundan kaynaklı yaşanabilecek esneklikler patronlar ve yöneticiler tarafından suiistimal edilmiş, düzensiz mesai saatleri ve esnek çalışma süreklileştirilmiştir. Performans baskısıyla sağlık emekçileri daha kısa sürede daha çok iş yapmaya mecbur bırakılmış, sonucunda çalışanlar arasındaki iş barışı bozulmuş, sağlık hizmetlerinin niteliği düşmüş ve daha fazla komplikasyon yaşanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve mesleki alanlarda görülen cinsiyetçi yönelim derinleştirilmiş, daha önce uygulanmayan eşit işe eşit ücret ilkesi bu dönemde de uygulamaya konulmamıştır. Kadın sağlık emekçilerine yönelik tacizlere karşı etkili önlemler alınmamıştır. Sağlık emekçilerinin örgütlenme özgürlüklerine müdahale edilmiş, iktidar yanlısı olanlar haricindeki tüm sağlık emek ve meslek örgütlerine yönelik tehdit ve baskı araçları devreye sokulmuştur. AKP'nin yurttaşlar ile sağlık emekçilerini karşı karşıya getiren söylemleri ve politikaları neticesinde sağlık şiddet olayları rekor düzeyde artmış, çalışanlar neredeyse her gün yeni bir saldırıyla karşılaşır olmuştur. Sağlık insan gücü planlaması yapılmadan açılan fakülteler ve yetersiz istihdam onbinlerce işsiz yaratmış, atama bekleyen sağlıkçıların sayısı yarım milyonu aşmıştır. Yoğun ve stresli çalışma ortamı, uzun mesai saatleri, nöbet ertesi yetersiz dinlenme süresi, sağlıksız beslenme gibi faktörler sağlık emekçilerinin sağlığını bozmuş, tükenmişlik sendromu yaşamayan sağlık emekçisi kalmamıştır. Mobbing, sağlık hizmet alanının her kademesinde yaygınlaşmış, emekçileri intihara sürükleyecek düzeye ulaşmıştır. Örnekler çoğaltılabilir fakat yukarıda sıralananlardan anlaşılacağı üzere sağlık emekçileri çok boyutlu bir saldırıya maruz kalmışlardır.

Elbette bütün bu süreç tek yönlü ilerlememiş, emekçiler her platformda ve buldukları her fırsatta itirazlarını yükseltmiş, grevler ve protestolar düzenlemiştir. Yurttaşlar sağlık hakları için defalarca sokağa çıkmış, kitlesel eylemler gerçekleştirmiştir. Hatta bunların sonucunda birçok başlıkta iktidara geri adım attırılmıştır. Yine de, sergilenen dirence ve mücadeleye rağmen uzun vadede değerlendirdiğimizde, AKP'nin sağlık alanındaki piyasacı dönüşüm hedeflerine büyük oranda ulaşabildiğini söyleyebiliriz.

İKİNCİ BÖLÜM

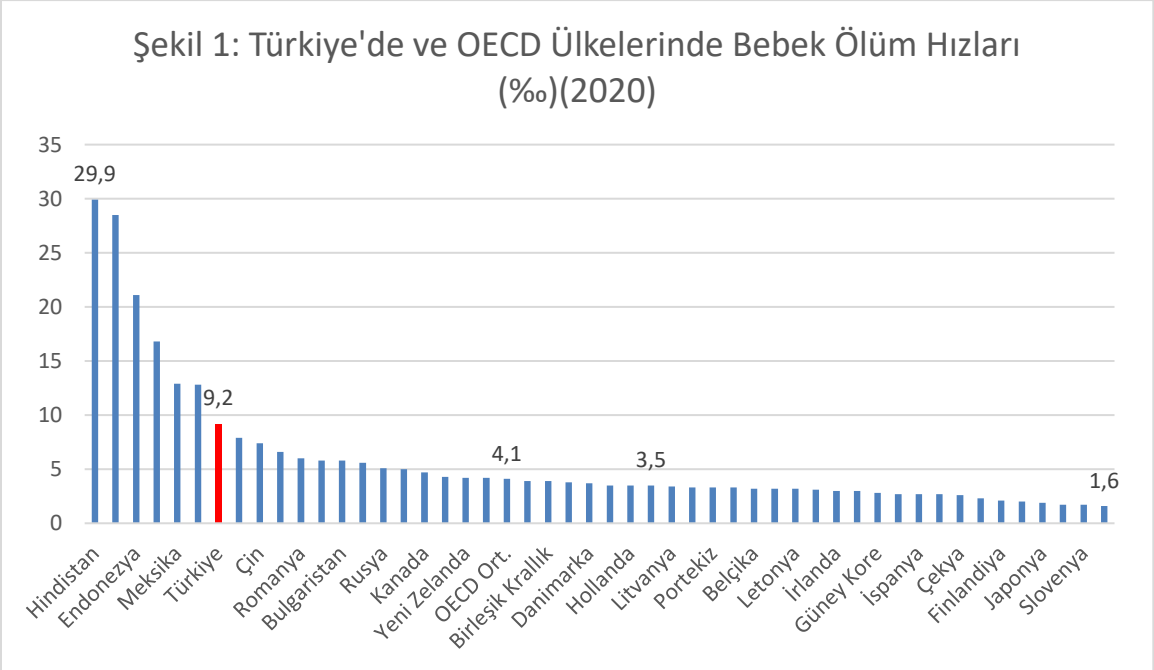
SAĞLIĞIN GENEL DURUMU VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Kapitalizmin yeryüzü ve insanlık için yarattığı olumsuz sonuçlara her geçen gün yenileri eklenmektedir. Süreklileşmiş krizler, açlık, yoksulluk, savaşlar, salgınlar, kıtlık ve ekolojik yıkım gibi bir kısmı geri dönüşü olmayan noktaya ulaşmış bütün toplumsal felaketler sermaye düzeninin imzasını taşımaktadır. Neoliberal politikaların sağlık alanında yarattığı tahribat ve derinleştirdiği eşitsizlikler artık gündelik hayatta daha görünür hale gelmiştir. Türkiye'ye dair daha geniş bir çerçevede değerlendirme yapmak için ise önemli olduğunu düşündüğümüz birtakım göstergelerle genel durumun ortaya konulması faydalı olacaktır.

COVID-19 salgınında güncel olarak deneyimlediğimiz üzere, Sağlık Bakanlığı dahil Türkiye'deki resmî kurumların sağlık alanına dair paylaştıkları veriler, istisnai durumlar haricinde her dönem oldukça sınırlı olmuştur. Verilere erişimde yaşanan bu problemin yanında paylaşılan verilerin tutarlılığı ve güvenirliği de son derece tartışmalıdır. Paylaşılan istatistikler incelenirken bu kısıtlılığın akılda tutulması önemlidir.

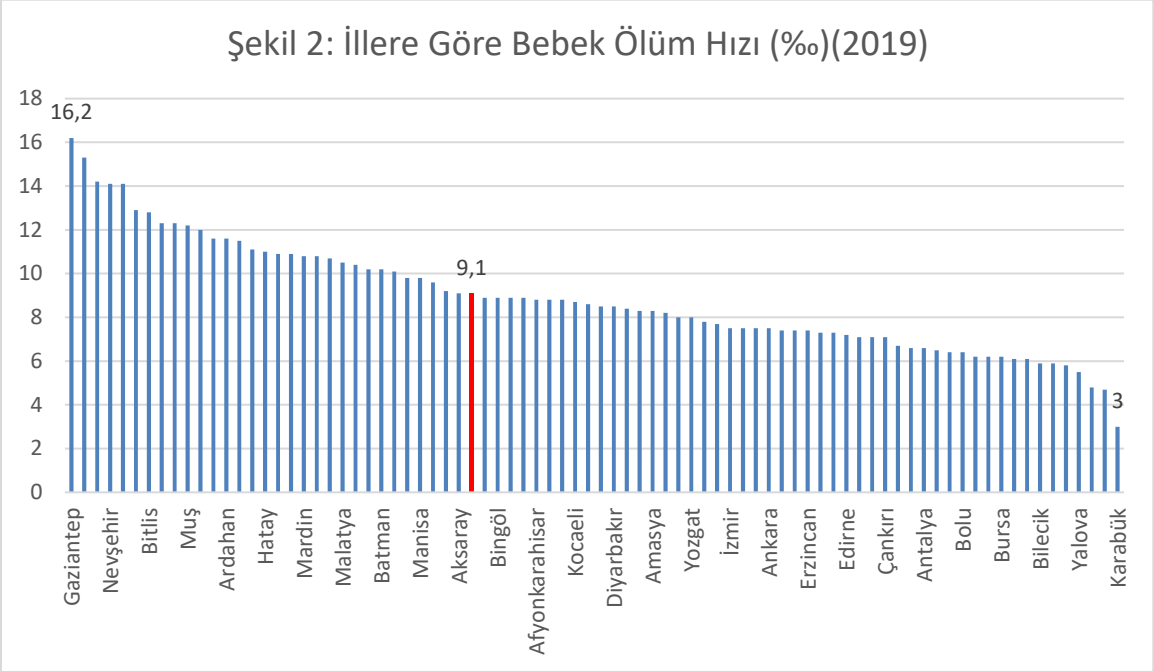
Temel Sağlık Göstergeleri

Ülkelerin sağlık durumlarını değerlendirirken en sık kullanılan göstergelerden birisi bebek ölüm hızlarıdır. Yıllar içerisinde dünyadaki genel eğilime uygun olarak Türkiye'de de bebek ölüm hızları düşüş göstermiştir. Fakat benzer ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizdeki bebek ölüm hızının oldukça yüksek olduğu gözlenmektedir (Şekil 1). Türkiye'deki bebek ölüm hızı (‰9,2) OECD ortalamasından (‰4,1) yaklaşık iki buçuk kat ve AB ortalamasından (‰3,5) yaklaşık üç kat daha fazladır.



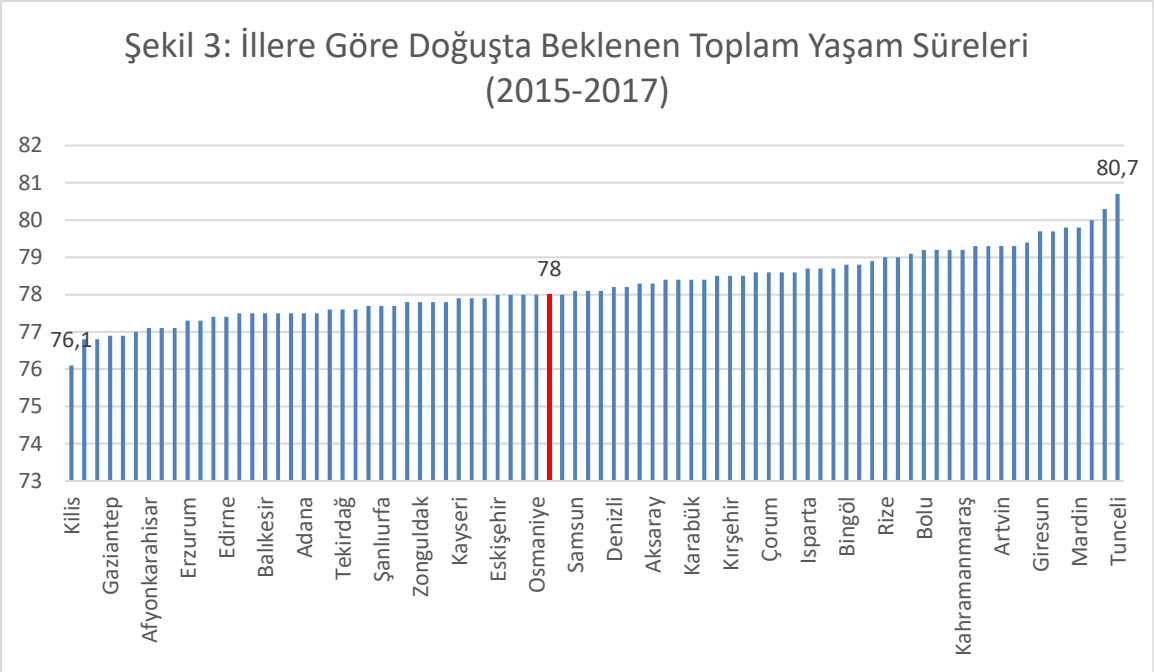
Kaynak: OECD

Bebek ölüm hızını illere göre kıyasladığımızda ise karşımıza büyük bir eşitsizlik tablosu çıkmaktadır. TÜİK verilerine göre Karabük'te her bin bebekten 3'ü hayatını kaybederken Gaziantep'te bu sayı 16,2 olarak gerçekleşmiştir (Şekil 2). Yaklaşık beş buçuk kat olan bu fark neoliberal politikaların ne düzeyde bölgesel eşitsizlikler yaratabildiğini bize göstermektedir. Sağlıkta piyasalaşma her sene on binden fazla bebeğin hayatını önlenebilir sebeplerle kaybetmesine yol açmaktadır.



Kaynak: TÜİK

Bir diğer temel sağlık göstergesi doğuşta beklenen toplam yaşam süresidir. Bebek ölüm hızında olduğu gibi dünyadaki eğilim (istisnai durumlar haricinde) beklenen toplam yaşam süresinin artışı yönündedir. Türkiye'deki durum incelendiğinde bebek ölüm hızına benzer şekilde iller arasındaki eşitsizlik göze çarpmaktadır (Şekil 3). En düşük toplam yaşam süresine sahip il Kilis (76,1) olurken en yüksek yaşam süresi Dersim (80,7) olarak kaydedilmiştir. Diğer bir deyişle, Kilis'te doğan bir yurttaşın Dersim'deki bir yurttaştan 4,6 yıl daha az yaşaması beklenmektedir.



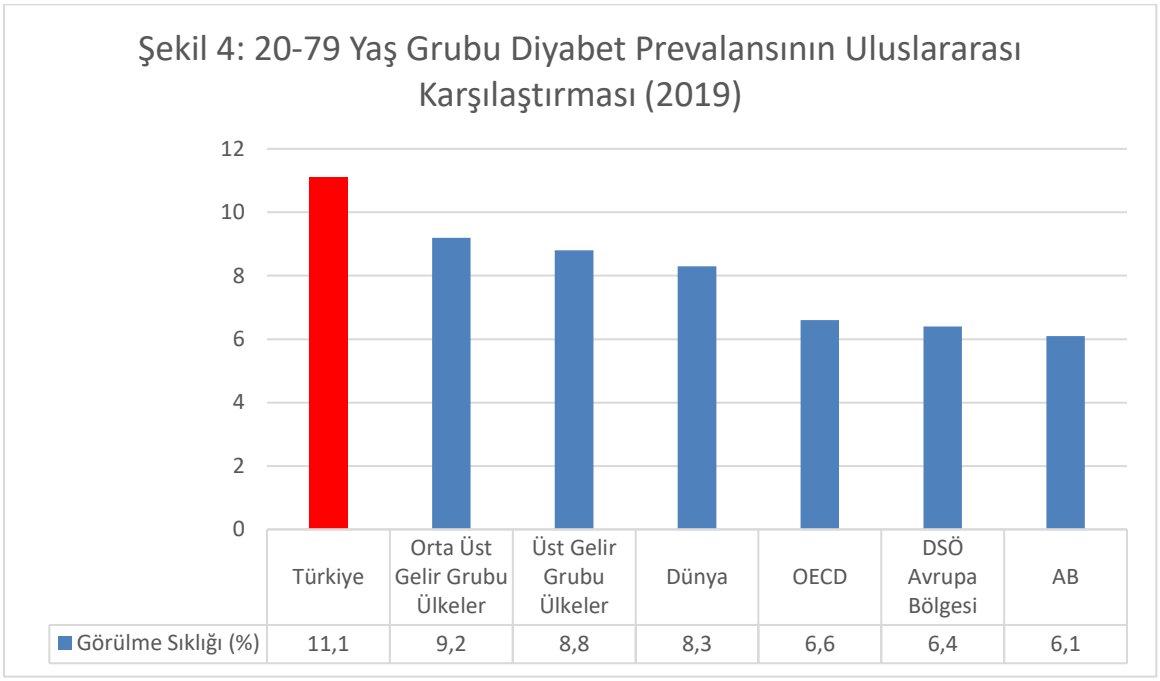
Kaynak: TÜİK

Sağlık Açısından Risk Faktörleri ve Hastalıklar

Dünyada ikinci yılını geride bırakan COVID-19 pandemisinin bitişine dair herhangi bir öngörüde bulunabilmenin henüz mümkün olmadığı belirtilirken Türkiye'de de salgın etkisini sürdürmektedir. Halkımızın bu konudaki en büyük talihsizliği ise pandemiye AKP iktidarıyla yakalanmış olmasıdır. Kamusal sağlık hizmetleri altyapısı SDP kapsamında büyük oranda tahrip edildiğinden böylesi bir olağanüstü sağlık olayında tüm toplum adeta çaresiz bırakılmıştır. Salgının doğrudan etkilerinin ülkemizde görece geç görünmeye başlamasına rağmen aradaki zaman aralığında göstermelik kimi tedbirler dışında hazırlık yapılmamış, özellikle salgının erken evrelerinde ciddi bir yetersizlik ortaya çıkmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede merkezi rol üstlenmesi gereken birinci basamak sağlık hizmeti birimleri yerine salgın ağırlıklı olarak hastanelerde karşılanmış, etkili bir temaslı takibi ve filyasyon yapılamaması nedeniyle hastalığın yayılması engellenememiştir. Yurttaşına üç tane maske dağıtmaktan aciz olan Saray Rejimi aşı tedarikinde de haftalar boyunca toplumu oyalamıştır. Salgın yönetimine yönelik güvensizliğin beslediği aşı karşıtlığıyla mücadele edilmemiş, aksine önü açılmıştır. Bütün sorumluluk sağlık emekçilerine ve yurttaşlara bırakılmıştır. Etkisizliği kanıtlanmış ilaçlar aylar boyunca hastalara dağıtılmıştır. Manipülasyon ve yalanlar ile gizlenmeye çalışılan tablo gerçekte çok daha ağırdır. Resmi olarak açıklanan COVID-19 kaynaklı ölüm sayıları ile gerçek ölüm sayıları arasında iki kattan fazla fark olduğu birçok kaynak tarafından doğrulanmaktadır. Türkiye, gerçek ölüm sayıları açısından pandeminin en çok etkilediği ve salgın yönetiminin en kötü uygulandığı ilk on ülke arasındadır. Kısacası, COVID-19 salgını Saray Rejiminin halkın sağlığına düşman karakterini bütün çıplaklığıyla göstermiştir.

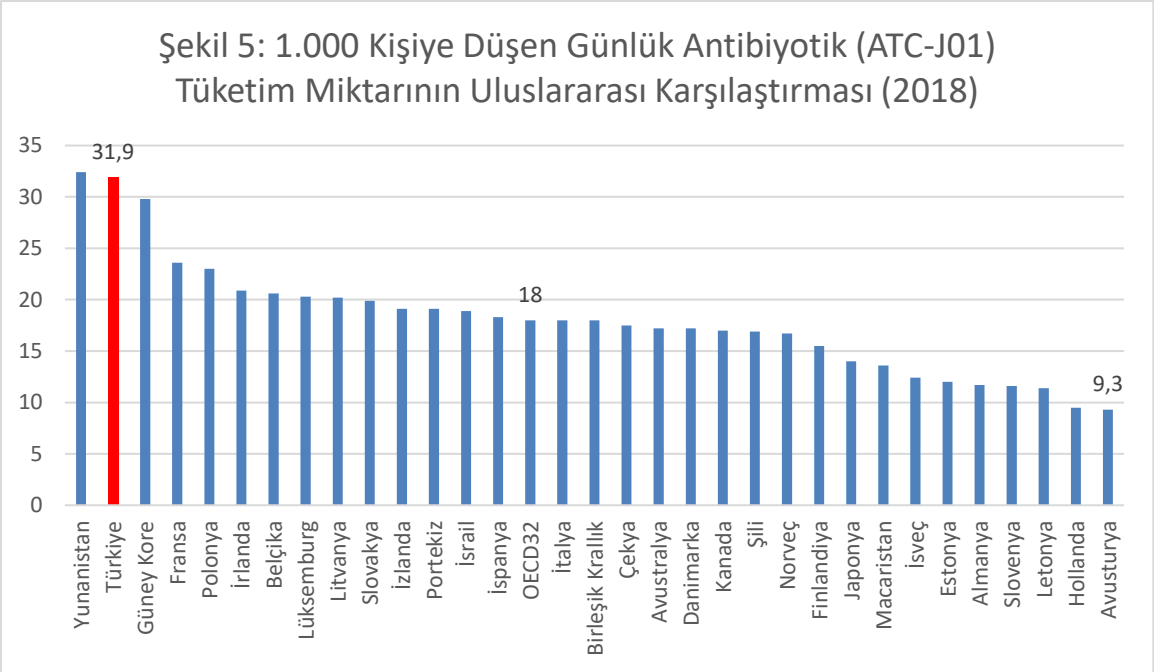
Kapitalist gıda tekellerinin uzun yıllardır sürdürdüğü üretim ve pazarlama stratejileri yalnızca beslenme rutinimizi değiştirmekle kalmayıp sağlığımızı da olumsuz yönde etkilemektedir.

Beslenmedeki bu bozulma diyabetin (şeker hastalığı) görülme sıklığının giderek artmasına ve sağlık açısından çok ciddi risklerin oluşmasına sebep olmaktadır. Yüksek şeker ve karbonhidrat içeren besinler ucuz olmalarından dolayı genellikle yoksullar tarafından tüketilmekte ve bu durum alt sınıflar için daha fazla olumsuz sonuç üretmektedir. Bakanlığın verilerine göre Türkiye'de 20-79 yaş grubunda diyabet görülme sıklığı AB, DSÖ Avrupa Bölgesi, OECD ve dünya ortalamalarının hepsinden daha fazladır (Şekil 4). Türkiye'de diyabete yönelik koruyucu ve önleyici hizmetlerin yaygınlaştırılması gerekirken diyabet riskine dair bilgilendirme çalışmaları bile yapılmamaktadır.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

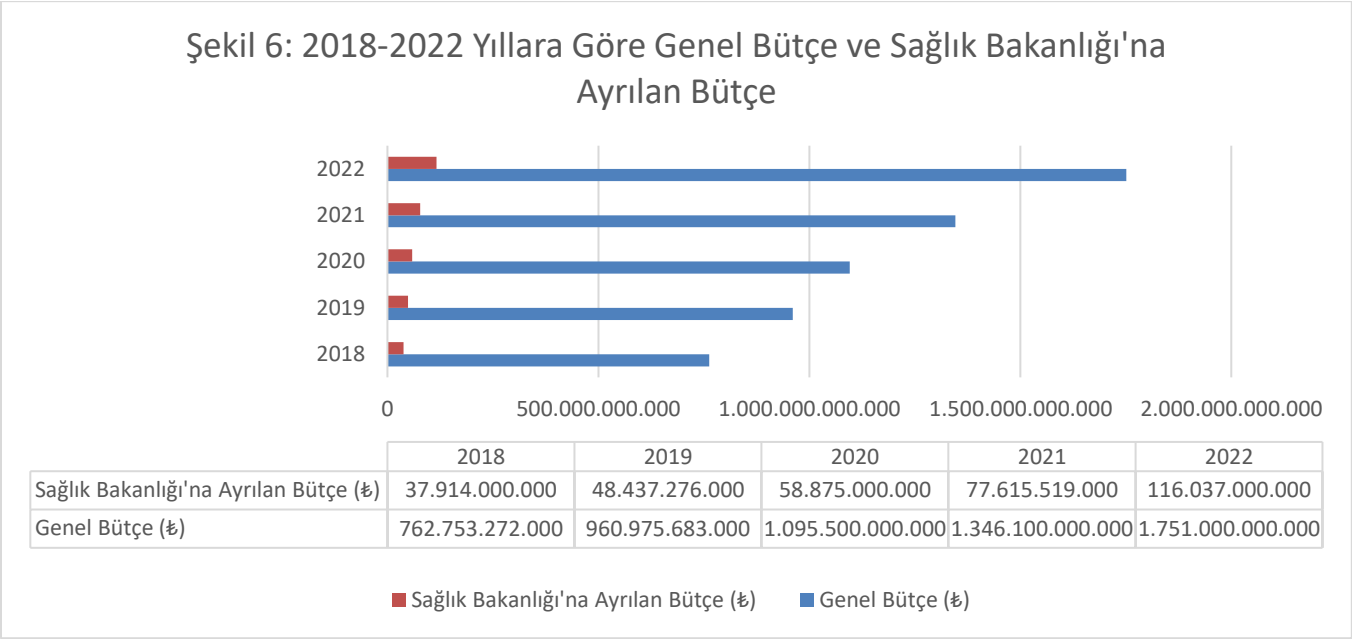
Bilinçsiz ve gerektiğinden fazla ilaç kullanımı sağlıkta piyasalaşmanın doğrudan sonuçlarından birisidir. Uluslararası karşılaştırmada 2018 yılı verilerine göre Türkiye bin kişiye düşen günlük antibiyotik tüketim miktarında Yunanistan'ın ardından ikinci sıradadır (Şekil 5). Çarpıtılmış sağlık algısı nedeniyle tedavi yönünden gereksinim olup olmamasından bağımsız olarak ilaç tüketimi teşvik edilmekte, özellikle enfeksiyon hastalıkları bakımından sonuçları uzun vadede ortaya çıkabilecek büyük bir tehlike yaratılmaktadır. Bakanlık tarafından yürütülen etkisiz kampanyalar ise soruna çözüm olmamaktadır.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Sağlığa Ayrılan Bütçe

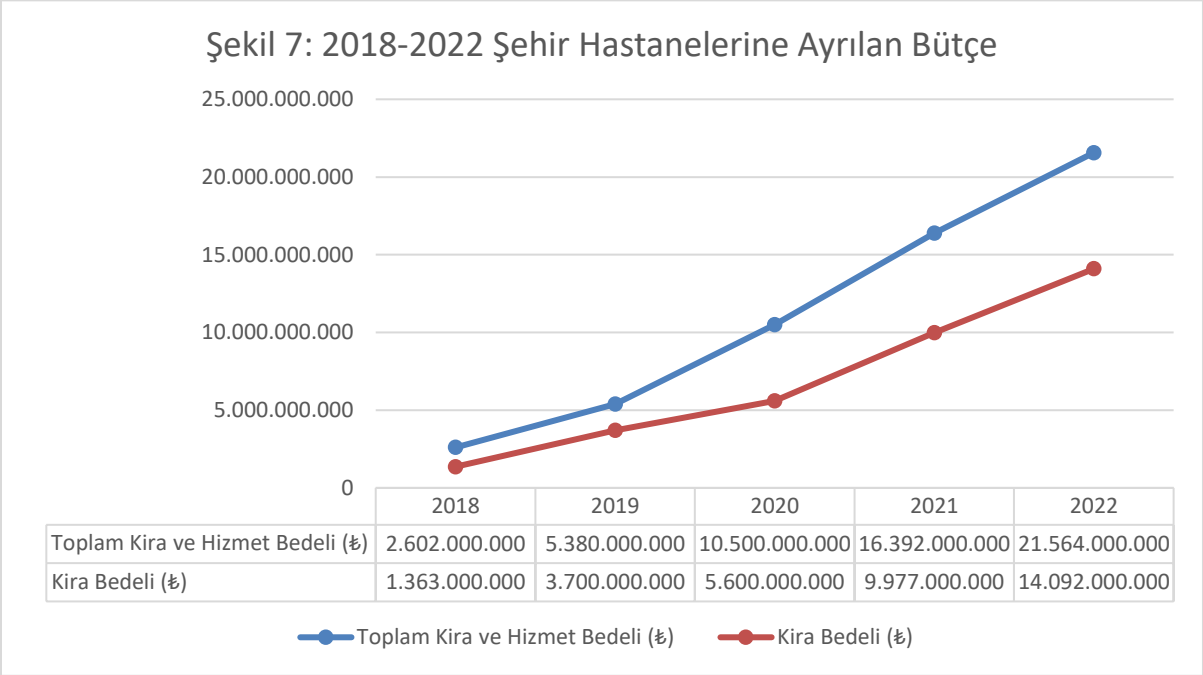
Genel bütçeden sağlığa ayrılan kısım son yıllarda artış gösterse de genel bütçe içerisindeki payı hala çok düşüktür. COVID-19 pandemisiyle geçen 2020 ve 2021 yıllarında bile genel bütçe içerisindeki Sağlık Bakanlığı payı sırasıyla %5,37 ve %5,76 olmuştur (Şekil 6)(küsuratlar yuvarlanmıştır). 2022 yılı bütçesindeyse bu oranın %6,63 olması planlanmaktadır. Kaynakların etkin ve halkın yararına kullanılmaması bir yana, toplam bütçe dağılımındaki yetersizlik sağlık sorunlarının çözümü için ciddi bir engel yaratmaktadır.



	2018	2019	2020	2021	2022
Sağlık Bakanlığı'na Ayrılan Bütçe (₺)	37.914.000.000	48.437.276.000	58.875.000.000	77.615.519.000	116.037.000.000
Genel Bütçe (₺)	762.753.272.000	960.975.683.000	1.095.500.000.000	1.346.100.000.000	1.751.000.000.000

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

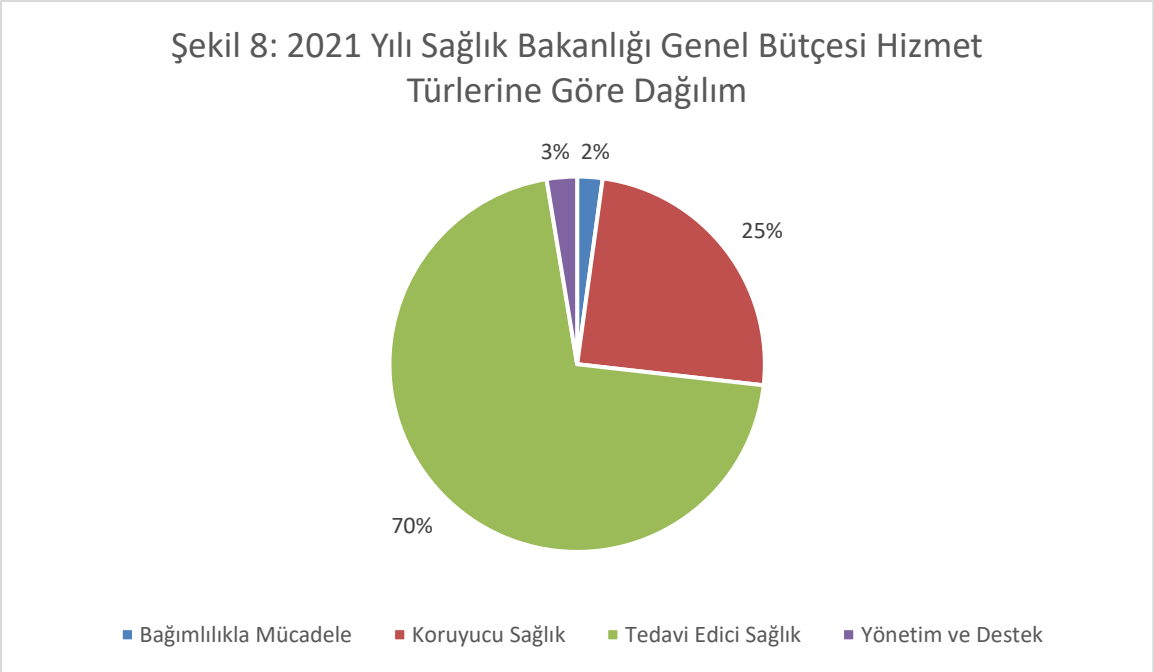
Kamu Özel İşbirliği projelerinin sağlıktaki ayağı olan Şehir Hastaneleri, her geçen yıl artan maliyeti ile sağlığa ayrılan bütçenin kara deliği haline gelmiştir. Yurttaşların sağlık gereksinimleri için harcanması gereken kaynaklar, hasta garantili hastaneler aracılığıyla bir avuç yandaş müteahhitte aktarılmakta, yalnızca bugünümüz değil geleceğimiz de ipotek altına alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2021 yılı toplam bütçesinin beşte biri kira ve hizmet bedeli olarak Şehir Hastanelerine ayrılmıştır (Şekil 7)(küsuratlar yuvarlanmıştır). Ödenen kira bedeli 2020 yılına göre %77 artış göstermiştir. Aynı eğilim geçtiğimiz aylarda açıklanan 2022 bütçesinde de sürmektedir.



	2018	2019	2020	2021	2022
Toplam Kira ve Hizmet Bedeli (₺)	2.602.000.000	5.380.000.000	10.500.000.000	16.392.000.000	21.564.000.000
Kira Bedeli (₺)	1.363.000.000	3.700.000.000	5.600.000.000	9.977.000.000	14.092.000.000

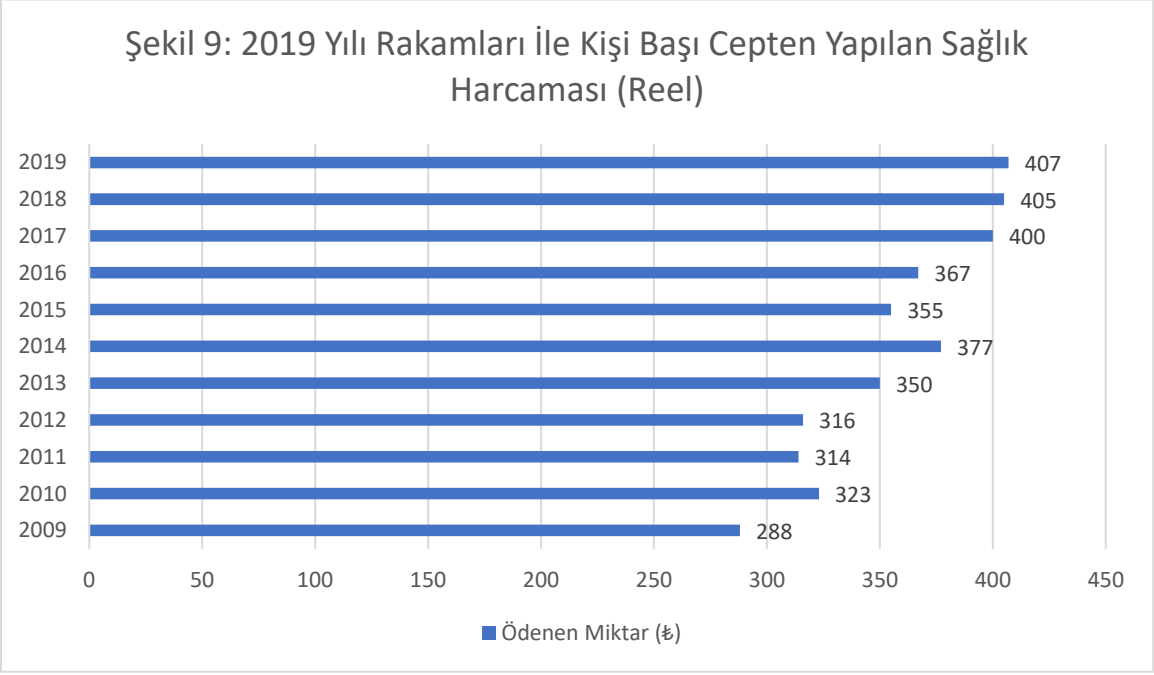
Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Sağlığa ayrılan bütçenin çoğunluğu, daha fazla kâr getireceği beklentisi ile tedavi edici hizmetlere ayrılırken koruyucu, önleyici ve geliştirici sağlık hizmetlerine aktarılan pay düşük bırakılmıştır. Bunun sonucu ise altından kalkılamayan hastalık yükleri, sürekli açık veren bütçe ve koruyucu hizmetlere ayrılan kaynakların yıllar içerisinde daha da kısılması olmuştur. Sağlık Bakanlığı 2021 yılı genel bütçesinin (77 milyar 615 milyon 519 bin TL) yalnızca %25'i (19 milyar 48 milyon 950 bin TL) koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılmıştır (Şekil 8).



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

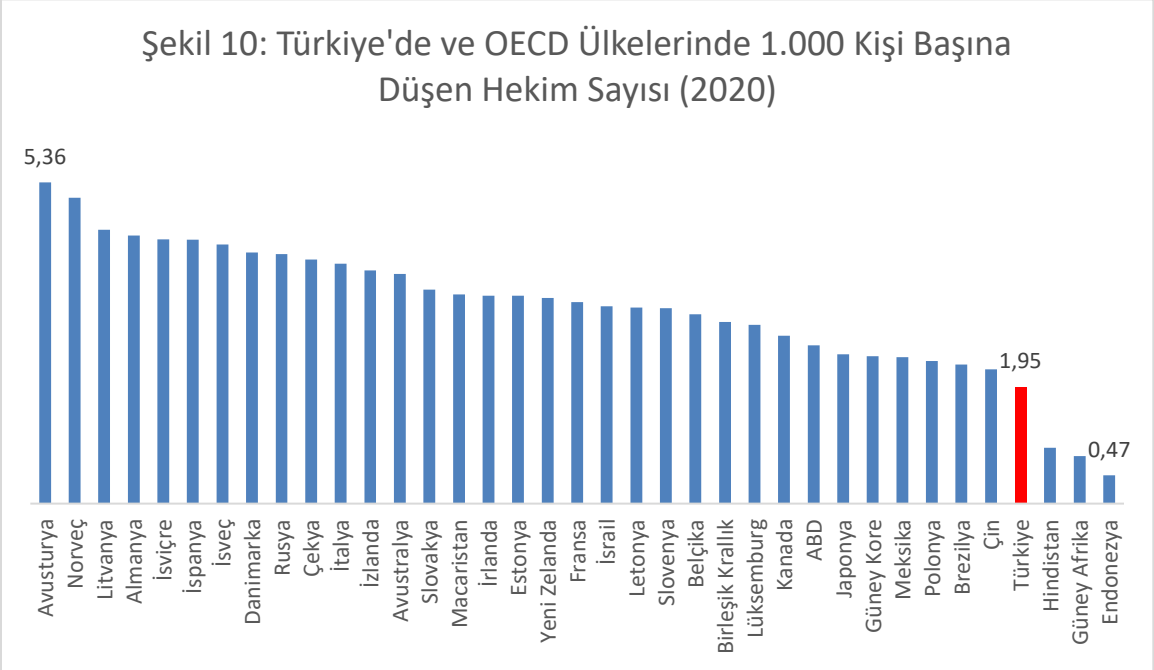
Mevcut sistemde sağlık hizmetlerine erişebilmek için ödediğimiz para her geçen yıl artmaktadır. 2019 yılı rakamlarını baz alarak 2009-2019 arasını değerlendirdiğimizde cepten yapılan sağlık harcamalarında artış yaşandığı görülmektedir (Şekil 9). Son iki yılın verisi olmamakla beraber birçok ilacın da karşılanma listesinden çıkarılmasıyla birlikte bu rakamın daha da arttığını tahmin etmek zor değildir. SDP ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşacağını iddia eden AKP iktidarı bu hedefi gerçekleştiremediği gibi her fırsatta elini yurttaşın cebine atmaktan çekinmemektedir.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

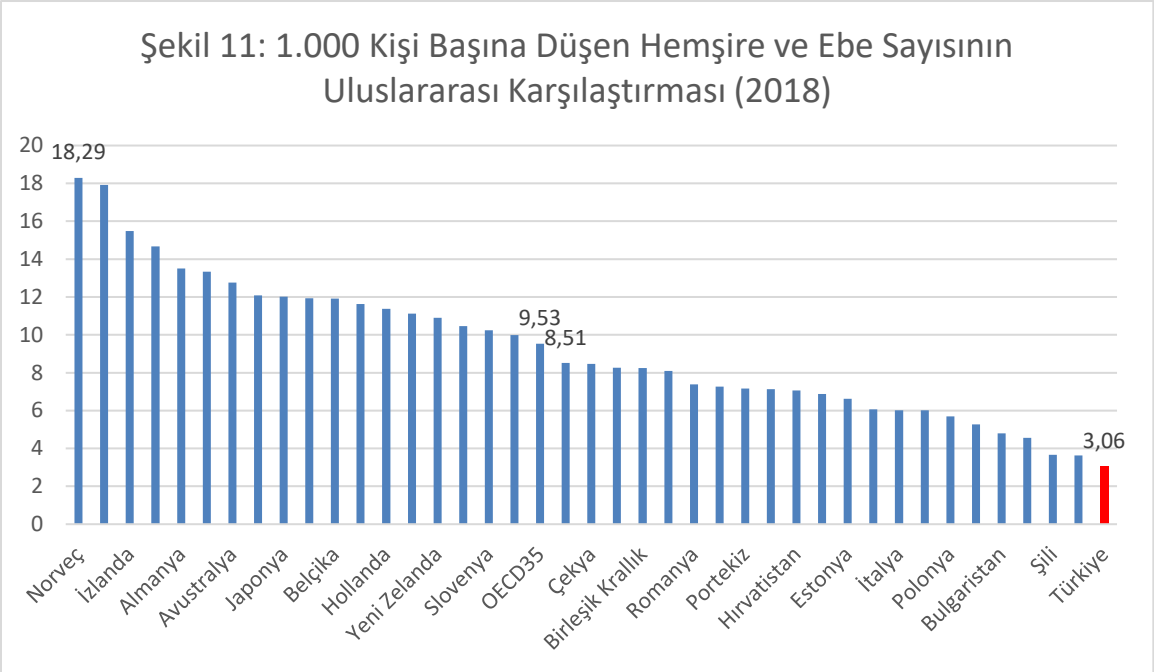
Sağlık İnsan Gücü

Günümüzde özellikle sağlık emek ve meslek örgütlerinin en sık şikayetçi olduğu konuların başında sağlık insan gücü yönetimi ve plansızlık gelmektedir. Halkın sağlık gereksinimleri dikkate alınmadan ve yeterli kamusal istihdam olanakları yaratılmadan açılan fakülteler işsizliği beslemekte, ücretleri aşağı çekmekte ve sağlık sorunlarını kronikleştirmektedir. Bu alandaki plansızlığa ciddi bir hekim yetersizliği de eşlik etmektedir. 2020 verilerine göre bin kişi başına düşen hekim sayısında Türkiye OECD ülkeleri arasında sondan dördüncü sırada bulunmaktadır (Şekil 10). Ayrıca son zamanlarda sayısı artan hekim istifalarının ve sağlık insan gücü göçünün bu yetersizliği büyütme riski bulunmaktadır.



Kaynak: OECD

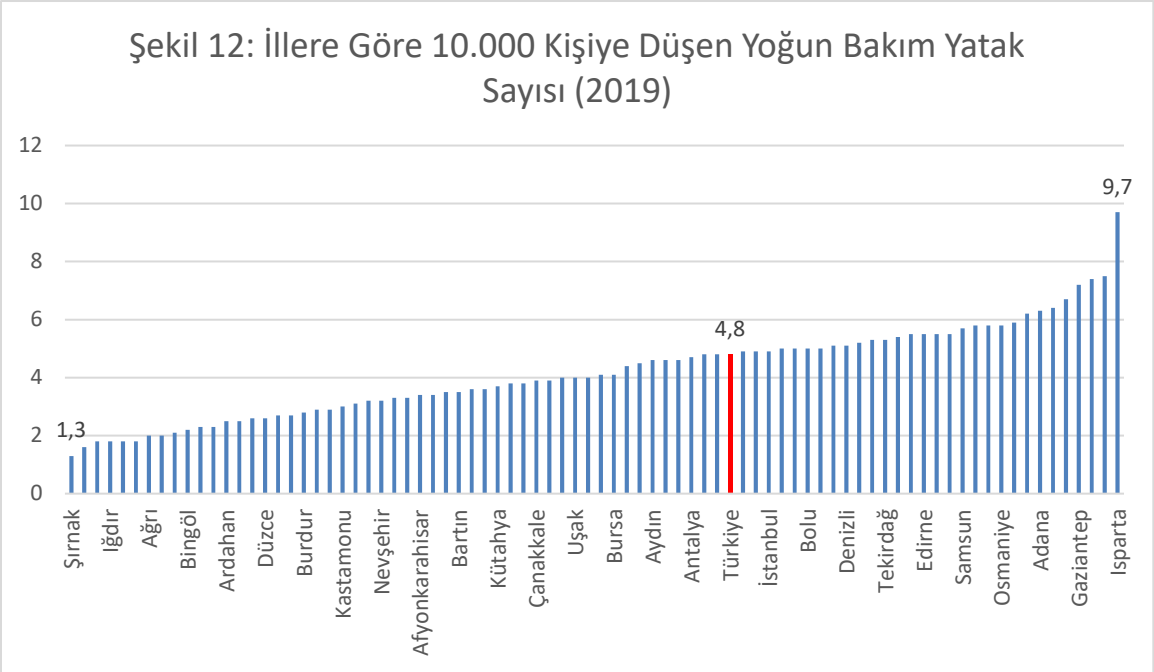
Hemşire ve ebe sayısı bakımından hekim sayısına benzer bir tablo karşımıza çıkmaktadır. Bakanlığın OECD'den aktardığı verilere göre Türkiye bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısında OECD grubu ülkeler arasında sonuncu sıradadır (Şekil 11). SDP ile sağlık yönetimine hâkim olan plansızlık ve piyasa odaklı yaklaşım, bir yanda on binlerce sağlık emekçisini yıllarca atama sırasında bekletirken diğer yanda milyonlarca yurttaşın sağlık hizmetlerini erişimini zorlaştırmaktadır.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

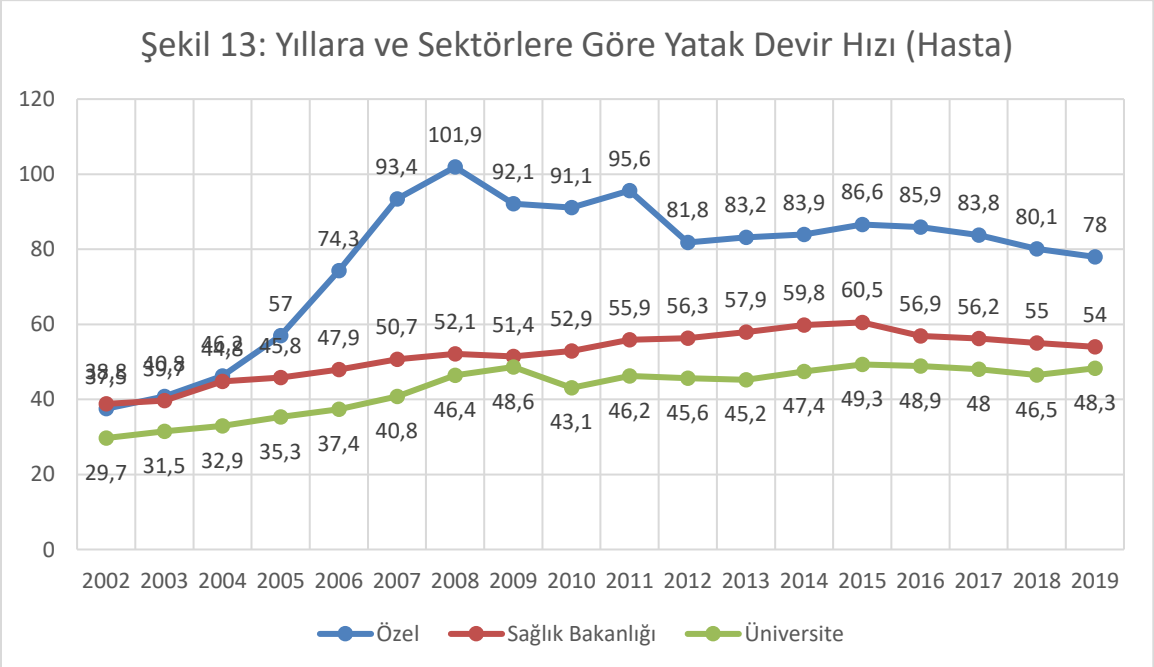
Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Altyapı

AKP iktidarının sağlık alanında belki de en çok övündüğü başlık hastaneler ve yatak sayısıdır. Özellikle COVID-19 salgını boyunca yoğun bakım yataklarının çokluğu sık sık iktidar temsilcileri tarafından dile getirilmiştir. Yatak sayılarının hesaplanmasında yapılan manipülasyonlar ile sayıların şişirilmesi bir tarafa, iller arasındaki eşitsizlik sağlık altyapısının kimi bölgelerde yok denecek kadar az olduğunu göstermektedir. Bakanlığın kendi verilerine göre Isparta'da on bin kişi başına 9,7 yoğun bakım yatağı düşerken Şırnak'ta on bin kişi başına yalnızca 1,3 yoğun bakım yatağı düşmektedir (Şekil 12). Aradaki yaklaşık yedi buçuk katlık fark, AKP'nin en çok övündüğü başlıkta bile ne düzeyde bir eşitsizlik yarattığını bizlere açıkça göstermektedir.



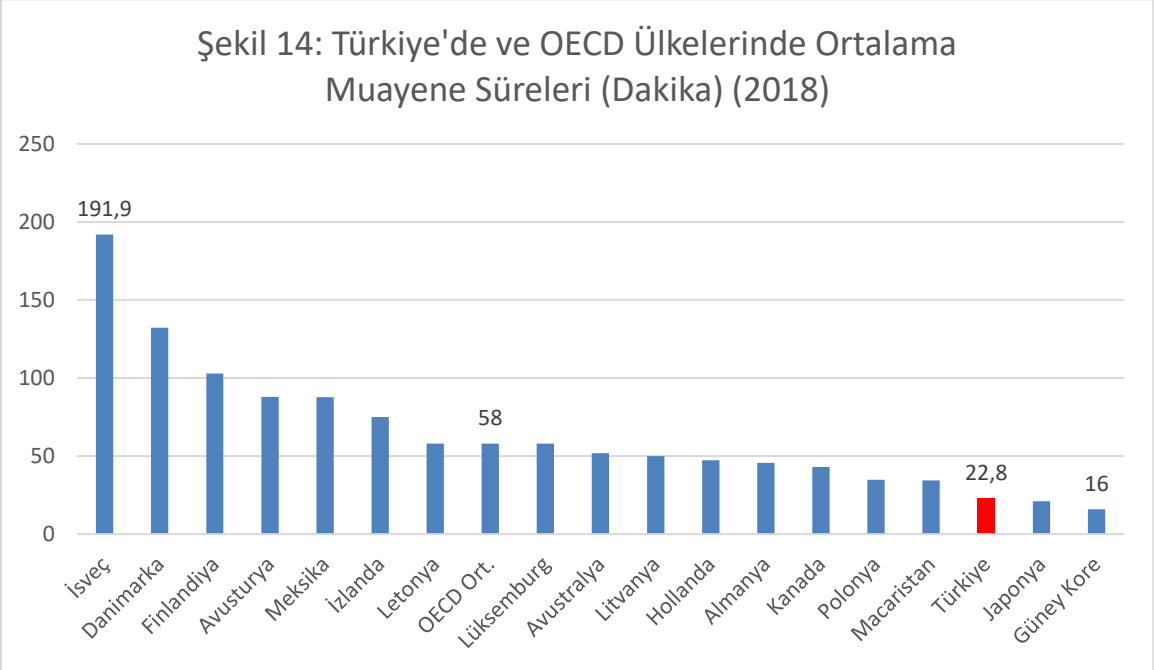
Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Sağlık hizmetlerindeki neoliberal dönüşüm ile hasta sirkülasyonunun mümkün olan en yüksek düzeye çıkarılması hedeflenmiştir. Bu amaç neticesinde yıllar içerisinde yatak devir hızı artış göstermiştir (Şekil 13). Neoliberal dönüşümün sözcüleri bu durumu "verimlilik artışı" olarak tanımlamaya çalışsalar da gerçekte yaşanan kâr amacıyla hastaların erken taburcu edilmesidir. Özel hastanelerde bu hızın üniversite ve devlet hastanelerinden daha fazla olması, diğer bir deyişle aynı hastalık için birbirinden çok farklı iki ayrı yatak devir hızı kaydedilmesi buradaki çarpıklığın önemli bir göstergesidir. Bu yönelimin sonucunda daha fazla komplikasyon oluşmakta, tekrarlayan yatışların oranında artış yaşanmakta ve ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

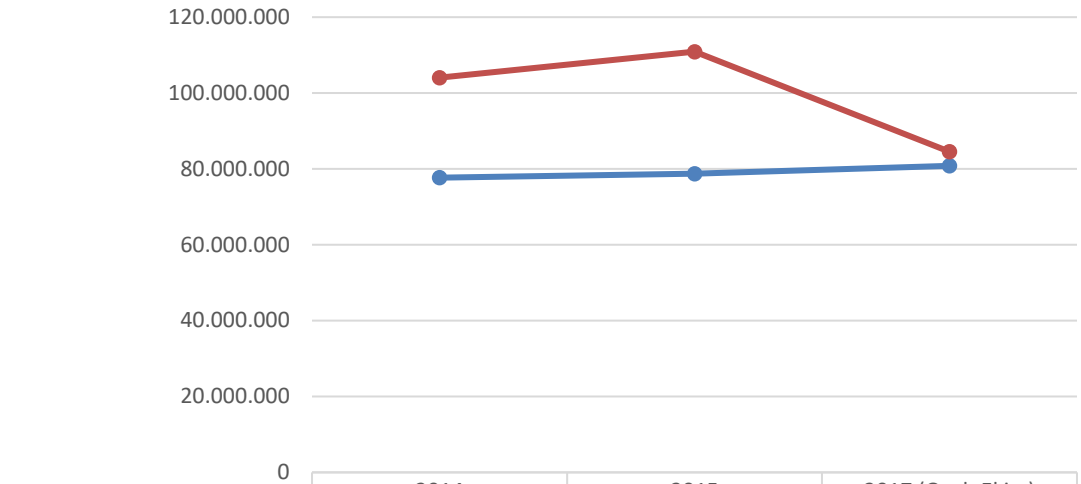
Hasta başına ayrılan muayene süresi, sağlık hizmetlerinin niteliğini ve etkililiğini gösteren önemli göstergelerden birisidir. Ortalama muayene süreleri açısından OECD ülkeleri arasındaki sıralamaya baktığımızda, Türkiye'nin Japonya ve Güney Kore'nin ardından 22,8 dakika ile en kötü üçüncü ülke olduğunu görmekteyiz (Şekil 14). OECD ortalamasının oldukça gerisinde olan bu oran, SDP ürünü performans sisteminin sonucudur. Kâr amaçlı, az zamanda az kişiyle mümkün olan en fazla muayene ve işlem sayısı baskısı sağlık emekçilerinin üzerindeki iş yükünü arttırdığı gibi sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini de olumsuz yönde etkilemektedir.



Kaynak: OECD

Türkiye, OECD ülkeleri arasında acil servis başvuruları toplam nüfusundan fazla olan tek ülkedir (Şekil 15). Bu durum, SDP hedeflerinde belirtildiği gibi daha etkin ve verimli bir sağlık sistemine değil, tam tersi şekilde hizmet alanında kaotik bir ortamın oluşmasına, kaynakların yanlış yere yönlendirilmesine, acil servislerin gereksiz kullanımı sonucu gerçekten acil sağlık hizmetine gereksinimi olan yurttaşların hizmete erişememesine yol açmıştır.

Şekil 15: Yıllara Göre Toplam Nüfus ve Acil Servis Başvuru Sayısı

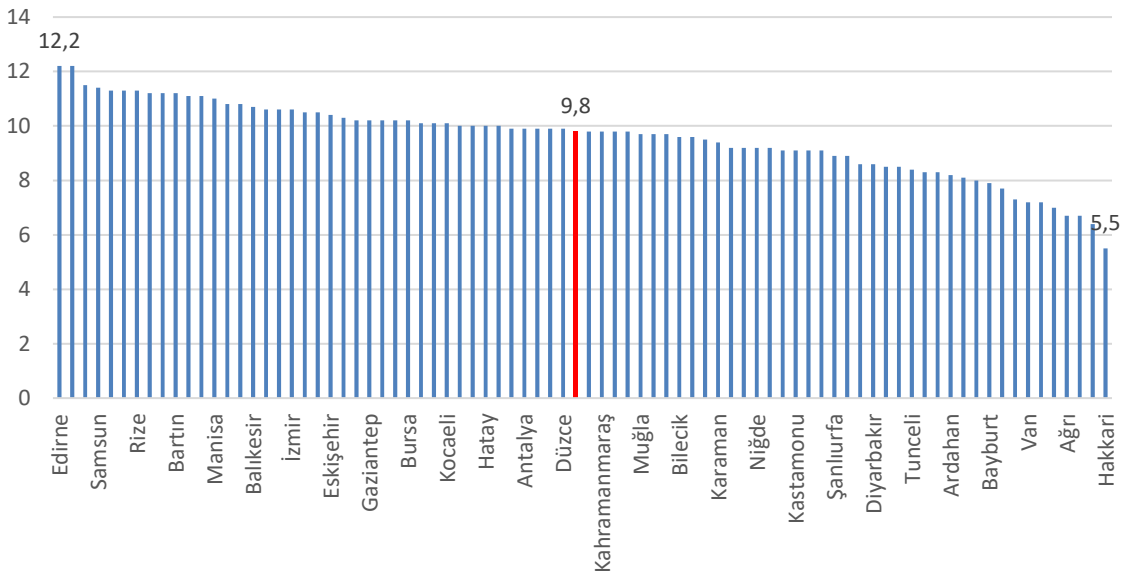


	2014	2015	2017 (Ocak-Ekim)
Toplam Nüfus	77.695.904	78.741.053	80.810.525
Acil Servis Başvuru Sayısı	104.069.477	110.915.407	84.545.429

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK

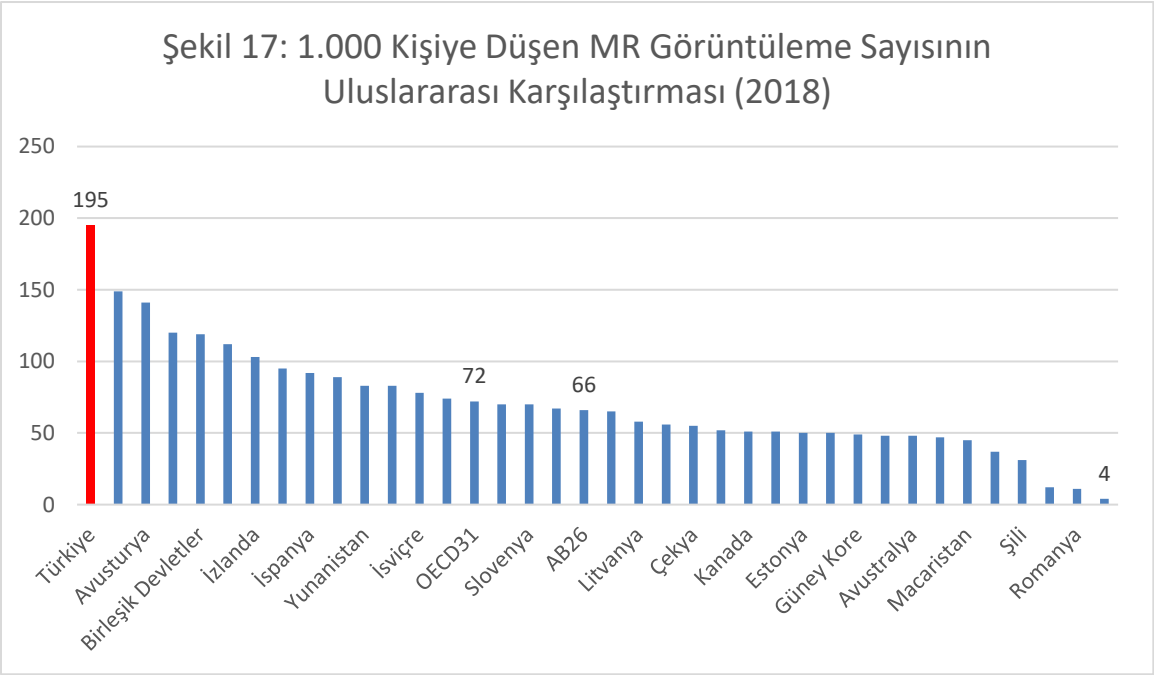
Sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından şehirler ve bölgeler arasındaki eşitsizliği ortaya koyan bir başka gösterge ise kişi başı hekime başvuru sayısıdır. Türkiye'nin batısı ile doğusu arasında diğer birçok parametrede gördüğümüze benzer eşitsizlik olgusu bu başlıkta da sürmektedir. 2019 verilerine göre Edirne'de kişi başı hekime başvuru oranı 12,2 olarak gerçekleşmişken Hakkari'de bu oran yalnızca 5,5 olmuştur (Şekil 16). Karşılanmamış sağlık gereksinimleri açısından aradaki bu uçurum kabul edilebilir değildir.

Şekil 16: İllere Göre Kişi Başı Hekime Başvuru Sayısı (2019)

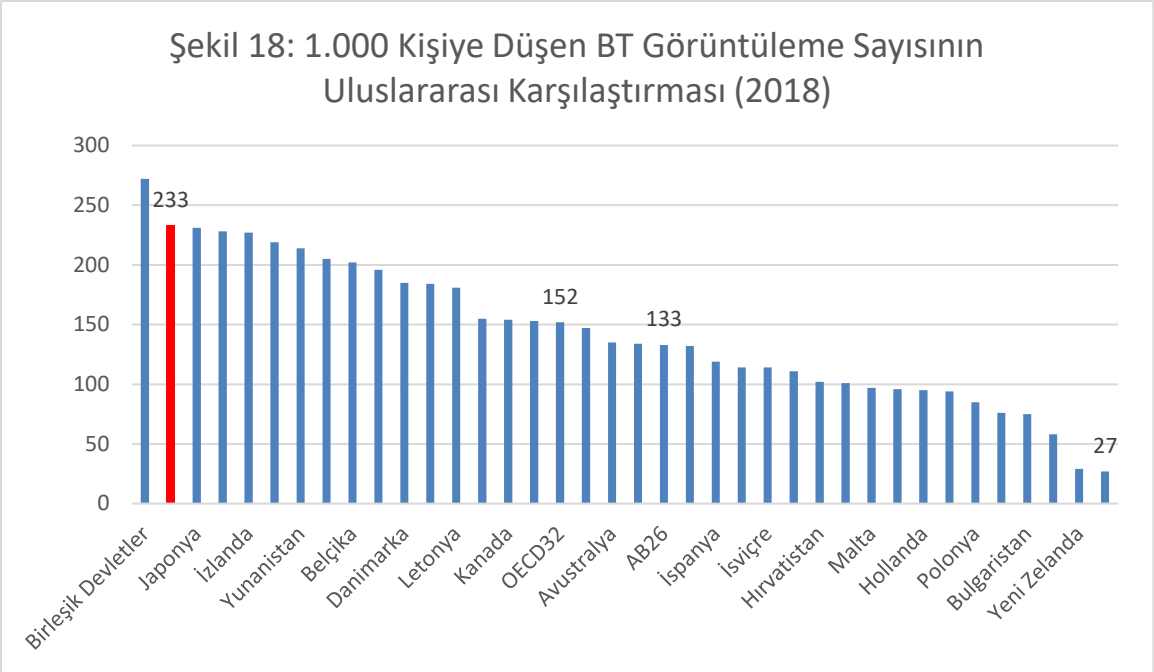


Kaynak: Sağlık Bakanlığı

SDP teşhis amaçlı tetkiklerde kâr marjını artırma eğilimine neden olmuş, yıllar içerisinde Manyetik Rezonans (MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüleme hizmetleri kullanımında anormal diyebileceğimiz bir artış gerçekleşmiştir. Bu artışın kaynağında sağlık ihtiyacının daha fazla karşılanıyor olması değil sermayedarların kâr güdüsü ve kışkırtılmış sağlık talebi bulunmaktadır. Türkiye, bin kişiye düşen MR sayısında birinci, BT sayısında ise ABD'den sonra ikinci sıradadır (Şekil 17 ve Şekil 18). OECD'nin paylaştığı güncel istatistiklerde 2019 yılı için Türkiye'de BT sayısının 233'ten 235'e yükseldiği ve artış eğiliminin devam ettiği görülmektedir. Çoğu durumda hastalıkların teşhisi için gereksinim olmamasına rağmen görüntüleme cihazlarının aşırı kullanımı yan etkiler açısından ciddi bir risk yaratmakta, uzun vadede olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır.

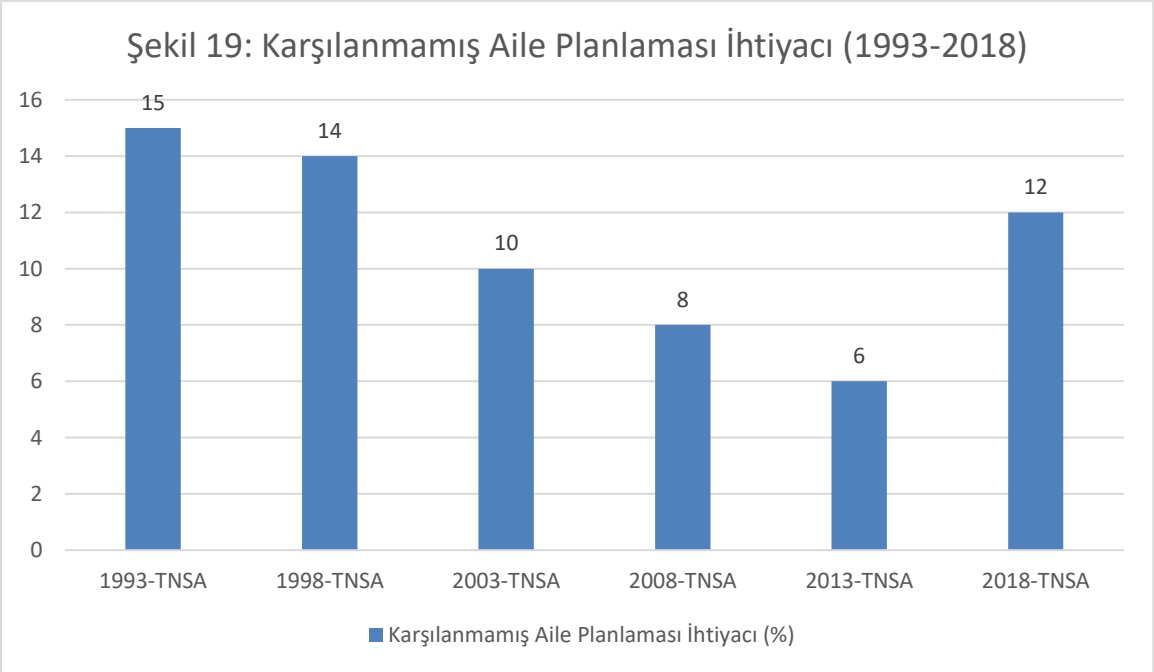


Kaynak: Sağlık Bakanlığı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

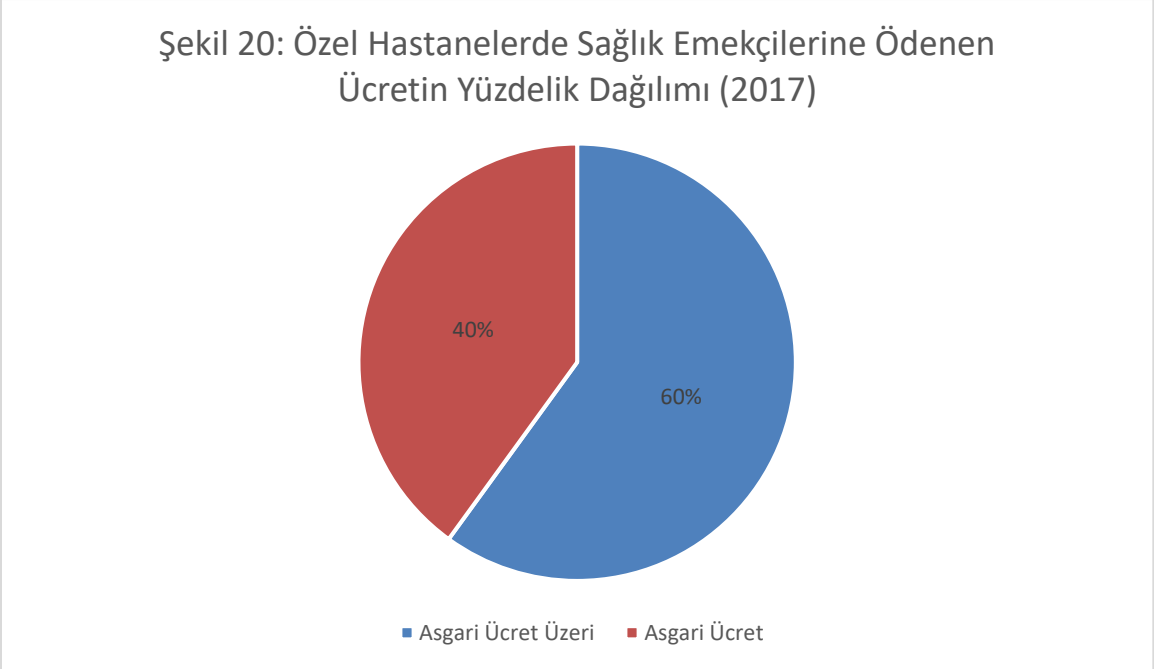
Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim konusunda son yıllarda olumsuz bir tablo ortaya çıkmıştır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından düzenli aralıklarla gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2013 yılında %6 olan 15-49 yaş grubundaki karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı 2018 yılında iki kat artarak %12'ye ulaşmıştır (Şekil 19). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısının değiştirilmesi, malzeme eksikliği ve teknik yetersizlikler, gebeliği önleyici modern yöntemlerin çoğunun paralı olması, dinsel önyargıların ve gericiliğin sağlığa yansımaları gibi faktörler bu alandaki ihtiyacın giderek artmasına neden olmaktadır.



Kaynak: TNSA/HÜNEE

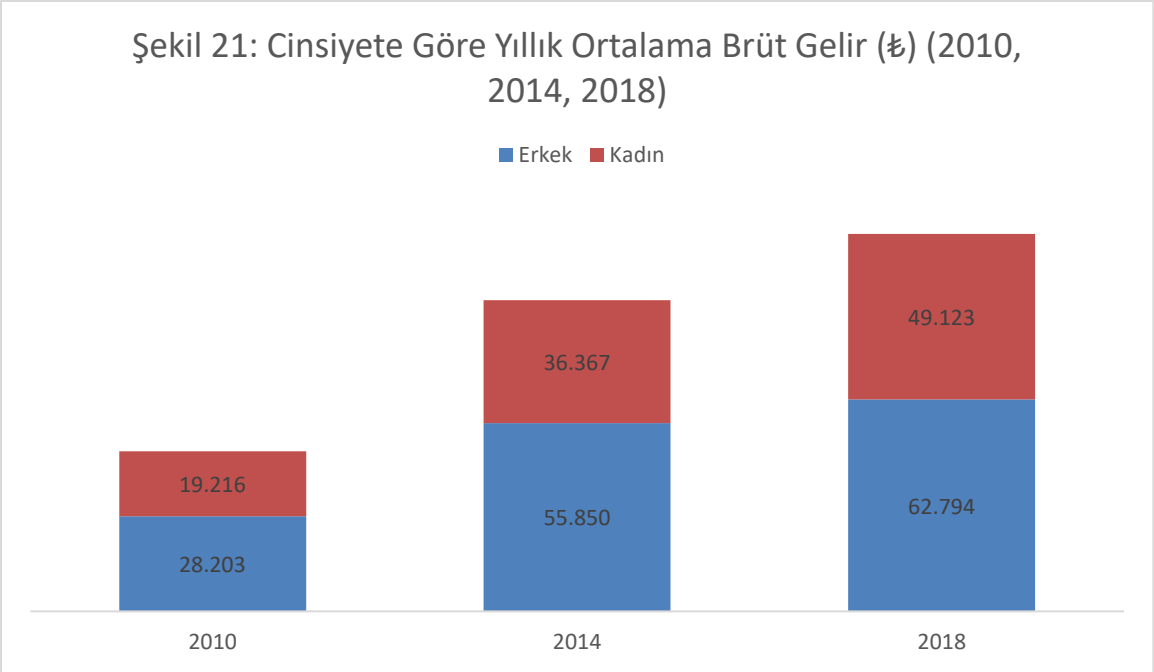
Sağlık Emekçilerinin Özlük Hakları ve Çalışma Koşulları

Saray Rejimi asgari ücreti ortalama ücret haline getirmiştir. Günümüzde ülkemizdeki işçilerin yarısından fazlası asgari ücret ile çalışmak zorunda bırakılmış, diğer bir deyişle açlık sınırında bir hayata mahkûm edilmiştir. Benzer bir tablo sağlık emekçileri için de geçerlidir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 2017 yılında özel hastanelerdeki çalışma koşullarına dair yayınlanan teftiş raporuna göre çalışanların %40'ı asgari ücret almaktadır (Şekil 20). Asgari ücret üzerinde maaş alanların çoğunluğunun hekimler ve yönetici pozisyonunda çalışanlar olduğunu aktaran rapor, sağlık hizmetleri alanında uygulanan düşük ücret politikasının kanıtlarından birisini oluşturmaktadır. Aynı rapor iş kanunu ihlalleri ve usulsüzlükler ile ilgili bilgileri de içermektedir. Teftiş kapsamındaki özel hastanelerin %57'sinde ulusal bayram ve tatil çalışmalarına aykırılık, %59'unda vardiya halinde çalışma hükümlerine aykırılık, %72'sinde ücrete ilişkin yasal düzenlemelere aykırılık, %85'inde fazla çalışma hükümlerine aykırılık, %91'inde yıllık ücretli izin hükümlerine aykırılık ve %96'sında çalışma sürelerine ilişkin hükümlere aykırılık tespit edilmiştir.



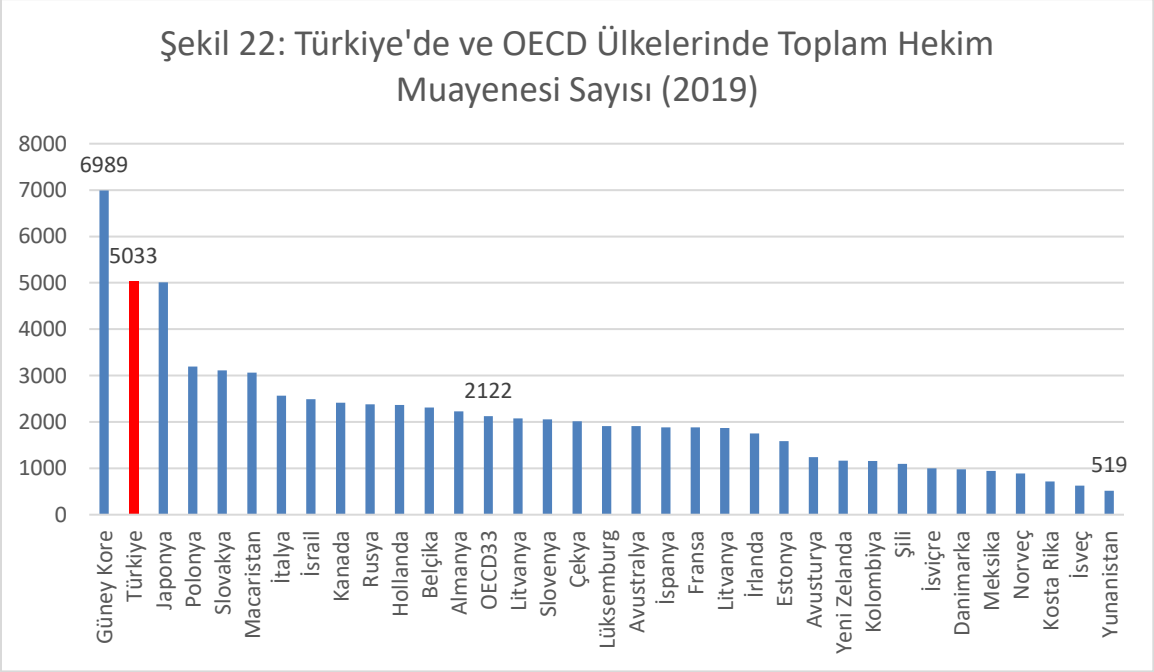
Kaynak: ÇSGB

Çoğunluğu kadın emekçilerden oluşan sağlık hizmetlerinde ücretler ve gelirler başlığında tam tersi bir dağılım vardır. TÜİK'in yayınladığı rapora göre 2018 yılında bir erkek sağlık emekçisi yılda ortalama 62.794 TL ortalama brüt gelir elde edebilirken bir kadın sağlık emekçisi 49.123 TL ortalama brüt kazanç sağlayabilmektedir (Şekil 21). Aynı raporda önceki yıllarda da gelir dağılımında benzer eşitsizliklerin yaşandığı ve cinsiyet temelli ayrımcılığın süreklilik gösterdiği anlaşılmaktadır.



Kaynak: TÜİK

SDP sağlık emekçilerinin iş yükünü arttırmıştır. Türkiye'de çalışan bir tıp hekimi yılda yaklaşık olarak 5033 hasta muayene etmektedir ve bu sayı uluslararası karşılaştırmada Güney Kore'nin ardından ikinci sıraya denk düşmektedir (Şekil 22). Ağır iş yükü hekimleri tükenmişlik sendromuna sürüklemekte, iş kazalarına ve meslek hastalıklarına ortam hazırlamaktadır. Aynı zamanda yoğun iş yükünün hizmet sunumunda aksamalara yol açması sağlıkta şiddet olaylarının artmasıyla sonuçlanmaktadır.



Kaynak: OECD

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SOSYALİST TÜRKİYE İÇİN SAĞLIKTA YENİ SOSYALLEŞTİRME PROGRAMI

Kapitalizmin mevcut sermaye birikim biçimi olarak tanımladığımız neoliberalizm, sonuçları itibariyle işçilerin ve emekçilerin yalnızca ekonomik anlamda sömürüsünün arttırılması veya eğitim, sağlık gibi temel hizmetlerin piyasalaştırılması ile sınırlı kalmamakta, tüm toplumsal ilişkilerin metalaştırılması yönünde bir etki de yaratmaktadır. Böylelikle, sağlıklı olmak, sağlıklı yaşam, iyilik hali gibi kavramlarla tarif edilmeye çalışılan ve toplumsal yeniden üretim sürecinde merkezi bir ağırlık taşıyan bütün sosyal ilişkiler ve algılar da bu bozulmadan payını almıştır. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin sermaye lehine yeniden organize edilmesine, yani sağlık alanındaki "yapısal" değişikliklere, toplumun sağlık algısının kapitalist/neoliberal ideoloji tarafından çarpıtılması eşlik etmiştir. Sağlıklı olmak basit bir tüketim meselesine dönüştürülmüş, satın alınacak ürün ve hizmetlerle sağlıklı bir yaşama kavuşulacağı algısı yaratılmıştır. Temel yaklaşım olarak çarpıtılmış bir bireysellik sağlık anlayışına hâkim kılınmaya çalışılmış, bütüncüllük ve toplumsallık geri plana itilmiştir. Bu tahribatın giderilebilmesi için, mevcut sağlık hizmetlerine yapısal düzlemde yapılacak müdahaleler ile sınırlı kalmayacak ve ideolojik anlamda da tersine bir dönüşümü zorlayacak, aynı ölçüde radikal bir "sosyalleştirme" programının uygulanması gerekmektedir.

TİP olarak Türkiye'nin sağlık sorunlarının çözümü için önerdiğimiz ve ***"Sağlıkta Yeni Sosyalleştirme Programı"*** adını taşıyan politika belgesi, işte bu tespitler ve hedefler çerçevesinde hazırlanmıştır. Hangi sorun başlığına hangi kaynaklarla ve nasıl müdahale edileceğinin ayrıntılarıyla açıklandığı bu politika belgesi ile TİP, sağlık alanındaki neoliberal dönüşümün enkazının kaldırılmasını, sosyalist temelde, toplumcu ve kamucu bir perspektifle yeni bir sağlık sisteminin kurulmasını ana hedef olarak önüne koymaktadır. Sağlıkta Yeni Sosyalleştirme Programı oluşturulurken sağlığı belirleyen etmenlerin çeşitliliği ve sağlığın çok bileşenli yapısı göz önünde bulundurularak bütüncül bir yaklaşımla meseleye odaklanılmış, sorunlar ve çözüm önerileri sağlık hizmetleri alanına sıkıştırılmadan TİP'in Sosyalizm Programı çerçevesinde somutlaştırılmıştır.

Birinci Sosyalleştirme Girişimi ile Farklar

Yukarıda ana hatlarıyla aktarıldığı üzere, sağlıkta birinci sosyalleştirme dönemi ülkemizin sağlık hizmetleri tarihinde önemli bir yer tutmaktadır. TİP, bu girişimin arkasındaki motivasyonu sahiplenmekle birlikte başarıya ulaşamamasının nedenlerinin eleştirel bir perspektifle değerlendirilmesini ve önerdiği program ile arasındaki farkların net bir biçimde ortaya konulmasını önemsemektedir.

1961 tarihli ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" sosyalleştirmeyi "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme (kamu) sektörüne bağlı kurumların bütçelerinden ayrılan ödenekler karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına

katılmak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır" ifadesiyle tanımlamıştır. Böylelikle sağlığın temel bir yurttaşlık hakkı olarak tanımlanması ve devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu yasal olarak güvence altına alınmıştır. Anayasa düzeyindeki bu güvenceye ve sosyal yönelimli bir örgütlenme modeli önerisine rağmen bunların büyük bölümü uygulamada karşılık bulamamıştır. Bunun önemli nedenlerinden birisi, genel ve makro ölçekte bir politik irade ortaya konulmamış olması, yani sağlık hizmetleri alanında yapılacak yasal ve örgütsel iyileştirmelerin nesnel zemininin kurulmamış olmasıdır. Dönemine göre iyi sayılabilecek yasal uygulamalar ve görece iyi bir örgütsel model tasarlanmış olsa da kapitalizmi aşma yönünde bir iradenin eşlik etmediği, yalnızca sağlık hizmetleri alanı ile sınırlı bir sosyalleştirme girişimi, bekleneceği gibi kadük kalmıştır. TİP olarak bugün önerilen sosyalleştirme programı ise meseleyi bütüncül bir yaklaşımla ele almakta, bütün ülkede ve her alanda sosyalizan ve kamucu bir dönüşümün sağlık hizmetleri ayağını oluşturma iddiasını taşımaktadır.

1960 yılında yapılan genel nüfus sayımına göre halkın %68,1'i kırsal bölgelerde (belde ve köyler), %31,9'u kentsel bölgelerde (il ve ilçe merkezleri) yaşamaktaydı. Birinci sosyalleştirme döneminde bu nüfus dağılımına uygun ve bölgesel eşitsizlikler göz önünde bulundurularak kırsal bölgeler doğru bir yaklaşımla öncelikli ele alınmıştır. 2020 verilerine göre ise Türkiye halkının %93'ü il ve ilçe merkezlerinde, yalnızca %7'si kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Bu nedenle yeni dönemde sosyalleştirme politikalarının ağırlık merkezi kentsel bölgeler olmak zorundadır. Bu yaklaşım kırsal bölgelerin önemsizleştirilmesi veya eşitsizliklerin görmezden gelinmesi anlamına gelmemektedir. Tam tersine, kaynakların doğru şekilde aktarılması sağlanacak ve mevcut eşitsizliklerin giderilmesi olanaklı kılınacaktır.

Birinci sosyalleştirme dönemi ile karşılaştırıldığında, sağlık hizmetleri alanında teknolojinin kullanımı ve sağlık meslek gruplarının bileşimi günümüzde önemli ölçüde değişmiştir. Teknolojik gelişmenin bugünle kıyaslanmayacak düzeyde olmasından kaynaklı birinci sosyalleştirme döneminde sağlık hizmetlerinde zorunlu olarak emek yoğun bir çalışma düzeni yürürlükte olmuştur. Yeni sosyalleştirme döneminde ise sağlık teknolojisi halkın sağlık gereksinimlerini azami düzeyde karşılamaya dönük ve sağlık emekçilerinin çalışma sürelerini ve iş yoğunluğunu azaltacak şekilde kullanılacaktır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri kapsamında tıbbi teknolojinin geliştirilmesi ve kullanımı sermayenin önceliklerine göre değil, yalnızca toplumun sağlık ihtiyaçları ve olası ekolojik/çevresel riskler dikkate alınarak uygulanacaktır. 1960'lı yıllara kıyasla bilimsel gelişmeler, sağlık yapı ve organizasyonundaki yenilikler, sağlık meslek gruplarının ve çalışma alanlarının farklılaşması, uzmanlaşmanın geldiği aşama gibi kimi önemli değişimler de sosyalleştirme başlığında yeni bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Hekim odaklı hizmet anlayışının yerine ekip çalışmasının esas alındığı, sağlığın sosyal yönünü de dikkate alan bir yapı kurulacaktır. Hekim odaklı ve tedavi hizmet anlayışının aksine önleyici ve koruyucu hizmetleri önceleyen bir ekip çalışmasını esas alan bir anlayışla sağlık hizmetleri yeniden örgütlenecektir. Bunun için bugünkü sağlık insan gücü ve dağılımı -yetersizlikler ve eksikliklere rağmen- hızlı bir yeniden örgütlenme için başlangıç zemini oluşturabilecek durumdadır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirme Temelinde Örgütlenmesi ve Sunumu

Sağlık sorunlarının üstesinden gelmek, olası riskleri azaltmak, sağlığı geliştirmenin önündeki engelleri aşmak ve sağlıktaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ancak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirme temelinde yeniden örgütlenebilmesi ve kapsamlı dönüşümlerin uygulanabilmesi ile mümkün hale gelecektir. TİP olarak parti programında belirtilen sağlık hedefleri de böylelikle kendilerini gerçekleştirme olanağı bulabilecek ve neoliberal politikaların sağlık üzerinde yarattığı olumsuz etkiler hızla giderilecektir.

Etkili Bir Sağlık Hizmeti Sunumu İçin Basamaklı Sistem

Kırsal ve kentsel alanların bütününü kapsayacak şekilde ve ulusal ölçekte örgütlenecek olan sağlık hizmetleri basamaklı sisteme uygun olarak organize edilecektir. En küçük birimden en büyük hastaneye kadar tüm basamaklarda sağlık hizmetleri sosyal sağlık yaklaşımı temel alınarak sunulacaktır. Bütün basamaklar arasında etkili bir sevk zinciri ve koordinasyon kurulacaktır.

SDP'deki hastane ağırlıklı yaklaşımın aksine birinci basamak sağlık birimleri sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri örgütlenmesinin merkezinde yer alacaktır. Birinci basamağı işlevsizleştiren ve sosyal sağlık yaklaşımına uygun olmayan mevcut aile hekimliği sistemi terk edilecektir. Demografik özellikler göz önünde bulundurularak bölge temelli yeniden organize edilecek olan birinci basamak sağlık birimlerinde, önleyici, koruyucu ve birinci basamak ölçeğine uygun tedavi edici sağlık hizmetleri entegre bir biçimde sunulacaktır. Hekim odaklı mevcut sistemin yerine ekip çalışmasına dayanan, çok bileşenli birimler oluşturulacaktır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık birimleri, demografik ve coğrafik özellikler dikkate alınarak kurulacaktır. Birinci basamak sağlık birimlerinde tedavi edilemeyen ve daha komplike bir yaklaşım gerektiren hastalar, sevk mekanizması işletilerek ilgili merkezlere yönlendirileceklerdir. Aynı zamanda araştırma ve eğitim faaliyetlerinin de gerçekleştirileceği bu birimler, olağanüstü durumlar dışında altyapısı (sağlık emekçisi, tıbbi ve teknik donanım, bina vb.) hazır olmadan hizmete başlamayacaktır.

Basamaklı sistemin yeniden organize edilmesinde ve yeni birimlerin açılmasında toplumun sağlık gereksinimleri ve eşitsizlikler dikkate alınarak önceliklendirme yapılacaktır. Geçiş dönemi haricinde özel sağlık kurumlarının olmayacağı bu sistemde tüm birimler kamusal ve merkezi planlama dahilinde hizmet sunacaktır.

Herkes İçin Parasız, Eşit, Bilimsel, Nitelikli, Erişilebilir, Anadilinde Sağlık Hizmeti

Cepten ödemeler, sigorta primleri, katkı payları gibi sağlık hizmetine erişebilmek için şart olarak konulan bütün ek ödeme türleri kaldırılacak, sağlık hizmetleri herkes için parasız hale getirilecektir. Herhangi bir sağlık birimine başvuran yurttaşın hizmet alabilmesi için kimlik belgesi yeterli olacaktır. Sosyalleştirme programıyla "paran kadar sağlık" anlayışı sağlık alanından geri dönüşsüz bir biçimde silinecektir.

Ara nedenlere veya sonuçlara odaklanan düzen içi yaklaşımların aksine, sağlık alanındaki eşitsizlikler partimizin Sosyalizm Programı'nın sunduğu çerçeve içerisinde ele alınacak ve ana nedenlere yönelik yapısal müdahaleler gerçekleştirilecektir. Kapitalist bakış açısının diğer

tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da verili olarak kabul ettiği sınıfsal ve bölgesel eşitsizlikler böylelikle kalıcı bir şekilde gündemden çıkarılacaktır.

Yurttaşların sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanabilmesinin önündeki bütün engeller hızla kaldırılacaktır. Mevcut sistemde çeşitli başlıklarda (etnik, kültürel, toplumsal cinsiyet temelli, sakatlık nedeniyle vb.) sürdürülen, doğrudan veya dolaylı bütün ayrımcı uygulamalara karşı kararlılıkla mücadele edilecektir. Anadilinde sağlık hizmeti için ilgili tüm alanlarda (örgütsel, eğitim, insan gücü vb.) gerekli düzenlemeler yapılacaktır. Cezaevlerinde sağlık hizmetlerine erişimin engellenmesi ve işkenceye varan uygulamalar son bulacaktır. Sığınmacıların ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi konusundaki kısıtlılıkların giderilmesi için sosyal sağlık yaklaşımı gereğince yeni düzenlemeler hayata geçirilecektir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde "ayrımcılığa karşı sıfır tolerans" ilkesi benimsenecek, sağlık hizmetlerine erişim eşit yurttaşlık temelinde ve anayasa düzeyinde yasal olarak garanti altına alınacaktır.

Özel yaklaşım gerektiren gruplara yönelik sağlık hizmetlerindeki (klinik, rehabilitasyon vb.) eksiklikler giderilecek, çeşitli eğitim programları ile toplumun bu konudaki farkındalık düzeyinin arttırılması sağlanacaktır. Nadir görülen hastalıkların tedavileri (SMA, fenilketonüri vb.) devlet tarafından karşılanacak, hastalar ve yakınları yardım kampanyalarına, bağışlara muhtaç bırakılmayacaktır.

İlaca erişim sorunları sosyalleştirme programı sayesinde gündemimizden çıkacaktır. Aşı, ilaç ve diğer tüm tıbbi malzemelerin geliştirilmesi ve üretimi devlet tarafından gerçekleştirilecektir. Herhangi bir özel şart aranmadan ihtiyaç sahibi bütün yurttaşlara parasız şekilde ulaştırılacaktır. Mevcut sistemde cepten ödeme oranlarının yüksek olduğu ve temel sağlık hizmetlerine dahil edilmeyen ağız diş sağlığı, göz sağlığı gibi alanlarda sağlık hizmetleri kamucu bir perspektifle yeniden örgütlenecek ve basamaklı sisteme entegre edilecektir. Sağlık hizmetlerinde temel-temel olmayan ayrımı kaldırılacaktır.

Sağlık alanında uzun yıllar boyunca sistematik bir biçimde dayatılan gerici ve bilim dışı uygulamalara son verilecektir. Sağlık hizmetleri -kurulacak ilgili bilim kurullarının da katkısı alınarak- bilimsel ölçütler gözetilerek ve temel kıstas azami toplumsal fayda olacak şekilde sunulacaktır. Nitelikli ve ihtiyaç duyulan her an kolayca erişilebilen sağlık hizmeti her yurttaşımızın en doğal hakkı olacaktır.

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Temelinde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Sağlık hizmetlerine erişimde toplumsal cinsiyet eşitsizliği önemli bir engel oluşturmaktadır. Kadınlar birçok nedenle sağlık hizmetlerine erişimde dezavantajlı konumdadırlar. Birçok durumda ulaşılabilir kadın sağlık emekçisi yoksa sağlık hakkından mahrum bırakıldıkları bilinmektedir. Ayrıca kadınların üstlendikleri aile içi evde bakım işleri (çocuk, hasta, yaşlı, engelli bakımı) nedeniyle kendi sağlık sorunlarını erteledikleri ve bunların diğer aile bireyleri tarafından önemsizleştirildiği bilinmektedir. Kadınların sağlık algılarının ve sağlık hizmetlere erişilebilirliğini artırmak için özel çalışmalar ve kampanyalar yapılacaktır.

Kadınların doğurganlıklarının kontrolüne dair baskı AKP iktidarı ile daha da artmıştır. AKP'nin kendi politikaları doğrultusunda nüfusu düzenleme arzusu kadınlara çocuk yapma baskısına, doğum kontrolünün engellenmesine ve kürtaj hakkının gasp edilmesine varan uygulamalara neden olmuştur. Kadınların doğurganlıklarının düzenlenmesini kendi ellerine aldıkları ve doğurganlığın kontrolü/engellenmesi ile ilgili hizmetlere erişimi için gerekli düzenlemeler yapılacaktır. Doğurganlığın kontrolü/önlenmesi kapsamında doğum kontrolü ve kürtaj hakkı ve gebeliğin planlanması/sürdürülmesi ile ilgili hizmetler erişilebilir, anadilinde ve toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde hak temelli yeniden düzenlenecektir. Kürtajın yazılı olmayan, fiili uygulamalarla yasaklı hale getirilmesine son verilecektir. Doğurmak isteyen ve doğuramayan kadınlara parasız suni döllenme hizmeti sunulacaktır. Anne çocuk sağlığının organizasyonu, etkin gebelik ve danışmanlık yine kadın haklarını merkeze alan ve bölgesel eşitsizlikleri ortadan kaldıran bir anlayışla düzenlenecektir.

Kadınlar için en önemli kanser ve kansere bağlı ölüm nedenlerinden biri olan rahim kanserine karşı önleyici çalışmalar yapılacaktır. Rahim kanserinin başlıca nedeni olan HPV virüsüne karşı geliştirilen aşılar tüm çocuklarda 12 yaştan 26 yaşına kadar parasız olarak karşılanacaktır.

Kadınlar için adet dönemi ihtiyaç duyulan hijyenik ürünler temel sağlık ihtiyacı kapsamında parasız şekilde karşılanacak, bu ürünlerin devlet tarafından üretilmesi için yatırımlar yapılacak, geçiş sürecinde piyasada satılan ürünlerden vergi alınmayacaktır.

Farklı cinsel yönelim ve cinsel kimliklerin tüm yurttaşlar gibi sağlık hizmetlerinden eşit bir biçimde yararlanabilmesi için sağlık örgütlenmesi içinde ayrımcılığa karşı mücadele edilecek ve sağlık emekçileri bu konuda özel olarak bilgilendirilecektir. LGBTİ+ların sağlık gereksinimleri ile ilgili talepleri alınacak ve onların da katılımcı olabileceği bir sağlık hizmeti anlayışı yerleştirilecektir. Hastanelerde LGBTİ+ların başvurabileceği, uygun uzmanlığa ve yaklaşıma sahip sağlık emekçilerinin bulunduğu poliklinik hizmeti verilecektir.

Sağlık Hizmetlerinin Planlanması ve Sunumunda Toplum Katılımı

Türkiye'de geçmiş dönemlerde kâğıt üzerinde kalan veya sembolik düzeyde uygulanan toplum katılımı, sosyalleştirme programı kapsamında mümkün olan en geniş ölçekte hayata geçirilecektir. Sağlık gereksinimlerinin belirlenmesinden planlama aşamasına, hizmet sunumundan denetleme süreçlerine kadar, sağlık hizmetlerinin her kademesinde toplum katılımının sağlanması için gerekli örgütsel araçlar oluşturulacak ve demokratik bir işleyiş temel ilke olarak benimsenecektir. Sağlık emek ve meslek örgütlerinin (sendikalar, odalar, dernekler vb.) sürece katılımının olanakları yaratılacak, değerlendirmeleri dikkate alınacaktır.

Toplum tabanlı sağlık programları da sosyalleştirme programının önemli bir bölümünü oluşturacaktır. Kitlesel aşı kampanyaları, mental sağlık programları ile kitlesel tarama ve danışmanlık hizmetleri, stigmatizasyon ile mücadele, okul sağlığı programları, bağımlılıkla mücadele, toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlikler nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim sorunlarına karşı kampanyalar gibi özelleşmiş kimi başlıklara ve sağlık sorunlarına yönelik programlar, hedef kitlenin/toplumun aynı zamanda bilfiil uygulayıcı ve denetleyici olacağı bir

yöntem ile kurgulanacaktır. Toplum tabanlı sağlık programları sağlık bilgisinin toplumsallaşmasının da aracı haline getirilecektir.

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Neoliberal politikaların uygulayıcıları sağlık hizmetlerinin finansmanı başlığına özel olarak önem vermişlerdir. Benzer şekilde Saray Rejimi de bütçeden sağlığa ayrılan pay, finansman modelleri ve sigorta sistemleri, özel sağlık kuruluşlarına kaynak aktarımı gibi konularda sermayenin çıkarları öncelikli olacak biçimde adım atmıştır. Bu yaklaşımın tam olarak karşısında bulunan TİP için ise halkın sağlığının korunması ve geliştirilmesi dışında herhangi bir öncelik yoktur. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin finansmanı bu önceliği gözeten bir model ekseninde sağlanacaktır. Kısacası, halkın kaynakları halkın sağlığı için harcanacaktır.

Planlı ve Kamusal Bir Sağlık Hizmeti İçin Genel Bütçeden Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanını ve hizmet üretimini birbirinden ayıran SDP'nin aksine sosyalleştirme programı kapsamında yapılacak düzenlemelerle bu ikili işleyiş ortadan kaldırılacak, tüm sağlık gereksinimleri vergilerle oluşturulacak genel bütçeden karşılanacaktır. Tedavi edici hizmetler ve tıbbi bakım hizmetleri, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, aşı, ilaç ve tıbbi cihazlar, sosyal yönelimli ülkelerde dahi temel hizmet paketinde olmayan sağlık hizmetleri vb. bütün başlıklarda merkezi bütçeden finansman sağlanarak planlı ve kamusal bir sağlık hizmeti için gerekli altyapı oluşturulacaktır.

Sağlık hizmetlerine erişebilmek için prim ödemeyi zorunlu kılan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi iptal edilecektir. GSS ile ilgili yasal mevzuatta işçi, patron ve devletin değişen ölçülerde katkı koyduğu belirtilen, oysa gerçekte işçilerin aleyhine işleyen mevcut sistem yerine devletin doğrudan finansmanı sağladığı ve emekçilerin tüm haklarını güvence altına alan sosyalist model temel alınacaktır. Özel sağlık sigortası, cepten ödeme ve katkı payları gibi uygulamadaki diğer finansman yöntemleri de kaldırılacaktır.

Şehir Hastaneleri Soygununa Son

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeli referans alınarak yapılan bütün altyapı yatırımlarına ve tesislerin yenilenmesine, işletme izinlerine ve hizmet üretimi anlaşmalarına son verilecektir. Yapımı bitmiş ve halihazırda sağlık hizmeti sunan veya inşaat halindeki tüm Şehir Hastaneleri kamulaştırılacaktır. Çeşitli uluslararası finans kuruluşları ile KÖİ projeleri özelinde imzalanan kredi veya diğer yükümlülük anlaşmaları tek taraflı olarak feshedilecektir. TİP iktidarında tüm altyapı yatırımları ve hastane işletmeleri herhangi bir aracı kuruluş, şirket veya kişi olmadan doğrudan devlet tarafından üstlenilecek, finansmanı merkezi bütçeden sağlanacaktır.

Kamu zararı oluşturan durumlar geçmişe dönük olarak soruşturulacak, bugüne kadar halkın kaynaklarını yağmalayan patronlardan hesap sorulacaktır. Yurttaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için Şehir Hastaneleri kurulurken kapatılan kent merkezlerindeki hastaneler tekrar açılacaktır.

Koruyucu, Önleyici ve Geliştirici Sağlık Hizmetlerine Daha Fazla Bütçe

Sosyalizm Programı'nda belirtildiği gibi, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri anlayışı partimiz için esastır. TİP, günü kurtaran uygulamalarla yetinmeyi veya geçici birtakım iyileştirmeleri değil, halkın sağlığının bir bütün olarak geliştirilmesini ve sağlık sorunlarının kalıcı şekilde çözüme kavuşturulmasını hedeflemektedir. Bundan dolayı, neoliberal yaklaşımın aksine bütçedeki kaynak dağılımda yalnızca tedavi edici hizmetlere veya hastane yatırımlarına odaklanılmayacak, koruyucu, önleyici ve geliştirici sağlık hizmetlerine en az diğer başlıklar kadar kaynak aktarılacaktır.

"Kaynak yok" veya "kaynaklar sınırlı" benzeri söylemler kapitalist bir aldatmacadır. Toplumsal birikim işçi sınıfı, yani emeğiyle geçinen bütün yurttaşlar tarafından kolektif bir biçimde üretilmektedir. Patron sınıfının bu birikime el koymasına son verdiğimizde koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini de diğer bütün sağlık gereksinimlerini de karşılayabilecek kaynaklar fazlasıyla yaratılacaktır.

Sağlık Emekçileri

Sağlık emekçilerine yönelik on yıllardır devam eden neoliberal saldırıların olumsuz etkilerinin giderilmesi, işsizlik, güvencesizlik, tükenmişlik, sömürü gibi başlıkların gündemimizden çıkarılması, işçi sınıfının diğer bütün bileşenleri gibi sağlık emekçilerinin de gerçek anlamda emeğinin hakkını alabilmesi ve geleceğe güvenle bakabilmesi partimizin Sosyalizm Programı ve sağlık hizmetleri özelinde başlatacağımız sosyalleştirme hamlesi ile olanaklı hale gelecektir. İşçi sınıfının iktidarı sağlık emekçilerinin en büyük güvencesi olacaktır.

Döner Sermaye, Performans Primi veya Ek Ödeme Değil Merkezi Bütçeden Temel Ücret

Desantralizasyon politikası kapsamında yürürlüğe konan ve neredeyse bütün sağlık emekçilerinin şikayetçi olduğu, ücretlerin önemli bir kısmının ilgili sağlık birimlerinin döner sermayelerinden ödenmesi sistemi iptal edilecektir. Sağlık emekçilerinin ücretleri merkezi bütçeden ayrılacak kaynaklar ile karşılanacaktır. Performans sistemine dayalı prim usulü çalışma, geçici olarak verilen ek ödemeler, tek seferlik zamlar gibi ödeme yöntemleri tümüyle terk edilecek, her emekçiye insanca yaşayabilecekleri bir düzeyde sabit temel ücret güvencesi sağlanacaktır.

Sağlık emekçilerinin ücretlerine yönelik bugüne kadar sürdürülen ayrımcı uygulamalara son verilecektir. Aynı işi yapmalarına rağmen farklı kadro statülerinin yol açtığı ayrımcı ücret politikası yürürlükten kaldırılacaktır. Kadın sağlık emekçilerin ağırlıklı olarak çalıştığı sağlık hizmetlerinde "eşit işe eşit ücret" kuralı geçerli olacaktır.

Sağlıkta Şiddete Karşı Etkili Mücadele

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde şiddetin hiçbir türüne yer olmayacaktır. Bütüncül yaklaşım gereği sorunun kaynağına inilerek kalıcı bir çözüm sağlanacaktır. Diğer bir deyişle, sağlık emekçilerine yönelik şiddeti yalnızca asayiş, güvenlik veya cezalandırma sorunu olarak değerlendiren mevcut yaklaşımın aksine şiddeti doğuran yapısal nedenlere odaklanılacaktır.

Yurttaşlar ile sağlık emekçilerini karşı karşıya getiren politikalara ve söylemlere son verilecektir. Sağlıkta şiddet sorununa yaklaşımda topluma ve sağlık emekçilerine karşı sorumlu bir yönetim anlayışı benimsenecektir. İhbar hatlarına, şiddet kodlarına, kolluk güçlerine gerek duyulmayan, şiddetten tamamen arındırılmış sağlık birimleri yaratılacaktır.

Sağlıklı ve Güvenli Çalışma Ortamları

Sağlık hizmetlerinin her kademesindeki sağlık emekçileri için sağlıklı ve güvenli çalışma ortamları oluşturulacaktır. Yeterli dinlenme süresi, sağlıklı beslenme, güvenli ulaşım gibi temel haklar yasal olarak güvence altına alınacaktır. Fiziksel altyapı iyileştirilecek, havalandırma, aydınlatma, dinlenme mekanları, sosyalleşme ve eğlence alanları, yemekhaneler, kreşler vb. yeni yapılarla eksiklikler kapatılacaktır. Her sağlık biriminde olağandışı durumlara yönelik (deprem, sel, yangın vb.) acil durum planları oluşturulacaktır. Denetimlerden geçemeyen birimlerde sağlık hizmetleri durdurulacaktır.

İşçi sağlığı ve güvenliği (İSG) eğitimleri kamusal olanaklarla düzenli bir şekilde gerçekleştirilecek, sağlık emekçilerinden alınacak geri bildirimler ile etkinliği ölçülecektir. İş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemeye dönük risk değerlendirmeleri bilimsel bir yaklaşımla aksatılmadan yapılacaktır. Sağlık hizmetlerine özgü tehlikelere karşı (radyasyon, enfeksiyon vb.) ekstra önlemler alınacaktır. İSG açısından yetersiz fiziksel koşullara sahip birimlerdeki eksiklikler ivedilikle giderilecek, gerekirse yeniden inşa edilecektir. Koruyucu ekipman ve sarf malzemelerinde herhangi bir eksikliğin olmaması için (hem niceliksel hem niteliksel) olağandışı durumlar da dikkate alınarak gerekli güçlendirmeler yapılacaktır. Eğitimler formalite, tedbirler göstermelik olmaktan çıkarılacaktır. Emekçinin sağlığı devletin en öncelikli gündemi haline getirilecektir.

Sağlık İnsan Gücü Yönetimi

TİP, diğer tüm başlıklarda olduğu gibi sağlık insan gücü yönetiminde de merkezi planlamayı esas almaktadır. Sağlıkta Yeni Sosyalleştirme Programı ile bu başlıkta uzun yıllardır süregelen kargaşayı sona erdirecek adımlar bir an önce atılmaya başlanacaktır. Tümüyle piyasanın inisiyatifine bırakılmış bu alana yapılacak müdahaleler ile halkın sağlık gereksinimi tam olarak karşılanacak ve sağlık alanındaki istihdam sorunu kalıcı olarak çözülecektir.

Atama Bekleyen Sağlık Emekçileri Sorununa Kalıcı Çözüm

Sayıları yüz binlerle ifade edilen işsiz sağlık emekçilerinin bir yanda beklediği, çalışabilenlerin ise ağır iş yükü ve uzun mesai saatleri altında ezilmeye devam ettiği bu akıl dışı işleyişi acil olarak bitirmek sosyalleştirme programının öncelikli hedeflerinden birisi olacaktır. Herhangi bir ücret kaybı olmaksızın çalışma saatlerinin düşürülmesi, işçi sağlığı açısından yüksek riskli alanlarda rotasyonlu çalışmanın sağlanması ve yeniden kurulacak sağlık hizmetleri örgütlenmesiyle oluşacak kamusal kapasite artışı sayesinde kapitalizmin diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de yarattığı ve kronik hale getirdiği yedek iş gücü/işsizlik/atanamama meselesi kısa vadede çözüme kavuşturulacaktır. Kişi başına düşen sağlık emekçisi yönünden eksiklik bulunan ve kapitalist standartlara göre bile yetersiz olan

alanlara (hekim, hemşire, ebe vb.) müdahale edilerek sağlık insan gücü açığı hızla kapatılacaktır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde benzer bir sorunun orta-uzun vadede tekrar ortaya çıkmaması için sağlık insan gücü yönetiminde tam istihdam modeli benimsenecektir. Birimlerden gelecek düzenli geri bildirimler ile hangi sağlık hizmet alanında ne kadar insan gücü eksiği bulunduğu tespit edilip eğitim kapasitesinde ve kontenjanlarda buna göre artış sağlanacaktır. Herhangi bir sağlık gereksinime dayanmadan, plansızca ve yalnızca kâr elde etmek için açılmış fakülteler ve sağlık meslek okulları kapatılacak, sağlık emekçilerini piyasanın insafına terk eden bu çarpık işleyişe son verilecektir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde tek bir sağlık emekçisi bile işsiz kalmayacaktır.

Nitelikli Sağlık Hizmeti İçin Nitelikli ve Sürekli Eğitim

AKP tarafından "her şehre üniversite" etiketiyle ve yalnızca dar siyasi çıkarlar gözetilerek başlatılan, sağlık emekçileri için istihdam sorunu yaratmakla kalmayıp aynı zamanda eğitimi de niteliksizleştiren mevcut modelden vazgeçilecektir. Sağlık emekçilerinin eğitim süreci toplumcu ve bütüncül bir perspektifle yeniden organize edilecek, eğitim kurumları arasında standardizasyon sağlanacaktır. Altyapı eksiklikleri hızla giderilerek, içinde yaşadığı toplumun sağlık sorunlarına hâkim, güncel bilimsel gelişmeleri takip eden, sağlığa dar bir pencereden bakmayan, her alanda ve kademede üst düzey niteliklerle donanmış sağlık emekçileri yetiştirilecektir.

Mezuniyet sonrası eğitim bütün sağlık emekçileri için temel bir hak olacaktır. Para karşılığı sertifika veren programlar sonlandırılacak, özel kurs şirketlerinin faaliyetleri durdurulacaktır. Sağlık emekçilerinin hem mesleki hem de sosyal olarak ilgi duydukları alanlarda kendilerini geliştirebilecekleri ortam ve koşullar yaratılacak, kamusal olanaklarla ve ilgili bilim kurulların katkılarıyla oluşturulacak programlar tümüyle parasız olarak sunulacaktır.

Sağlık Teknolojisinin Geliştirilmesi ve Bilimsel Bilginin Üretimi

Sağlık alanına dair teknolojilerin geliştirilmesi ve bilimsel bilginin üretimi üzerindeki kapitalist tahakkümün kırılması sosyalleştirme programının hedeflerinden bir diğeridir. TİP bu başlıkta özel mülkiyeti değil toplumsal (ortak) mülkiyeti esas almaktadır. Düzenin teknoloji ve bilgi paylaşımı meselesinde insanlığın önüne koymuş olduğu suni bariyerler yıkılacak, hızlı ve sürekli bir gelişmenin zemini yaratılacaktır.

Sermaye Güdümlü Değil Herkes İçin Sağlık Teknolojisi

Parası olanın en güncel teknik ve teknolojiden yararlanabildiği emekçi sınıfların ise bu olanaktan mahrum bırakıldığı eşitsiz sistem değiştirilecektir. Gelişmiş, nitelikli, kolay ve yaygın, yan etkileri az ve ekolojik olan tüm teknik ve teknolojiler ayrımsız, şartsız ihtiyacı olan her yurttaşımızın kullanımına sunulacaktır.

Sağlık teknolojilerinin araştırılması, geliştirilmesi ve üretilmesinde tek kıstas toplum yararı olacaktır. Tüm aşamalar kamusal olanaklarla gerçekleştirilecek, piyasa baskısı ve rekabet koşulları ortadan kaldırılarak kaynakların boşa harcanması engellenecektir. Çalışmalarını

sermaye güdümünde gerçekleştiren ve temel motivasyonu daha fazla kâr elde etmek olan araştırma merkezleri kamulaştırılacaktır. Yeni teknolojilerin kullanımına dair olası etik sorunların tartışılması ve karara bağlanabilmesi için bilim insanları ve toplum temsilcilerinden oluşan etik kurullar oluşturulacaktır.

Toplum İçin Bilim ve Bilginin Toplumsal Mülkiyeti

İnsanlığın ortak tarihsel birikiminin bir avuç sermayedar tarafından patent, telif hakkı vb. gerekçelerle talan edilmesine son verilecektir. Her türlü bilimsel faaliyetin yalnızca toplum için gerçekleştirilmesinin koşulları oluşturulacaktır. Kapitalizm tarafından bilim insanlarına dayatılan şartlar ortadan kaldırılacak, bilimsel üretimin hem nicel hem nitel açıdan gelişmesinin önü açılacaktır.

Kurulacak enstitüler ve diğer kurumlar aracılığıyla sağlık alanında üretilen bilimsel bilgi bütün topluma ait olacak ve toplumun genel çıkarı için kullanılacaktır. Tıp alanındaki buluşlar, keşfedilen ilaçlar, bulunan aşılar, geliştirilen teknolojiler, yeni teknikler vb. hepsinin mülkiyeti ortak olacak ve insanlığın kullanımına açılacaktır.

Tek Sağlık Yaklaşımı

Neoliberalizm ile uyumlu biyomedikal sağlık anlayışı gibi sağlığa ve insana dar bir pencereden bakan yaklaşımlar sosyal sağlık perspektifiyle uyuşmamaktadır. Tek tek hastalıklara odaklanan, sosyal ortamı veya çevresel faktörleri değerlendirmeye katmayan indirgemeci anlayışın sağlık alanında referans alınmasından vazgeçilecektir.

Sosyalleştirme kapsamında sağlık algısı da kökten değiştirilecektir. Fakat yalnızca insanın ve toplumun bütüncül bir şekilde ele alınmasıyla yetinilmeyecek, bir adım daha atılarak insan sağlığı, hayvan sağlığı ve çevre sağlığını birlikte değerlendiren tek sağlık yaklaşımı benimsenecektir. Günümüzde kimi odaklarca içi boşaltılarak veya slogan düzeyinde kullanılmasına karşı tek ve bütüncül sağlık yaklaşımı gerçek anlamını ancak sosyalleştirme bağlamında bulabilecektir. Sağlık hizmetleri, eğitim, araştırma ve geliştirme çalışmalarının hepsi bu yaklaşım temelinde yeniden organize edilecektir.