ATOB

ANKARA TABİP ODASI BÜLTENİ

GENEL SAĞLIK SİGORTASINA HAYIR

ARALIK 1975 / SAYI 3 / YIL 1 / FİATI 10 TL.

M. A.

İÇİNDEKİLER

ODADAN HABERLER
(Sayfa 5)
Siyasi Tutukluların affı ve ABD/MEYAK kesintileri/
MEYAK konusunda parti liderleri ile röportaj/
TÜS-DER kuruldu
Dr. TURHAN TEMUÇİN
Halkımız alacaklı
(Sayfa 12)
YAZILAR
AYDIN MIYIZ:
Dr. Ahmet Kahraman
(Sayfa 13)
RÖPORTAJ
(Sayfa 14)
(Sağlık sorunları ve Genel Sağlık Sigortası) Demokratik
Parti: Dr. Faruk Sükan/Türkiye Birlik Partisi: Mustafa
Timisi / Türkiye Sosyalist İşçi Partisi: Ahmet Kaçmaz
GENEL SAĞLIK SİGORTASI
(Sayfa 24)
Genel Sağlık Sigortası Çalışmalarının Tarihçesi,
Dr. Refik Erer / Genel Sağlık Sigortası Sorunu:
Doç. Dr. Nevzat Eren / Genel Sağlık Sigortası
Kanunun Eleştirisi: Ankara Tabip Odası
Halk Sağlığı Bürosu
ARAŞTIRMA / DERLEME
(Sayfa 39)
İş ve İşçi Sağlığı: Ankara Tabip Odası, Halk Sağlığı
Bürosu / 1 nci Halk Sağlığı Kurultayı Sonuçlarına
Bakış: Dr. Ergin Atasü
TIBBİ YAZILAR
(Sayfa 48)
İlaç çözücü olaraka parenteral sıvı seçimi ve parenteral
sıvı-ilaç etkileşmeleri: Dr. Aysen Karan,
Ecz. İsmail Üstel / Nezle ve C vitamini:
Dr. Cihat Küçükhüseyin / Kızamık: Dr. İncilay Dağlı

ATOB:Türk Tabipleri Birliği Ankara Tabip Odası Aylık Yayın Organı/ Sahibi:Ankara Tabip Odası adına Başkan Dr.Hamdi ÖĞÜŞ/Yazıişleri Müdürü Dr. Orhan AYBERS/Teknik Sekreter:Cevdet DURANOĞLU

Yönetim yeri:Hanımeli Sok.16/2 Sıhhıye/Ankara 12 25 58/Dizgi Baskı: MAYA Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. Ankara Tel:18 89 72/ Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.Dış ülkelere 12 S/ (Normal Posta)

Yayımlanan yazılardaki görüş ve düşünceler yazarlarına aittir. Ankara Tabip Odası ve ATOB'u bağlamaz / İlan Tarifesi: Kapaklar: 1500 TL. / İç tam sayfa: 1000 TL. / İç yarım sayfa: 750 TL.

söyleşi

Sayın ATOB okurları,

Derginizin bu sayısının hem kapağında hem de içeriğinde değişiklikler olduğunu herhalde sizler de hemen farkedeceksiniz. Aralık sayısında ATOB'un sayfalarının büyük kısmı Genel Sağlık Sigortası Kanunun Tasarısının tartışmasına ayrıldı. Tıbbi yazılar az yer aldı. Türkiye'nin sağlık sorunlarının çözümünde bu kanunun ve getireceği sistemin yeri ne olacaktır, faydası ve zararları nelerdir şeklindeki bir tartışmanın başlamasını ATOB yararlı gördü. Yapılacak tartışmaların bilimsel ve objektif sınırların dışına taşmaması için de ayrı bir özen gösterildi.

Genel Sağlık Sigortası hakkında bütün partilerden, parti liderlerinden bu konudaki görüşleri istendi. Ne var ki sayın Bülent Ecevit, sayın Süleyman Demirel, sayın Turhan Feyzioğlu, sayın Behice Boran ve sayın Necmettin Erbakan'ın görüşlerini ATOB'un bu sayısına yetiştirme olanakları çeşitli nedenlerle bulunamadı. Konu ile ilgili tartışmalara sayfalarımızı önümüzdeki sayılarda da ayıracağımızdan, bu parti liderlerimizin görüş ve düşüncelerini bir sonraki sayıda yayınlayabilmeyi ummaktayız.

Odadan Haberler bölümünde MEYAK kesintileri hakkında Ankara Tabip Odası'nın 8 memur örgütüyle ortaklaşa yayınladığı basında, radyo ve televizyonda son günlerde önemli yer tutan basın bildirisinin tam metnini veriyoruz. Sayfalarımız arasındaki bu basın bülteninin MEYAK kesintileri konusunda tam bir özet olduğunu düşünmekteyiz. Kesintilerin durması için girişilen kampanyada memur örgütlerinin alacakları tavırları ATOB her sayısında duyuracaktır. Konu Danıştay'da dava açma durumuna gelirse, bu konuda da sürekli yayın yapılacaktır.

ATOB, ülkemizin sağlık sorunlarının çözümü için getirilecek her türlü bilimsel öneri ve tartışmanın yanısıra hekimlerin her türlü özlük sorunları, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, düzenlenmesi gibi konularda yönlendirici yazıların yayınlanması şeklinde bir politika izleyecektir. ATOB'un sayfaları bu doğrultudaki her türlü yazı ve yazara açıktır.

Tıbbi-bilimsel yazılar için ise ATOB şöyle bir ölçütü göz önüne almaktadır. Bir vaka takdimi dergisi haline gelmektense, gerçekten işe yarar, bilimsel çalışma ürünlerini ve her hekimin ilgisini toplayacak genel tıp bilgilerinin yayınlanmasına dikkat edilmektedir.

Derginiz ATOB yayın hayatına girdiği kısa süredenberi büyük ilerleme göstermektedir. Abone sayısı hızla armaktadır. Yine de derginin yaygınlaştırılıp, abone sayısının çoğaltılması konusunda hala geniş çaba sarfedilmesine ihtiyaç vardır. Bizim kanımız odur ki, her ATOB okuru dergiye bir abone kaydetme yolunda gayret sarfederse, kısa bir süre sonra parasal sorunlarımız ortadan kalkacaktır.

Saygılarımızla ATOB

odadan haberler

Siyasi tutukluların affı ve ABD...

Geçtiğimiz ay içinde ABD, Birleşmiş Milletler Özel Siyasi Komisyonuna dünyadaki tüm siyasi tutukluların serbest bırakılması konusunda bir karar tasarısı sunmuştu. Fakat tasarıyı sunmasından kısa bir süre sonra geri aldı. ABD'nin geriye alış gerekçesi çok ilginç. ABD tasarıyla alay edildiği gerekçesiyle geri aldığını açıkladı.

Aslında tasarıyla alay edilmedi, tersine ciddiye alındı. Onun için geriye alındı. Ama içtenlikle savunula gelmiştir. Bu konu öteden beri dünya demokratik kamuoyu tarafından savunulagelmiştir.

ABD, bu konuda eskidenberi yaptıkları ile tasarıyı verirken söyledikleri birbirini tutmadığından ve gerçeği ortaya koyan eleştirileri göğüsleyemediğinden, tasarıyı geri almak zorunda kaldı.

Bu konuda ülkemizde ilk ses CHP Genel Başkanı Bülent Ecevit'ten geldi. Ecevit tasarının ülkemizce de desteklenmesinin bir Anayasa gereği olduğunu vurgulayarak, tasarıyı veren ABD'nin eğer gerçekten samimi ise CİA marifetiyle halkın seçtiği Allende yönetimini silah zoru ile, kanlı bir şekilde devirip, yerine oturttuğu Pinochet yönetimine karşı çıkması ve desteğini çekmesi gerektiğini belirtti.

Aşağıda Ankara Tabip Odası'nın bu konuda yayınladığı basın bildirisini sunuyoruz.

Dünyadaki tüm siyasi tutukluların serbest bırakılması için, Birleşmiş Milletler Özel Siyasi Komisyonuna sunulan karar tasarısını Türkiye'nin desteklemesi bir Anayasa gereğidir.

Tasarının sahibi ABD, eğer bu girişimde samimi ise, dünya uluslarının başbelası CİA aracılığıyla Şili halkına rağmen silah zoru ile başa oturttuğu katil, işkenceci ve özgürlük düşmanı Pinochet kukla rejiminden, desteğini çekmesi gerekmektedir.

Tasarının sahibi ABD, eğer bu girişimde samimi ise, ölüm döşeğinde dahi İspanyol halkının kanını içen faşist Franko rejiminden,.. vb. elini, eteğini ve desteğini çekmesi gerekmektedir ki bu ve bunlar için çilekeş uluslar serbestçe kendi geleceklerini kendileri tayin edebilsinler.

Ankara Tabip Odası, Türkiye'de ve dünyada herkesin düşüncelerini; yazı, resim ve sözle serbestçe açıklayabilmesini ve yayabilmesini savunmaktadır.

Türkiye ve dünyanın herhangi bir yerinde, kişilerin düşünceleri yüzünden işkence görüp baskı altında tutulmasını, insanlığa aykırı bir davranış olarak niteleyen Ankara Tabip Odası, bu iğrenç tutumdan her yerde vazgeçilerek, siyasi tutukluların salıverilip özgürlüklerinin geri verilmesini, insanlığın ulaştığı bugünkü düzeyin gereği olarak görmektedir.

MEYAK KESİNTİLERİ

"Yürütme, hem geçerliliğini yitirmiş bir yasaya dayanarak kesinti yaptırmakla ve hem de bu fonları kullanmakla hukuk dışına düşmüştür."

Meyak konusunda dokuz demokratik kuruluş olarak yaptığımız ortak girişimler bazı gelişmelere neden oldu. Bunları kısaca özetlemesi nedeniyle 16.11.1975 tarihinde yaptığımız ortak toplantıda basına verdiğimiz demeci aşağıda sunuyoruz:

Yaşadığımız sorunlar, Anayasa'nın öngördüğü demokratik düzen ile anti-demokratik fiili düzen arasındaki çelişkinin ürünüdür. Bugün sözkonusu ettiğimiz MEYAK sorunu da bu çelişkinin bir sonucudur. Demokratik güçlerin görevi, Anayasa dışı uygulamalara girişen siyasal iktidarları Anayasa sınırları içine çekmek ve demokrasinin sınırlarını genişletmektir. Bunun içindir ki, bizler MEYAK sorununu ekonomik-demokratik sorunumuzun bir parçası olarak görüyoruz.

MEYAK'A KARŞI SÜRDÜRDÜĞÜMÜZ EYLEM İLK ÜRÜNLERİNİ VERDİ.

450 bin memur, Anayasa'nın 62. maddesindeki dilekçe hakkını kullanarak TBMM'ne başvurmuştur. Ayrıca 100 binlerce memur Maliye Bakanlığına da dilekçe göndererek kesintilerin durdurulmasını, yapılan kesintilerin iadesini istemiş bulunmaktadır.

Bugüne dek sürdürdüğümüz eylemlerimiz sonuç vermeye başlamıştır. Kesintilerin yasal olmadığına karar veren Gültepe, Ulukışla Belediyeleri kesintileri durdurmuş, bugüne dek yapılan kesintileri iade etmişlerdir. Demokrasi mücadelesinin bir simgesi olan bu halkçı tavrın, demokratik mücadelede yer alan tüm belediyelerce benimseneceği inancındayız.

MEYAK kesindilerinin memur yararına hangi yönde ve hangi amaçlarla kullanılacağına ilişkin yasa 5 yıldan beri hala çıkarılamadığından kesintilerin durdurulmasının yasaya ve hukuka aykırı düşmeyeceği inancındayız. Kaldı ki 657 sayılı yasa MEYAK kesintilerini kesmeyen saymanların bu davranışlarını suç saymamış ve herhangi bir yaptırım da öngörmemiştir.

SAYIŞTAYIN TUTUMU VE DANIŞTAY

Maliye Bakanı MEYAK kesintilerinin amacına uygun doğrultuda kullanıldığını açıklamıştı. Ne var ki TBMM adına denetleme görevini yerine getiren Sayıştay'ın 7. Dairesi Sayın Ergenekon'un bu açıklamalarını ciddi ve bağlayıcı bulmamış, fonların nerelerde kullanıldığının araştırılmasının Sayıştay Genel Kuruluna götürülmesini kararlaştırmış bulunmaktadır. Anayasa'mıza göre, son çözümlemede görevi bütçeyi uygulayan siyasal iktidarları denetlemek olan Sayıştay'ın bu sorunda kendisine düşen yasal görevi yerine getireceğine inanmaktayız.

Sayıştay'ın kararını beklemenin yanı sıra, memurlar Danıştay'a da başvurarak dava açmışlardır.

MEMURUN SOSYAL GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMAK EMEKLİ SANDIĞININ BAŞTA GELEN GÖREVİ !

Anayasa'mızın 48. maddesine göre, sosyal güvenlik kurumlarını kurmak, devletin asli görevidir. Bugün memurların sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuş bir Emekli Sandığı vardır. Sayın Maliye Bakanı, MEYAK'ın Emekli sandığı dışında emeklilik, maluliyet, ölüm yardımları gibi ek sosyal sigorta yardımları gibi konut yardımı sağlayacağını ileri sürmüştür. Tasarıda, "MEYAK fonlarının ticari şekilde işleterek yurt kalkınmasına yardımcı sınai ve ticari yatırımlara girişecektir." denilmektedir. Bunun anlamı, fonların dolaylı olarak egemen güçlere aktarılmasıdır. 3,3 milyarlık fondan bugün sadece 288 milyon liranın kalmış olması, bu fonların kimlerin yararına kullanıldığının açık kanıtıdır. Siyasal partiler, memurlara sosyal güvenlik sağlamada, samimi iseler Emekli Sandığını çalışanların denetiminde demokratik biçimde işleyen, çalışanların doğrultusunda yönetilen bir örgüt durumuna getirirler. Devletin anayasal görevini unutup, memurların kişisel paraları ile onlara ek bir sosyal güvenlik kurumu kurmak çabası sosyal devlet ve hukuk devleti ilkelerine aykırıdır. BU NEDENLERLE MEMURLARIN YÖNETİM VE DENETİMİNDE OLACAK EMEKLİ SANDIĞINA EVET, MEYAK'A HAYIR DİYORUZ.

MEYAK KESİNTİLERİ VERGİYE DÖNÜŞMÜŞTÜR !

MEYAK yasasının engeç 1 yıl içinde çıkarılması hükme bağlanmıştır. Aradan 5 yıl geçmesine rağmen ne MEYAK YASASI çıkarılmış, ne de öngörülen yatırımlar yapılmıştır. Anılan yasa, süresi içinde çıkarılmadığına ve MEYAK kurulmadığına göre % 5 kesintiler yasal dayanağını yitirmiştir. Bu durumda MEYAK kesintileri yasası olmayan bir vergiye dönüşmüştür.

MEYAK KONUSUNDA BAKANLAR KURULU YETKİSİNİ AŞMIŞTIR.

Muhasebe-i Umumuye Kanununa göre, hazinenin sorumluluğu altında bulunan emanet, yasal yetkisi olmayan hiçbir idare ve memur tarafından gasb ve sarf olunamaz. Oysa Bakanlar Kurulu 21.4.1971 gün ve 7/2267 sayılı bir kararla bu fonu amaç ve yetki dışı kullanmaya başlamıştır. Bu, ağır bir yetki ve görev aşımıdır. Çünkü yasa, fonların kullanılması için yürütme organına yetki vermemiştir. Memurların kişisel paraları olan bu fon üzerinde Bakanlar Kurulunun tasarruf hakkı yoktur. Yürütme, hem geçerliliğini yitirmiş bir yasaya dayanarak kesinti yaptırmakla ve hem de bu fonları kullanmakla hukuk dışına düşmüştür.

Sayın Basın Mensupları,

Bizler aşağıda imzaları bulunan demokratik kuruluşlar olarak demokrasiye, hukukun temel ilkelerine ve anayasaya aykırı MEYAK kesintilerinin durdurulması-

nı, bu güne dek yapılan % 5 kesintilerin faizleriyle birlikte iadesi için yasal ve demokratik tüm yollardan mücadelemizi sürdüreceğiz. Parababalarının memurun cebine MEYAK yoluyla ellerini sokmalarına fırsat vermeyeceğiz.

TÖB-DER (Tüm Öğretmenler Birleşme ve Dayanışma Derneği), ANKARA TABİP ODASI, TMMOB (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği), Türkiye Ormancılar Cemiyeti, TÜM-DER (Tüm Memurlar Birleşme ve Dayanışma Derneği) Teknik Ormancılar Derneği, TÜTED (Tüm Teknik Elemanlar Derneği) TÜS-DER (Tüm Sağlık Personeli Derneği) TÖD (Tüm Öğretim Üyeleri Derneği)

Röportaj

Meyak konusunda, TBP Genel Başkanı Sayın Mustafa Timisi, TSİP Genel Başkanı Sayın Ahmet Kaçmaz ve DP Genel Başkan Yardımcısı Sayın Faruk Sükan, arkadaşımız Cevdet Duranoğlu'nun sorularının söyle yanıtladılar.

SORU: 657 Sayılı Yasanın, 1327 sayılı yasa ile değişik 190'ıncı maddesi uyarınca kurulması gereken MEYAK bugüne kadar kurulmamıştır. Bu durumda memurlardan, bu arada sağlık personelinin maaşlarından kesilen % 5 Meyak Kesintisi yasal dayanaktan yoksun bulunmaktadır.

+ Neden 1-3-1970 ile 30-2-1971 tarihleri arasında geçen süre içinde kurulması gereken MEYAK kurulmadı?

+ Neden 30.2.1971 tarihinden itibaren, yasal dayanaktan yoksun bir biçimde Meyak kesintilerine devam edildi?

+ Meyak kesintisi adı altında maaşlardan kesilen bu paralar ne oldu?

+ Memurlardan kesilen en az 5000 TL ile en çok 30.000 TL arasında değişen bu paralar, yasal dayanaktan yoksun olduğu için ne zaman geri verilecek?
Bu kesintiler geri verilirken, para değerindeki düşmenin de gözönüne alınması, böylece belli bir faiz oranı ile birlikte iade edilmesi gerekmez mi?

Demokratik Parti

SÜKAN: DP. Meyak Kanununun bir an evvel meclislerden çıkarak memurların istifadesine sunulmasından yanadır.

Beş yıldır yapılan bu kesintiler hiçbir şekilde memur yararına kullanılmamış ve hükümetler tarafından gelişigüzel harcanmıştır.

Bu kesintilerin bugün geriye iadesi de memur aleyhine olacaktır. Çünkü beş yıl içinde para alım gücünden büyük oranda kayba uğramıştır.

Bunun yerine memura özellikle mesken sahibi olmada (SSK gibi) ve rantabl yatırımlarda yardımcı olacak tahsil, tatil, çeyiz gibi sosyal konularda fon temin edebilecek bir şekilde kanunlaşması gerekmektedir.

Türkiye Birlik Partisi

TİMİSİ: Meyak'ın kanunlaşmaması, parlamento ekseriyetini gerektiren bir tasarruftur. Millet Meclisi'nin o dönem çalışmaları, o dönemdeki niteliği bellidir. Böyle bir gayret gösterilmedi, gösterilemezdi. Bugün aradan geçen 5 yıllık süre de bunu kanıtlıyor.

MEYAK kesintilerine devam edilmesi, bize göre kanun dışı bir harekettir, tasarruftur, eylemdir. TBP olarak böyle bir tasarrufa devam eden, 1971'den hatta 1970'den bugüne kadar devam eden siyasal iktidarların, görevlerini suistimal ettiklerini, yasa dışı bir hareket içerisine girdiklerini söylemekle yetiniyorum.

MEYAK kesintilerinin 657 sayılı yasa dışında bulunan Yargıtay, Danıştay, Sayıştay üyelerinden ve hakimlerden kesilmeyip, üniversite personelinden kesilmesi, Anayasa'nın eşitlik ilkesine aykırıdır.

Maliye Bakanı'nın ilginç bir açıklaması var. Bu konu güncelliğini hala sürdürmekte, ifade ettiğiniz gibi bu kesintilerin büyük bir kısmı, hazine bonolarına, sanayi bankası tahvillerine, yani sermaye çevrelerinin hizmetine terk edilmiş durumdadır. Bunu da, gene resmi açıklamalardan anlıyoruz ki, Erim Hükümeti zamanında bir kararla yapmışlar. Evvela bu nokta üzerinde durmak lazım...

Şimdi hükümet, kanunda amacı belirlenmiş, belirtilmiş bir tasarrufu, bir birikimi, bir kesintiyi o amacından saptırarak başka istikametlerde kullanma yetkisine sahip mi? Hükümet böyle bir karar alabilir mi? Bizim kanımıza göre böyle bir karar alamaz. Bu hükümetin yetkisini aşmasıdır. Bir yetki aşımı ile karşı karşıya bulunuyoruz. Yanlışlık burada. Ne yazık ki bu yanlışlık 1970'den bugüne kadar gelen bütün hükümetler tarafından da uygulanmış.

Bu noktada bana göre, bir takım hukukçuların da ileri sürdükleri gibi, o günden bu güne kadar gelmiş geçmiş hükümetlerin bir cezai sorumluluğunu da getiriyor. Belli bir amaca ayrılmış kesintiler, herhangi bir yasaya dayanmadan, bir yasal dayanaktan yoksun olarak kesilmiş olmasına rağmen, merkez bankasında belli bir fonda toplanması gereken bir takım kesintilerdir ve bir amaca yönelik kesintilerdir. Bu amacından başka bir istikamette, özellikle en kötüsü sermaye çevrelerinin hizmetine verilmiştir. Bu kullanımı sağlayan hükümetlerin cezai sorumlulukları ortaya çıkar.

Aslında burada iki müessesemize büyük görev düşüyor. Sayıştayla Danıştayın burada fonksiyonu ortaya çıkıyor. Sayıştay bildiğiniz gibi bir hesap mahkemesi. Devlet gelirlerini, giderlerini Millet Meclisi adına denetleyen bir organdır. Sayıştayın meseleye el koyması ve bu konuyu bir karara bağlaması, kesin bir karara bağlaması gerekir. Yasal dayanağı olmayan bir birikim, kendi amacından başka bir takım amaçlara kullanılmıştır. Sayıştayın bir karar vermesi, yasal dayanaktan yoksun bu kesintilere son vermesi, kararını alması gerekir.

Şimdi yasal dayanaktan yoksun olunca, ne olduğu belli değil bir vergi durumuna geliyor. Tabii bir vergi durumuna geliyor. Cebri bir duruma giriyor. Gerçi

vergilerde gene bir cebrilik unsuru vardır, ama vergiler bildiğiniz gibi Anayasa'nın 61. maddesine göre kanunla düzenlenir. 1971'den beri bu kesintilerin devamı için böyle bir kanun da yoktur. Yani meseleye nereden bakılırsa bakılsın hukuk devletiyle bağdaşmayan, Anayasamızın ilkeleriyle bağdaşmayan bir tasarrufla karşı karşıyayız. Bu durumda Danıştayın ve Sayıştayın konuyu ele alması ve bir karara varması gerekir.

Kanımca kesilmiş olan bütün bu MEYAK kesintilerinin iade edilmesi bir zorunluluktur. İade edilirken de; 1970'den 1975'e kadar Türkiye'de para değerinde düşmeler oldu. Devalüasyonlar yapıldı. O değerlendirmenin yapılması gerekir. Ayrıca dediğiniz gibi büyük bir yekundür. Bu yekunun bir takım çevrelere getirdiği faydalar vardır. Onların da hesaba katılması, gözönünde bulundurulması gayet tabii olarak belli bir faiz oranının tesbit edilmesi ve faiziyle birlikte iade edilmesi gerekir. En doğru yol da budur sanıyorum.

Yalnız burada şunu söylemek lazım; deniliyor ki özellikle CHP böyle bir görüşü ortaya atıyor. 5 milyara yakın bir para piyasaya intikal ederse enflasyon getirir ve bu enflasyon yine çalışanların aleyhine işler. Sermaye çevrelerine daha çok kazanç sağlar. Şimdi ortada doğrudan doğruya bir yasa dışı eylem vardır. Meseleyi bu yönüyle ele almak gerekir. Bugünkü enflasyon oranı içerisinde memurlarımıza vereceğimiz 5000 lira 30.000 lira ceman 4-5 milyarı bulan miktarın enflasyona neden olacağı görüşünde değilim. Dilenirse sakıncalar bir takım ekonomik tedbirlerle engellenebilir. Bu paraların verilmesi fiyat artışlarını getirir, enflasyon doğurur gibi bir takım endişeler, yapılmış olan bir haksızlığı, yasa dışı bir haksızlığı, hukuk devleti ilkesi ile bağdaşmayan bir tasarrufu, bir eylemi, bir işlemi meşrulaştırmak bize göre son derece yanlış bir davranıştır.

Şimdi ilginç bir durum ortaya çıkıyor. Bazı belediyeler ve ita amirleri, MEYAK kesintilerini durdurdu hatta iade ediyor. Bu konunun kesin bir çözüme ulaşması için özellikle Sayıştayın ve Danıştayın bu konu üzerinde mutlak bir karara varması, bana göre kaçınılmaz bir görevdir.

Türkiye Sosyalist İşçi Partisi

KAÇMAZ: MEYAK meselesi ve MEYAK için kesilen primler, son günlerin başta gelen tartışmalarından biri oldu. MEYAK konusundaki sorularınıza belli bir genel çerçeve içinde cevap vermek doğru olur kanısındayız. MEYAK sorunu, memurların sırtından, sermayeye yeni sömürü ve kâr imkânları doğuracak yeni yatırım alanları için gerekli fonların sağlanması çabaları sorunudur aslında. Bugün MEYAK kesintilerinin özel kesime kredi olarak gittiğini öğreniyoruz. Bugün MEYAK kamuoyunda tartışma konusu olabilmişse, bu ancak demokratik güçlerin, özellikle

demokratik nitelikteki memur derneklerinin, ilerici, sosyalist partilerin ve kuruluşların mücadelesi ile mümkün olabilmiştir. Aradan geçen süre içinde, 12 Mart dönemindeki baskılardan yararlanan egemen güçler, MEYAK kesintilerini, bir çeşit "cebe indirmek" , "unutturmak" ve memurları oyalamak imkânını bulmuşlardır. Biz bugün, Parti olarak, iadesini, özel kesime "yem edilmekten" vazgeçilmesini istiyoruz. Bu kesintilerin yasal dayanaklarının olmadığı da artık ortaya çıkmıştır. Memur örgütleri ve tüm demokratik güçler bu konuda etkili bir kampanya ile, tekelcilerin değirmenine su akıtılmasının önüne geçmeli ve hakları olan, kendilerinden kesilmiş olan paraları, şüphesiz ki faizleriyle geri almak için mücadele etmelidirler.

Öteyandan MEYAK kesintilerinde ayrıcalık tanınmış olması, Yargıtay, Danıştay, Sayıştay üyelerinden kesilmemesi, bu kesintilerin yasal dayanağı olmadığının baştan beri bilindiğinin bir kanıtıdır.

MEYAK fonunda biriken paraların yatırımlarda kullanılması kararının 12 Mart sonrası Erim Hükümeti tarafından, hemen Nisan 1971'de alınmış olması, MEYAK yasasının ve uygulamasının gerçek çehresini hemen göstermektedir. Güçsiz sermaye, yeni atılımlara, yani yeni sömürü alanları açmaya hazırlanırken, 12 Mart döneminin imkânlarından da yararlanarak zaten düzenin tüm yükünü çekmekte olan emekçi kesimlerin memurlar bölümü üzerine bir çeşit "vergi", "sermayeyi güçlendirme vergisi" getirmiş olmaktadır. Nitekim MEYAK fonundan 2 milyar liraya yakın bir bölüm Hazine ve Devlet Yatırım Bankası tahvillerine, bir bölüm özel kesim tahvillerine yatırılmış, bir bölüm de Kıbrıs harekâtı fonuna aktarılmıştır.

Parti olarak, emekçi halkın ve başta işçi sınıfının iliğini kemiğini kurutan kapitalist düzen ve onun tekelciler kesimine kan vermeye yönelik her uygulamaya olduğu gibi MEYAK kesintileri uygulamasına da kesinlikle karşıyız. Bu konuda memur derneklerinin ve tüm demokratik güçlerin en haklı mücadelelerinin yanındayız. Çünkü, bu mücadele, özünde tekelciliğe ve onun tüm baskı ve sömürüsüne karşı bir mücadeledir.

TÜS-DER kuruldu

Geçtiğimiz ay içinde Sağlık Memurları Derneği'nin kurultayında derneğin tüm sağlık personelini kapsayacak biçimde genişletilmesi ve Tüm Sağlık Personeli Derneği (TÜS-DER) adını alması oy birliği ile kararlaştırıldı. Özellikle memurların sendikal hakları için mücadele veren diğer memur örgütlerine, tüm sağlık personelini bu amaçla örgütleyen TÜS-DER'in de katılması kamu oyunu çok olumlu yönde etkiledi.

Hekiminden hizmetlisine kadar tüm sağlık personelinin sağlıklı bir biçimde demokratik mücadelesini sürdürecek ve sendikal haklarını savunacak olan TÜS-DER'e başarılar diliyor, tüm üyelerimizi ve diğer sağlık personelini bu örgütü desteklemeye ve üye olmaya çağırıyoruz.

dr. turhan temuçin

Halkımız alacaklı

Devlet her zaman halka karşı yükümlülüğünü yerine getirmiş midir ? Bu tartışılır. Getirdikleri de vardır, getirmedikleri de. Ama bir konu var ki, devlet o konuda Türk halkına karşı yükümlülüğünü hiç yerine getirmemiş, hiç bir zaman böyle bir yükümlülüğü olduğunu hatırlamamıştır bile. Bu sağlıktır, halkın sağlığıdır.

Devlet bu yükümlülüğünü, yasasına, devletin gerekçesi olan Anayasasına da koymuştur ama, o Anayasayı uygulamayı hiç aklına getirmemiştir.

Elbette ki devlet o anayasanın 49. maddesini uygulayacak somut bir varlık değildir. Devlete şekil, karakter ve tavır veren, devleti yönetiyorum savında olan kişilerdir. İşte o kişiler, devletin yasasında açıkca belirlenmiş olan "halkın beden ve ruh sağlığından" sorumlu olmak buyruğunu, devlete şekil ve renk veren kişiler yürütmemiştir. Böylece halkımız devletten alacaklı olmuştur. Sağlığını alacaklı duruma gelmiştir halkımız.

O kişiler, bir avuç egemen yurttaşın sağlığını halkın sağlığından üstün tutmuş ve devlet eli ile halkın sağlığını güvence altında tutacağına, varlıklı kişilere öz, paralı bir sağlık hizmeti oluşturmuştur.

Varlıklı iseniz, paranız varsa Türkiye'de size en üst düzeyde sağlık hizmeti sunulur. Muayenehaneler, özel hastaneler, devlet hastanelerindeki özel servisler tümü hizmetinizdedir.

Devletin "sağlıkları benim güvencem altındadır" dediği sınıftansanız, yani halksanız siz, o zaman sürgit sağlığınızı alacaklı durumda kalırsınız. Ödenmeyen bir borç, icraya düşecek bir sorun.

Tabip Odasında görevli olduğumuz sırada özel bir hastanede yapılan basit bir femur kırığı ameliyatı için otuzbeşbin liralık bir fatura gelmişti önümüze. Ne terler dökmüştük o faturayı nasıl indirebiliriz diye. Ama, minareyi çalan kılıfını yasalarla hazırlamıştı. Düşürme olanağı yoktu.

Otuzbeşbin lira, üç orta derecedeki memurun maaşlarının tutarının üç yıllığı idi. Üç memur, üç yıl otuzbeşbin liraya çalışıyor ve o ülkenin özel bir hastanesinde ise bir femur kırığı otuzbeşbin liraya onarılıyordu. Bu soygun mu idi, yoksa halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmaması için düzenlenmiş ince bir tuzak mı idi bilemedik.

Halkın sağlığına bu saygısızlık nedendir ? Neden bileği incinen parababasına yurt dışı sağlık hizmetleri sunulur da, kanserli hastalara Türkiye'de üç dört ay sonrasına gün verilir ? Kimdir bunun suçluları ?

Önce biziz elbette. Egemen çevrelerin sağlığına bakmaktan, halka bakacak hali kalmamış bir sağlık anlayışı yürürlükte olursa, biz, hepimiz sorumlu oluruz. Halkın doktoru olup, halkın yanına gitmektense, paralı sunulan bir sağlık hizmetinde görev almak yanlış ki nasıl yanlış.

Halkımız sağlığını alacaklı diyoruz. Kimden alacaklı ? İşte devletin yasasında bu iş kâğıda da dökülmüş. Bu yasanın uygulaması elbette ki önce bizden başlayacak. Hele biz bir uygulayalım, hele biz bir işi sıkı tutalım. Muayenehaneler, özel hastaneler ve özel klinikler, poliklinikler yerine devletin hastanelerinde halka gidelim bakalım. O zaman halkın bakın sağlık alacağı kalacak mı ?

Halkımıza borçlu kaldığımız sağlık hizmetini biz ödemeğe başlıyalım, gerisi kolay gelir. Sonra devlet de, devleti yöneten o kişiler de halkın sağlık alacağını ödeyeceklerdir. Bundan kimsenin kuşkusu olmasın.

yazılar

Aydın mıyız ?

DR. AHMET KARAMAN

Öteden beri mektep-medrese görmüş, okuması yazması olan kişileri aydın olarak tanımlamışlardır bize. Belleğimizde, şık giyinen az ya da çok mürekkep yalamış olanlar aydın olarak kalmıştır.

Gün ışımaya başlamış, ortalık aydınlanmaya yön tutmuştur gayrı. Körler diyarında kıral geçinen tek gözlüler azalmaktaysa da hala kendini aydın sanıp, şaşkın kıral örneği, gülünç duruma düşenlerimiz çok.

Çağımızda toplumların yargı değerleri hızla değişmektedir. Artık, kişinin aydın olup olmadığı, onun toplumdaki yeri ve toplum sorunları karşısındaki işlevine göre anlam taşımaktadır. Çoğu kez bu bile tartışma götürür olmuştur.

Kimi düşünürler, kafa emekçiliğini aydın olmakla eş tutuyorlarsa da, bu aydının işlevini ortaya koyamadığı için eksik bir tanım olmaktadır. Çünkü, çağdaş teknoloji, el ile kafa emeği ayrımını ortadan kaldırmaktadır. Örneğin, diş hekimi el emekçisi mi, kafa emekçisi midir ?

Gerçekte el ve kafa emekçiliğini biribirinden ayırmak da yanlıştır. En ilkel en basit el emeğine dayanan bir uğraşıda bile, az da olsa bir kafa emeği vardır. O zaman herkesin az ya da çok aydın sayılması gerekmektedir.

Öyle ise kime aydın diyebiliriz ?

Gramsci'ye göre iki tür aydın vardır: Organik aydın, klasik aydın. Organik aydınlar egemen sınıfların ideolojisini temellendirmekle görevli ve o sınıfın yapısına organik olarak bağlıdırlar. Klasik aydınlar ise emekçi sınıfının dünyagörüşü ile zaman zaman bütünleşebilir ve o zaman devrimci bir işlev taşırlar.

Bize yön verecek olan, kuşkusuz iki ayrı dünya görüşünün ne olduğudur.

Burjuva ideolojisi analitik yöntemi kullanır. Bu, bir olguyu bütünselliği içinde görmek yerine, birbirinden soyutlanmış ayrı ayrı olgular olarak görür. Böylece organik aydın, toplumsal ve kültürel yaşamı bütünselliği içinde kavrayan köklü bir eleştiriden sürekli olarak uzak tutulur. Örneğin sağlık sorunlarının çözümünü idealist hekim yetiştirmeye bağlamak gibi.

Öbür dünyagörüşü, emek-sermaye çatışmasını gözden uzak tutmayan diyalektik yöntemdir. Bu, olguyu bütünselliği içinde kavramak, olgular arasındaki yapısal ilişkilerden giderek tüme varmaktır. Örneğin sağlık sorunlarının çözümünde öbür tüm toplumsal sorunların uzak tutulamayacağı gibi.

Özet olarak Sartre'nin sözünü anımsayabiliriz: "Analitik akıl burjuva sınıfının, diyalektik akıl ise emekçi sınıfının yöntemidir."

Bir sonuca bağlamak gerekirse, gerçek aydın burjuva aydını değildir. O, sorunları ayrı ayrı çözümlemeye çalıştığından, oyalanmaktan başka iş yapamamaktadır. Oysa ki bağımsız düşünen, düşün özgürlüğünden yana olan, sorunlara bütünsellik içinde diyalektik bir yöntemle çözüm arayan kuramcı ve kılgıcı (teori ve pratikci) kişi değil midir gerçek aydın.

Ne dersiniz, aydın mıyız ?

röportaj

Sağlık sorunları ve genel sağlık sigortası

Ülkemizdeki tüm doktor ve sağlık personeline ulaşma çabasında olan, Ankara Tabip Odasının aylık yayın organı ATOB (Ankara Tabip Odası Bülteni) dergisi parti liderleri ile sağlık sorunları konusunda bir röportaj yapmayı gerekli görmüştür.

Şu açıdan gerekli görmüştür. Sorunun geçmişte ve şu an da ihmal edildiği bir gerçektir. Demokrasinin vazgeçilmez unsurlarından olan siyasi partilerin, halkımız için çok önemli olan bu konudaki görüşlerini liderlerinin ağzından öğrenmek istedik.

Girişimdeki amacımız; Bu hayati konu, siyasi partilerin dünyaya bakış açılarınca nasıl görülüyor? , Nedenleri?, Sorunun temelden çözümü için ne yapmalı? sorularına açıklık getirmek.

Biz o kanıdayız ki sorun, şimdiye kadar, hiçbir parti ve kuruluş tarafından derli toplu, temelinden ele alınmış değildir. Ele alınan kadarı ise yüzeysel, kısa vadeli ve sorunu daha da karmaşıklaştıran güncellemelerdir.

ATOB bu konunun etraflıca ve derinliğine incelenip tartışılması ve sonunda gelecek için pusula olacak veriler elde edilmesi gereğine inanmaktadır.

Bu amaçla ATOB; AP — CHP — MSP — CGP — TBP — ve TİP'e görüşlerini öğrenmek üzere, geçtiğimiz ayın başında başvurdu.

Bu partilerden, TBP Genel Başkanı Sayın MUSTAFA TİMİSİ ile DP Genel Başkan Yardımcısı Sayın Faruk Sükan, arkadaşımız Cevdet Duranoğlu'nun sorularını aşağıdaki şekilde yanıtladılar. TSİP Genel Başkanı Sayın Ahmet Kaçmaz ise sorularımızı yazılı olarak cevapladı.

Dergi baskıya girerken, CHP ve TİP görüşlerini bu sayıya ellerinde olmayan nedenlerden dolayı ulaştıramadıklarını gelecek sayıya mutlaka sorularımızı yanıtlayacaklarını belirttiler.

ATOB, önümüzdeki sayısında diğer partiler de görüş belirtirlerse yayınlayacaktır.

Sorular

SORU 1: Türkiye'nin sağlık sorunlarını nasıl görüyorsunuz? Geçmişin ve şu anın eleştirisi? Gelecekte partiniz tek başına iktidara geçerse sorunu nasıl çözümleyecek?

SORU 2: Sağlık sorunlarının perakende çözümü için savunulan iki görüş var. Birincisi Sosyalizasyonun yaygınlaştırılması, ikincisi Genel Sağlık Sigortası.. Sosyalizasyon ötedenberi pilot bölge seçilen yörelerde şöyle veya böyle uygulanıyor. Öte yandan Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı meclis komisyonlarında.. Genel Sağlık Sigortası mı? Sosyalizasyonun yaygınlaştırılması mı? Bu konuda siz ne dersiniz?

Demokratik Parti

Genel Başkan Yrd:
Dr. Faruk SÜKAN

SÜKAN: Hemen ilave etmeliyim ki sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu kanunu ciddi araştırmaya ve ciddi tetkikata istinat etmeden hazırlanmış ve çıkarılmış bir kanundur.

Zaten uygulamalar bize, kanunun ne kadar acele ve Türkiye'nin gerçeklerine ve de imkanlarına uygun düşmediğini, birçok yönleriyle ortaya koymuştur.

Mesela kanun çıkarıldıktan sonra pilot bölge olarak ilk uygulama Muş'ta olmuştur. Muş ilinde sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu uygulaması, yeterli zaman geçmeden hemen diğer illere teşmil edilmiştir. Bunda acele edilmiştir.

Eğer Muş'taki uygulama muayyen bir zaman içerisinde uygulanıp tam bir değerlendirmeye tabi tutulduktan sonra kanunun boşlukları, eksiklikleri, uygulamada görülen hatalar değerlendirilseydi, sağlık personelinin müşkülleri, ocakların kuruluş tarzları, bütün hepsi topyekün değerlendirilmiş olsaydı, ondan sonraki uygulamalardaki hatalar önlenebileceği gibi, sağlık hizmetlerinin sosyalize edilmesini savunan kimseler rahatlıkla, bu konuda parlamento ve halktan destek görecekti. Eski bir sağlık bakanı olarak bu aksaklıklardan bazı misaller vereyim:

Bir kere sağlık ocaklarının projeleri merkezden hazırlanmıştır. Bölgenin özelliklerini, iklim şartlarını bilmeyen kimseler tarafından, başlangıçta masa başından hazırlanmıştır. Şöyle ki sağlık ocaklarının planları, projeleri Bayındırlık Bakanlığınca hazırlanıyor. Bu projeler, bu planlar yapılırken, bölgelerin özellikleri düşünülmeden standart ocak projeleri hazırlanmış ve onlar uygulanmış. Bölgenin özelliklerine göre ayrı ayrı projeler hazırlanmamış.

Onun için Şark'ta sert iklim olan yere, biriketten sıcak iklimlere ait ocaklar yapılmış, kar yağınca sağlık ocakları yıkılmış. Ayrıca ocaklar, istimlak parası vermeyelim diye köylerle irtibatı olmayan uzak yerlere yapılmış. Sağlık ocaklarının sağlık hizmetleri yönünden bakmakla mükellef olduğu yerlerde, yol ve telefon irtibatı olmadığından kışın personel, çoğunlukla mahsur kalmıştır. Hizmet görememiştir.

Sağlık hizmetleri sosyalize edilirken, yalnız SSYB'na hizmet verilmiş. Halbuki bunun yanında Köy İşleri Bakanlığı, Bayındırlık Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı gibi diğer bakanlıklarla, hizmetlerin aksaksız yürümesi için tam bir koordinasyon sağlanabilirdi. Bu sağlanamamıştır.

Bu yüzden, başlangıçta sosyalizasyona heyecanla katılan doktor ve sağlık personeli, bir müddet sonra demoralize olmuştur. Tasavvur ediniz ki üç dört ay ocaklarda mahsur kalmış, çalışamamış, şeherle ve insanla irtibatı kesik, genç bir hekimin psikolojisini düşünün. Ben sağlık bakanıyken bu yüzden ruhi deprasyon geçiren birçok sağlık personeline rastladım.

Şimdi diğer vilayetlerde sosyalizasyon uygulaması eksik veya fazla, süratli veya süratsiz devam ediyor. Devam ederken geçmiş uygulamalar ve geçmiş tecrübeler gayet iyi değerlendirilmeli ve ona göre uygulamaya girişilmelidir.

İkinci beş yıllık programda, üçüncü beş yıllık programda ve icra programlarında da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi öngörülmektedir. Bu kabul edilmiştir. Bunun durmasının düşünülmesi mevzubahis değildir. Ama bizim nokta-i nazarımız, programımızda bulunduğu gibi, bizim tecrübeye göre ihtirazi kaydımız var.

Sağlık hizmetlerinin halkımıza iyi gitmesi için, bütün bu değerlendirmeler yapılmadan, yeni uygulamalara gidilmesi taraftarı değiliz. Bugün sağlık ocaklarının % 70'inde hekim yok, sağlık personeli noksan... Uygulama şimdilik tam işleyecek hale gelene kadar durdurulmalıdır. Kuru bina yapıp içine yeterli personel sağlayamayınca, kanunun hedef aldığı sonuçlar yapılamamakta ve milletin parası heder olmakta.

ATOB: Sayın Sükan sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu durdurulunca, sağlık hizmetleri nasıl yürütülecek ? Seçeneğiniz nedir ?

SÜKAN: O da bizim parti programımızda vardır. Bölgelerin hususiyetlerine göre sağlık hizmetleri yürütülecek.

ATOB: Nasıl ?

SÜKAN: Koruyucu tebabet asıl olarak alınmalıdır. Türkiye'de bir milli sağlık politikası yoktur. Bir milli sağlık politikasının prensipleri tespit edilmelidir. Nazari olarak herkes koruyucu tebabet asıldır diyor. Devletin asli görevi koruyucu hekimliktir. İnsanları hem beden, hem ruh sağlığı içerisinde memleketimize faydalı insanlar olarak yetiştirmektir. Devletin asli vazifesi bu. Onun için beden sağlığını korumanın bütün imkanları sağlanmalıdır.

Tedavi edici hekimlik pahalıdır. Tedavi edici hekimliği, devletle beraber özel sektörün de ve bilhassa özel sektörün işbirliği yapması ve özel sektör faaliyetleri arasında mütalaa ediyoruz.

Ama devlet bugün koruyucu hekimlikten ziyade tedavi edici hekimliğe yönelmiş, bütün imkanlarını oraya teksif etmiş, fakat bütçe imkansızlıkları bunu da tam olarak yapmasına imkan vermemiştir. Bütçemiz kafi gelmemekte, onun için koruyucu hekimlik esas alınmalıdır. Koruyucu hekimlik için plan yapılmalıdır.

Bugün bir başıboşluk vardır. Tifo, paratifo, kolera.... gibi ani salgınlar çıktığında vatandaşa aşı dahi bulunmuyor. Hatta bir vatandaş üç kere aşı olurken çoğunluk hiç aşı olamamaktadır. Mesela her vatandaşın bir sağlık karnesi olmalıdır. Her yıl koruyucu hekimlik yönünden ve diğer hizmetler yönünden kontrol altına alınmalıdır...

Çevre sağlığı meselesi, Türkiye'nin baş sorunlarından birisidir. Kolaylıkla bulaşıcı hastalıklar gelişebilir. Bu problemi devlet ciddiyetle ele almalı. Bu ele alınmadığı takdirde kolera salgını gibi üzücü sonuçlarla karşı karşıya gelebiliriz. Biz yangın çıkmadan gerekli tedbirleri almıyor yangın çıktıktan sonra yangını söndürme cihetine gidiyoruz.

ATOB: Her konuda böyle oluyor...

SÜKAN: O zaman çok fırsatlar kaçmış oluyor. Onun için milli sağlık politikamız yoktur derken, bütün bu gerçekleri nazari itibare alıyorum. Onun için koruyucu hekimlik mutlaka sağlam esaslara bağlanmalıdır.

İkinci konu genel sağlık sigortası kanun tasarısı, bizim görüşümüze göre ciddi bir etüde dayanmamaktadır. İlk sağlık sigortası hazırlıkları 1965'de sağlık bakanı iken tarafımdan başlanmıştır. Meselenin çok yönlü tarafı vardır. Onun için Türkiye'de bilhassa iktisadi ve sosyal şartları gayri müsait olan insanların çok olduğu bir memlekette genel sağlık sigortasının bütün kitlelere teşmilinin zor olacağı aşikardır. Bunun için bu konu ciddi bir araştırma ile ele alınmalıdır.

Sosyalizasyon uygulaması ile bu kanunun uyuşmazlığı konusunu birbirinden ayırmak lazımdır. O ayrı o ayrıdır. İngiltere ve İsveç'te de hem sağlık sigortası tatbikatı var, hem de sosyalizasyon uygulaması vardır. İngiltere'de dahi sosyalizasyon uygulamasının ne kadar güçlüklerle dolu olduğu ortadadır. Onun için meseleyi, sizin de az evvel işaret ettiğiniz gibi, Türkiye'nin şartlarına, gerçeklerine göre ele alıp, ona göre milli sağlık politikasının esaslarını tespit edip sonra uygulamalara geçmek lazımdır. Hasılı birinin yaptığını diğerinin bozmaması lazımdır..

ATOB: Sayın Sükan siz az evvel sosyalizasyonu eleştirirken uygulamadaki bazı aksaklıkları anlattınız. Ciddi araştırmalar yapılmadan uygulamaya konulduğunu söylediniz. Koordinasyon eksikliklerinden bahsettiniz. Haklısınız. Biz o görüşteyiz ki sağlık sorunu ülkenin temel sorunlarından bağımsız değildir. Baştaki gelenlerinden biridir.

Dergimizin ikinci sayısında çıkan bir yazıda; sağlık hizmetlerindeki aksaklıkların kendine özgü bir düzensizlik değil, genel düzen bozukluğunun bir bölümü olduğu vurgulanarak, sizin yukarıda bahsettiğiniz konuda, şöyle devam etmekte:

"Sağlık hizmetlerinin bu bozuk düzenini düzeltmek için bazıları sağlık hizmetlerinin yurt çapında sosyalize edilmesini savunurken, bazıları genel sağlık sigortasının kurulmasını tavsiye etmektedirler. Sosyalist Ülkelerin Sağlık Sorunlarını, tam bir sosyalizasyonla hallettikleri ve sık olarak örnek gösterilen İngiltere'nin, önce sağlık sigortası uygularken bunu terkedip, sağlık hizmetlerini sosyalize ederek sorunu çözümlediği,.." belirtilmektedir.

Diğer taraftan aynı yazıda, "Genel Bütçeden sağlık bütçesine ayrılan oran İsveç'te % 20,4 — Suriye'de % 17 — Seylan'da % 15,5 — İsrail'de % 7 — Cezayir'de % 9 — iken Türkiye'de sadece % 4 olduğu ortaya konmaktadır." Bu durum anayasamızın sosyal devlet ilkesi espirisi ile çelişmektedir.

Bakınız Sayın Sükan, Anayasamızın 49'uncu maddesi şöyle demektedir: "Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir." Acaba siz bu konuda ne diyorsunuz ?

SÜKAN: Şimdi, esas itibariyle buyurduğunuz gibi, bir kere devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan miktar az. Hakikaten izahtan vareste. Bu ayrılan para da rasyonel ve rantabl olarak hizmetlere sarfediliyor mu ? Ben bu noktada, milli hedefleri tesbit edilmiş, plan ve projelere bağlı, bir milli sağlık politikası icapları içerisinde sarf edildiği kanaatinde değilim. İsraf edildiği kanaatindeyim. Ölü yatırımlara para sarf edilmektedir. Harcamalarda ve yatırımlarda politik tesirler rol oynamaktadır. Plansız, düzensiz bir uygulama var. Bunun çok misalleri var. Madem ki planlı devredeyiz, madem ki ilmi esasları temel aldığımız iddiasındayız. O halde kuruluşlar Türkiye gerçeklerine göre, imkanlarını sarf etmek durumundadır. Devletin bütçesinden ayrılan paralar; Arzettiğimiz gibi her türlü şahsi ve politik tesirlerden uzak olarak, hedefleri tesbit edilmiş, prensipleri tesbit edilmiş, plan ve projelere bağlanmış bir milli sağlık politikası esasları dahilinde ve herhalde koruyu-

cu hekimliği esas alan bir sistem içerisinde beden sağlığını ve ruh sağlığını müesseseleriyle sağlayabilecek bir anlayış içinde sarf edilmelidir.

ATOB: Milli hedefler nelerdir ?

SÜKAN: Programımızda arzettiğim hususlar var. Oradan neşredebilirsiniz.

ATOB: Sayın Sükan acaba meclislerdeki genel Sağlık Sigortası Kanunu tasarısını incelediniz mi ?

SÜKAN: Henüz bu mevzuda madde madde bir eleştiri yapmayı uygun görmüyorum. Çünkü bu hükümetin bu kanunu çıkarabileceği kanaatinde değilim.

Çünkü hükümet programında vaadedilen birçok şeyler oldu, hiçbirisi yerine gelmedi. Henüz meclisler çalışamaz halde, bunların geçen yıl da lafı edilmiştir. Meclis komisyonlarında beklemektedir. İcranın vazifesidir. Hükümetin Türkiye Büyük Millet Meclisinde vaadlerini takip etmesi lazım. Böyle bir şey görmedim.

Çeşitli konularda kanun tasarılarını sevk ettiklerini ilan ediyorlar, vaadediyorlar. Bunu ilan yeterli değil. Kanunlaştırılması için gerekli çalışmaları göstermeleri lazım. Bunu yapmıyorlar. Onun için tasarıyı henüz nazari görüyorum. Hükümetin tek taraflı bir seçim yatırımı...

ATOB : Herhalde büyük meblağlar gerek.

SÜKAN: Tabii, tabii büyük meblağlar. Dediğim gibi nazari. Masa başında hazırlanmış bir kanun tasarısı mahiyetinde. Elbette iyi tarafları var. Temel hedef yerinde, doğru ama uygulama şartları... nasıl uygulanabilecek bilemiyorum. Nereden bulacaklar bu paraları. Bunlar büyük ölçüde nazari. Nazari hazırlandığı için şurdan burdan kopya, başka memleketlerden kopya edilerek bünyemize adapte edilerek hazırlandığı anlaşılıyor. Ben bu tasarı, ciddi eksperler ve teknik elemanlarca araştırmaya ve ciddi bir incelemeye tabi tutularak, Türkiye'nin gerçeklerine ve imkanlarına göre, hazırlandığı görüşünde değilim.

Türkiye Birlik Partisi

Genel Başkan:
Mustafa TİMİSİ

TİMİSİ: Sayın Duranoğlu, bu konuda TBP olarak bizim görüşümüze müracaat ettiğiniz için, evvela teşekkür ederim. Ayrıca Ankara Tabip Odası olarak, Türkiye'nin, Türkiye halkının çok önemli bir sorunu olan sağlık sorununa, ciddi bir şekilde yaklaştığınız için de, sizi ve yöneticilerinizi kutlamak isterim.

Mesleki kuruluşlarımızın kendi sorunlarının ötesinde ülke sorunlarına girmeleri, Türkiye'de büyük rahatsızlıklar içinde bulunan halkımız için, faydalı bir girişimdir. Bu yönüyle ATOB'u tebrik etmek ve bu uğraşında başarılı olmasını dilemek istiyorum.

Şimdi sizin sorunuza, detaylarına girmeden genel çerçeve içerisinde TBP'nin saptamış olduğu görüşleri arzetmek istiyorum. Bunlar birtakım ilkeler olacaktır.

Bilindiği gibi bir ülkenin sağlık durumu o ülkenin ekonomik, sosyal ve siyasal gelişmesine, sıkı sıkıya bağlıdır. Meseleyi soyutlamak, tek başına almak yanlış olur. Türkiye geri kalmış bir ülke, onun da ötesinde, emperyalist ülkeler tarafından sömürülen bir ülke, kendi kaynakları kendi ulusal kalkınmasına kullandırılmayan geri bıraktırılmış bir ülke. Bu nedenle sorunun temelden çözümü Türkiye'nin düzeni ile iç içe görülüyor. Bunun dışında meseleyi ele almak olanaksız, bizi yanlış istikametlere götürür.

Geçmişte sağlık sorunu, diğer sorunlarımız gibi palyatif bir biçimde ele alınmış, ciddi bir yaklaşım konmamıştır. Vatandaş kendi yaşamı ile, kaderi ile, bulunduğu doğal şartları ile karşı karşıya bırakılmıştır. Sosyal devlet anlayışının gerekleri geniş halk yığınlarına intikal edememiştir. Bir çok sorunda olduğu gibi sağlık sorununda da bu sağlanamamıştır. Sağlık hizmetleri hem niteliği, hem de niceliği itibariyle Türkiye ihtiyaçlarını karşılayacak bir seviyeye gelememiştir. Bu nedenle bir eleştiri yapmak söz konusu değil. Ciddi bir girişim, ciddi bir takım tedbirler bugüne kadar ele alınmış değil.

Bu düzende bir takım seviyelere ulaşmış kişilerin, kendi sağlıklarını korumak için bir ekip doğmuş. Şöyle bir baktığımızda, toplumumuzun % 70'ini oluşturan köylerimiz tamamen ilkel bir yaşantı içerisinde. Çoğu yerde doktor bulmak, sağlık hizmetlerini götürecek elemanlar bulmak gerçekten büyük bir mucize. Bu nedenle geçmişin ve bugünün içinde bulunduğu sağlık politikasını, ciddi bir şekilde değerlendirmek mümkün değil.

Nasıl düzeltilmeli ? TBP'nin görüşü şu: Tüm sağlık hizmetleri devlet sorunu olarak ele alınmalıdır. Yani tüm bu hizmetlerin devletleştirilmesinden yana bir görüşün yanındayız. Başka bir tür yaklaşım düşünmüyoruz.

Halkın sağlığı, halkın sağlık hizmetleri, bir ticari vasıta, bir ticari değerlendirme olmaktan ancak bu surette kurtulabilir. Görüyoruz ki, bu düzenin bir gereği olarak sağlık sorunları ve sağlık hizmetleri belli kurumlar için, kişiler için bir ticari vasıta haline getirilmiştir. Bundan, içinde bulunduğumuz sistem içinde kurtulmak olanaksız.

Doğrudan doğruya devletin sağlık işlerine el koyması, soruna bu açıdan yaklaşması gerektiğine inanıyoruz. Bu nedenle hastanelerin, tüm ilaç sanayiinin, özel doktorluğun, muayenehane hekimliğinin devletleştirilmesini öngören bir siyasal görüşe sahibiz.

ATOB: Sayın Timisi bu konuda, Ankara Tabip Odası'nın bir ön çalışması var. Daha da geliştirilecek olan bu ön çalışmada şu sonuçlara varılıyor:

. Sağlık hizmetleri tümüyle devletleştirilmelidir.

. Herkes koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkına sahip olmalıdır.

. Ölçüler ve istatistiklerle, merkezi olarak düzenlenen bir sağlık planı hazırlanmalıdır. Ölçünün olmadığı yerde bilim de olmaz.

. İlaç sanayii tümüyle devletleştirilmelidir. İlaç üretimi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve diğer ilgili kuruluşların oluşturacağı bir merkez tarafından yapılmalıdır.

. Eczaneler tümüyle devletleştirilmelidir.

. İlaç dağıtımı SSYB'nin denetiminde olmalıdır. Ama hangi SSYB'nin? Demin siz de söylediniz, sağlık sorunu ülkenin diğer sorunlarından bağımsız değildir. Ülkenin diğer sorunları ile birlikte temelinden çözüldüğü andaki SSYB denetiminde olmalıdır.

. Koruyucu hekimlik, (çevreye ve kişiye göre) hizmetleri ön plana alınmalıdır. Çevre sağlığı, besin denetimi, beslenmenin düzenlenmesi, ana ve çocuk sağlığı iş ve işçi sağlığı, okul sağlığıvs.. koruyucu hekimliği ilgilendiren çalışmaların, tedavi edici hizmetlerden çok daha ucuza mal olduğu ve bu hizmetler sayesinde, daha sağlıklı kuşaklar elde edilebileceği göz önüne alınmalıdır.

. Bireysel sağlık hizmeti yerine, ekip halinde çalışmalı, karşılıklı bilgi alışverişi içinde sağlık hizmetlerini, en uç birimlere, köylere kadar, hatta hizmet evlerin içine kadar bizzat götürülmelidir.

. Hastanın hastaneye ve muayenehaneye gelmesini bekleyen anlayıştan vazgeçilmelidir.

. Ekipte görev alan her kişinin ürettiği ürün ve verdiği emeğin karşılığının alınmasına önem verilmelidir. Demin de dediğim gibi bu ilkelerin şu anda gündeme gelmesi söz konusu değil, pratiğe vurulamaz, bu bir düzen meselesi...

TİMİSİ: Gayet detaylı bir biçimde neler yapılması gerektiğini ortaya koyuyorsunuz. Gerçekçi yaklaşım budur. Bunu yapacak siyasal iktidarın niteliği önemli. Şimdi Türkiye'de mevcut düzen, her konuda olduğu gibi bu konuda da halkı sömüren, halkın ihtiyaçlarını kendisine geçim vasıtası kılan bir düzen. Temelden bu düzeni değiştirecek bir siyasal iktidar gelmediği sürece diğer sorunlarda olduğu gibi, sağlık sorunları da kökten çözümlenemez. Tabip Odalarının, mesleki dayanışma birliklerinin konuya girerken, yasalar elversin veya vermesin kendi sorunlarının ülkenin diğer sorunlarının ayrılmaz bir parçası, düzenin bir parçası olduğu bilincinden hareket etmelerini ben bekliyorum ve arzu ediyorum.

ATOB: Soru 2. :

TİMİSİ: Yukarıda birinci sualinizde ortaya koymaya çalıştığım gibi, sağlık sorununun temel çözümünü biz sosyalizasyonda görüyoruz. Sosyalizasyondan başka bir çözüm yolunu düşünmediğimizi belirtirim. Bu konuda Türkiye'de pilot bölge olarak seçilen yörelerdeki uygulama, tartışma konusudur. Konuya bir ciddiyet verilmediği, gereklerinin gerçekten yerine getirilmediği ortadadır. Bazı pilot bölgelerdeki aksaklıklarla konuya yaklaşmak, her konunun olduğu gibi, bu konunun da sulanmasının, maksadından ayrı bir biçimde kamuoyuna takdim edilmesini getirir. Bugünkü egemen güçlerin uyguladığı sağlık politikası, bu konuda çıkar gruplarına yarayan, onların doğrultusunda bir uygulamadır. Bu uygulamanın şekline bakarak karşı olmak yanlış. Birinci soruda ortaya koyduğumuz gibi, bu mesele daha ciddi bir şekilde, ülke çapında derhal ele alınmalı ve sosyalizasyon yaygınlaştırılmalıdır.

ATOB: Sayın Timisi şu anda hükümetin getirdiği bir tasarı var. Bu Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı halen Meclislerde bulunuyor. Bu tasarıyı incelediniz mi? Nasıl görüyorsunuz....

TİMİSİ: Şimdi Genel Sağlık Sigortası, demin sizin de sorunuz içinde belirttiğiniz gibi, meseleyi yine temelden çözümleyecek bir girişim değil. Bir ek tedbir olarak görünüyor ve öyle takdim ediliyor. Bize göre altında yatan neden, sosyalizasyonun ertelenmesi ve sosyalizasyon gelişiminin yaygınlaştırılmasının ertelenmesi gerçeğidir. Bu nedenle soruna bir çözüm getireceği görüşünde değilim. Meselenin detaylarına inemiyorum, bildiğiniz gibi geniş incelemeyi ve teknik çalışmayı gerektiren bir konu. Ancak tekrar edelim, bunlar palyatif yaklaşımlardır. Meseleye ciddi bir çözüm getirmeyen yaklaşımlardır. Yine düzenin çelişkileriyle, rahatsızlıklarıyla, adaletsizlikleriyle birlikte işleyecektir. Aslında çözüm yolu sosyalizasyondur, devletleştirmedir.

ATOB: Sayın Timisi bizim bu röportajı yapmaktaki amacımız; sağlık sorunlarının başta siyasi partiler, resmi devlet kuruluşları ve diğer ilgili kuruluşlar tarafından şimdiye kadar alabildiğine derin ve etraflıca incelenmediğini vurgulamaktı, göz önüne sermekti.

Demokrasinin vazgeçilmez unsurlarından olan siyasi partiler yalnız sağlık sorununu değil, her sorunu alabildiğine derin ve etraflıca inceleyip, en ince ayrıntılarına kadar araştırıp, formüle etmeleri gerekir ki bunlar iktidara geldikleri zaman, tabiri caizse apışıp kalmasınlar.

Bunu TBP için söylemiyorum, bütün partiler için söz konusu. Özellikle, bu düzen için; böyle gelmiş böyle gider... efendim yamalanır, boyanır, cilalanır... diyen partiler için değil, böyle gelmiş böyle gitmez diyen partiler için söz konusu bu durum. Şimdiye kadar sorunu temelinden ele almayan, yüzeysel programlar uygulanmış ve cumhuriyetten bu yana hatta ondan da öte sağlık hizmetlerinden son tahlilde halkımız değil, sağlıkla ilgili değişmeyen menfaat grupları kârlı çıkmıştır. Bu arada güme giden halkımızın sağlığı olmuştur.

Dileğimiz, bu girişim bir başlangıç olsun. Partilerin ve kuruluşların bu konudaki görüşleri ATOB'da sergilensin, tartışılsın, sonunda sağlık sorunlarının temelden çözümü için geleceğe ışık tutacak bir takım veriler ortaya çıksın...

TİMİSİ: Doğru sayın Duranoğlu. Ancak bu röportajın mevcut düzende çıkarları olanlar için, konunun derinliğine incelenmesini gerektirir gibi bir görüşe katılmıyorum. Aslında onlar, zaten sorunların bu noktaya gelmesinden amir olanlardır. Kendi sınıfsal çıkarlarının doğal bir sonucudur. Bu meseleyi bilerek, isteyerek diğer konularda –Ekonomik, sosyal, kültürel– konularda olduğu gibi, bu biçime, bu açmaza dönüştüren kuruluşlardır, iktidara gelen siyasal örgütlerdir.

Bu röportajınızın bana göre önemli tarafı, konunun geniş halk kitlelerine intikalini yansıtabilecek, bir takım demokratik kuruluşlara ışık tutması yönüdür. Bir meslek kuruluşu olarak, toplumcu açıdan meseleye yaklaşan bir meslek kuruluşu olarak, bu röportajınızın yaratacağı fayda bu noktada vurgulanıyor. Böyle değerlendiriyorum.

Bizim yönümüzden faydalı olacaktır. Sizlerin çalışmalarınız, ortaya çıkaracağınız gerçekler, Partimiz yönünden de değerlendirilmesi gereken, gerçekten ciddi bir kaynak durumuna gelecektir. Bu yönüyle faydalıdır...

Türkiye Sosyalist İşçi Partisi

Genel Başkan :
Ahmet KAÇMAZ

ATOB: Soru 1.

KAÇMAZ: Türkiye'nin pek çok temel sorunu gibi, sağlık sorununun da çözümlenmemiş olduğu bir gerçek. Sorunun çözümü açısından geçmişle bugün arasında büyük bir fark olmadığını söyleyebiliriz. Şüphesiz ki, Cumhuriyetin kuruluşundan sonra, başka sorunlarla birlikte sağlık sorunu da ele alınmış ve çözüm getirilmeye çalışılmıştır. Bazı bulaşıcı hastalıkların kısmen önlenmesinde, sağlık uzmanı ve hekim yetiştirilmesinde, sağlık kurumları açılmasında, koruyucu tedbirler alınmasında, belli yollara gidildiği de bir gerçektir. Ancak, 1923'ten bu yana 52 yıl geçtiğini ve bu yarım yüzyıl boyunca, dünyanın çeşitli ülkelerinde, özellikle sosyalist ülkelerde sağlık sorununun çeşitli yönleriyle tümüyle çözümlendiğini hatırlamamız gerekir. Oysa, Türkiye'de, bugün halâ on bin kişiye düşen doktor sayısı 5,6'dır. Bu sayının Sovyetler Birliği'nde 32, Bulgaristan'da 25, Küba'da 10, Moğolistan'da 21, ABD'de 20, Federal Almanya'da 22, Fransa'da 18, Japonya'da 16, Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde 22'dir. Hastane ve yatak durumunun, yer yer gerçek bir "facia" niteliği taşıdığını söylemeye bile gerek yoktur. İlaç sorunu, Sosyal Sigortalardan ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sorunu, bilindiği gibi kesinlikle çözümlenmemiştir.

Bugün Türkiye'de hayat ve ölüm, hastalık ve sağlık, kesinlikle bir sınıfsal sorun halindedir. Her türlü sağlık hizmetlerinden, yeterince yararlanabilenler, ancak toplumun çok dar bir kesimini meydana getiren "varlıklı" sınıf ve zümrelerdir. Bunun dışında, toplumumuzun halâ yüzde 60'dan fazlasını meydana getiren kırsal nüfusun, sağlık hizmetlerinden yararlanamadığı, herkesin bildiği bir gerçektir. Sigortalı olan ve sigortanın sağlık hizmetlerinden yararlanan ücretlilerin karşılaştıkları güçlükler ve yetersiz hizmet başlıbaşına bir sorundur. Kısaca özetlemek gerekirse, 40 milyonu aşan nüfusumuzun sadece yüzde 10'unun, yetersiz de olsa (SSK ve diğer sosyal hizmet kurumları veya kendi imkânlarıyla) sağlık hizmetlerinden yararlanabildiğini söyleyebiliriz.

Meselenin özü, sağlık sorununun da toplumun bütününden ayrılamamasındadır. Sömürü ve kâr'ın ekonomik-siyasal-sosyal hayattaki tek güdü olduğu kapitalist toplumda, hele söz konusu kapitalizm, Türkiye'deki gibi dışa, emperyalizme bağımlı ve çarpık nitelikteyse diğer tüm sorunlar gibi sağlık sorunu da çözümsüzlüğe mahkumdur. Bu yüzden, sağlık sorununu bölük pörçük ele almak, şu veya bu noktasını eleştirmek soruna çözüm getirmeyecektir. Sorunun, toplum bütünlüğünün parçası olduğunu, bu bütünlük içinde ele alınması gerektiğini iyice kavramalıyız.

Partimizin iktidara geçmesi, işçi sınıfı öncülüğünde emekçi halkın iktidara geçmesi anlamına geleceğinden, o zaman sorun işçi sınıfı ve emekçi halkın, yani toplumun yüzde 90'ından fazlasının sağlık hizmetlerinden ve yaşama hakkından yararlanabilecekleri doğrultuda merkezi planlama ile çözülecektir. Nereye nasıl

harcanacakları merkezi planla tesbit edilmiş olan fonların dağılımında, toplumun en önemli üretici gücü olan insanın sağlığı şüphesiz ki ön plana alınacaktır. Ayrıntıya girecek olursak, sağlık hizmetlerinin bütün çalışanlar için bedelsiz olması yanında, sağlık elemanlarının, sağlık kurumlarının, sağlık personelinin nicel ve nitel bakımdan geliştirilmesi yolunda adımlar atılacaktır. Bu türden adımların, bağımlı kapitalist düzende yeterli şekilde atılamayacağına, sağlık sorununun tam çözümünün de ancak sosyalist bir düzende mümkün olabileceğine inanıyoruz. Sosyalist ülkelerin bu konuda verdikleri, yer yer şaşırtıcı denilebilecek örnekler, bu konuda elimizdeki en sağlam kanıtlardır.

ATOB: Soru 2.

KAÇMAZ: Sağlık sorununun "perakende" çözümü için, bu düzen çerçevesinde ileri sürülen Genel Sağlık Sigortası ve Sosyalizasyonun, her ikisinin de gerçek çözüm getirmeyeceğini düşünüyoruz. Çünkü gerek genel sağlık sigortası gerekse sosyalizasyon, ancak sosyalist düzen ve sosyalist planlama bütünlüğü içinde hedeflerine varabilirler. Bu konuda sosyalizasyonun yaygın ve oldukça etkili şekilde uygulandığı İngiltere gibi özel örnekler bizi yanıltmamalıdır. İngiltere'de geçerlikte olan kapitalizm, yüzlerce yıllık bir dış sömürüye dayalı içerde, emekçi kitlelere, dış sömürüden bir kısım kaynak aktarımı ile, sınıf çatışmasını yumuşatmak için belli "hizmet" tavizleri verebilen yapıdadır. Oysa, Türkiye'de bağımlı ve güçsüz sermayenin bu türden olanakları olmadığından, sermaye iktidarlarının da bu türden hizmetlere yeterince fon aktarabilmesi mümkün değildir. Nitekim, belirttiğiniz gibi, sosyalizasyon öteden beri pilot bölgelerde "sözde" uygulanmaktadır. Ancak, yerinde araştırma yapanların da belirttiği gibi, bu uygulamalar istenilen sonucu vermekten uzak kalmış ve sosyalizasyon da, diğer bazı "reform" girişimleri gibi kağıt üzerinde kalan bir niyetten öteye gidememiştir. Bu düzende sosyalizasyonun yaygınlaştırılması imkânı yoktur. Genel Sağlık Sigortası bu bakımdan daha gerçekçi görülmekle birlikte, Genel Sağlık Sigortası için kesilecek primlerin ne olacağı, nerelerde kullanılacağı ve böyle bir uygulama için gerekli altyapı tesislerinin, (hastane, dispanser, sağlık personeli, yatak vs...) hangi imkânlarla, nasıl kurulacağı gibi sorulara cevap aramaya çalışırsak, Genel Sağlık Sigortasının da gerçekte, kâğıt üzerinde kalacağını hemen anlarız.

Biz, bu türden kısmi çözümlerle, sağlık sorunlarımızda, emekçi halkımızın sağlık hizmetlerinde ileri adımlar atılabileceğine inanmıyoruz, bunun imkânlarını görmüyoruz.

ATOB'a abone olun

genel sağlık sigortası

Genel sağlık sigortası çalışmalarının tarihcesi

DR. REFİK ERER

İLK ÇALIŞMALAR (DR. BEHÇET UZ PLANI)

Toplantılardan birisinde değerli bir meslektaşımız (Genel Sağlık Sigortasında ilk çalışmaların 1935 yılında başlatıldığını fakat sürdürülemediğini) belirtmişse de biz o tarihlerde böyle bir çalışma yapıldığına ilişkin herhangi bir belgeye rastlayamadık. Hatırladığımıza göre o tarihlerde iyi edici sağlık örgütümüz beş Numune Hastanesine, İl Özel İdare hastanelerine, birkaç Belediye hastanesine, Zührevi hastalıklar ve Trahom dispanserlerine, ilçe Hükümet Tabipliklerine bağlı ve icabında kullanılmak üzere beşer yatağı bulunan Muayene ve Tedavi Evleri sistemine ve büyük ölçüde sosyal yardım şeklinde (masrafları Sağlık Bakanlığı, Özel İdare ve Belediyelerce karşılanma) esasına dayanmaktaydı. Vakıa durumu müsait olanlardan çok asgari bir ücret de alınırdı ama bu da hemen hemen istisna gibi idi. O zamanki çalışmalar da bu sistem ve örgütün geliştirilmesine yönelikti.

Koruyucu ve iyi edici hekimlikte genel bir sağlık hizmeti planlanmasına ilk kez 1946 yılında ve o zamanın sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz döneminde rastlıyoruz.

BİRİNCİ ON YILLIK MİLLİ SAĞLIK PLANI adını taşıyan bu plan iyi bir koruyucu hekimlik örgütüyle birlikte, köyleri iyi edici sağlık hizmetlerine kavuşturmak için 10 köye bir Sağlık Memuru, 40 köye 10 yataklı ve iki hekimli bir sağlık merkezi, İl ve ilçelere ufak ve orta çapta, 7 sağlık bölgesine de 500'er yataklı Bölge Hastaneleri kurmak, yeni Tıp Fakülteleri açmak, yardımcı sağlık personelini yetecek sayıda yetiştirmek ve bu hizmetlerin finansmanı için de bir Sağlık Bankası ile Sağlık Sandıkları kurmak gibi çok ilginç ve yurdumuz ölçüsünde çağını aşan bir programı öngörmekteydi.

Sağlık Banka'sını ve Sağlık Sandık'larını sağlık sigortasının öncü bir kuruluşu olarak kabul etmek yanlış sayılmaz kanısındayım. Çok ileri bir görüşle hazırlandığına inandığımız ve Yüksek Sağlık Şurasının onayından da geçen bu plan kanunlaşamamıştır. Bu kanunlaşamamada parasal nedenlerin etken olduğunu sanıyoruz. Bu plandaki istatistik bilgilerden önemlilerini aşağıya aktaralım:

Raporda belirtildiği üzere 10.000 kişi için o tarihte yeterli görülen 24 yatak o günlerde Balkan Devletlerinin yatak/nüfus oranıdır. Aradan geçen 29 yıl içinde bu yatak oranına hala erişememiş olmamız dikkat çekicidir.

Sağlık Tesisi	Bugünkü durum (1946)		Milli Sağlık Planına göre	
	Yatak sayısı	10.000 nüfusa oran	Yatak sayısı	10.000 nüfusa oran
Genel Hastaneler	5795	3	9295	5
Çocuk Hastaneleri	240	0.13	2540	1.4
Verem yatakları	480	0.25	4680	2.5
Doğumevleri	345	0.18	1745	1
Akıl ve sinir hast.	2740	1.4	4820	2.6
Yaşlı ve düşkünler yurdu	200	0.1	700	0.4
Sağlık merkezleri	100	0.05	10.000	5.3
.....				
.....				
Toplam yatak	11.160	6	40.000	24

Kırsal bölgelerdeki sağlık merkezlerine hekim ve diğer sağlık personeli için lojmanlar eklenmesini de öngören bu planın 10 yıllık tüm maliyeti 623 milyon ve tesislerin yıllık işletme masrafları da 100 milyon olarak hesaplanmıştır. O tarihteki Sağlık Bakanlığı bütçesinin 42 milyon olduğu düşünülürse planın uygulanabilmesi için bütçenin yaklaşık olarak 2 katına çıkarılması gerekecekti. Zamanın para değerine ve mali olanaklarına göre hayli yüksek görülecek bu masrafın tümünün genel bütçeden karşılanamayacağı gözönünde bulundurularak, özel idareler, belediyeler, kollektiviteler ve hatta fertler tarafından sağlık için harcanan bütün paraların bir elde toplanması, bunun için bir Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurulması ve yurttaki bataklıkların kurutulma göreviyle kurutulan araziden elde edilecek gelirin bu banka hesabına geçirilmesi gibi ilginç öneriler yeralmaktadır. 31.12.1946 tarihini taşıyan bu planda açıkça belirtilmemiş olmakla beraber o tarihlerde basına yansıyan tartışmalardan hatırladığımıza göre alkollü içkilere, sigara, tütün ve benzeri tüketim maddelerine konacak ufak miktarlardaki taksların da bu planın finansmanına aktarılmaları sözkonusu idi.

1961'de, yani Behçet Uz planından 15 yıl sonra hazırlanan Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirme planında bu plandan yararlanıldığını tahmin ediyoruz. Ancak 1968 Genel Sağlık Sigortası Raporunu hazırlayan komisyonun faydalandığı belgeler arasında genel olarak (Sağlık Bakanlığı Belgeleri) sayılmış fakat bu önemli plandan sözedilmemiştir.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI 1968 RAPORU

Elde bulunan belgelerden öğrendiğimize göre Genel Sağlık Sigortası Planı 1965'lerde ele alınmış fakat çalışmalar sürdürülememiştir. Konu 1968'de o zamanki Başbakanlık Müsteşar Yardımcısı Sayın Muslih Fer'in başkanlığında ve aşağıdaki uzmanlardan kurulu bir komiteye görev olarak verilmiştir.

Muslih FER (Başbakanlık Müsteşar Yardımcısı), Dr. Ahmet ÜSTÜNOĞLU (SSYB Müsteşar Başyardımcısı), Baha ÖZKAN (SSYB Planlama ve Koordinasyon Başkanı), Dr. Fikret PAMİR (Numune Hastanesi Dahiliye Şefi), Dr. Cemal KİPER (SSK Müdürler Kurulu Üyesi), Dr. Niyazi ERZİN (SSK Müşaviri), Nihat SELAMOĞLU (SSK Aktüarya Md.), Mustafa ERTEM (SSK Müşaviri), Tuğrul AĞAR (SSYB).

Hazırlanan raporun önsözünde: Sağlık harcamalarının günden güne artması ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi projesinin bütün yurdu kapsaması halinde Devlet Bütçesinin büyük bir yük altına gireceği, bu nedenle bir Genel Sağlık Sigortası kurulmasının hayati bir önem taşıdığı belirtilmektedir. Yine bu önsözde belirtildiğine göre komitenin hazırlayacağı rapor üst makamlarca uygun görüldüğü takdirde komite bir kanun tasarısı da hazırlayacaktır. Basılı metnin sonuna bir kanun tasarısı ve gerekçesi de eklenmiş olduğuna göre rapor onaylanmış demektir.

Rapor ve tasarının ana çizgileri şöyledir: Sigorta; endüstri sektöründeki işçileri, Emekli Sandığına tabi memur ve hizmetlileri, tarım sektöründeki işçileri, kendi hesabına çalışanları, gayrı faal nüfusu kapsayacak;

Sosyal Sigortalara tabi olanları, subay, assubay ve askeri memurlarla bunların emekli, dul ve yetimlerini, silah altında bulunanları, bir hükümden dolayı cezalarını çekmekte olanları, yabancıları ve Türkiye'de daimi ikametgahı olmayanları kapsam dışı bırakacaktır.

Kapsama girecek nüfus toplamı 26 milyon 400.000 tahmin edilmiş, yatak/nüfus oranı kentsel bölgeler için 10.000 kişiye 30, kırsal bölgeler için 25 olarak düşünülmüştür. Rapora göre o tarihteki çeşitli kuruluşların emrindeki hasta yatağı sayısı 75.352, hekim sayısı 11.800 ve yatak/nüfus oranı 23'dür. Mevcut yataklardan 20.500'ü Milli Savunma ve SSK'ya ait olduğundan Sigorta emrine verilemeyecek ve geri kalan 55.000 yatağa 40.000 daha eklenmesi gerekecektir. Yılda 62 milyon 600 bin poliklinik yapılacağı, bir poliklinik maliyetinin ilaç ve diğer iyileştirme gereçleriyle 20 liraya, bir yatağın günlük maliyetinin 40 liraya, bir yatağın inşa ve tesis masrafının 45.000 liraya çıkacağı ve yıllık toplam harcamaların 2 milyar 93 milyon liraya malolacağı hesaplanmıştır.

Bu paranın sağlanması esas olarak sigortalılardan alınacak % 3 prime dayanacak, sigortalının bağlı bulunduğu kuruluş, mensuplarına tedavi yardımlarını öngörmüşse sigortalıdan ayrıca prim alınmayacak, gereken primi bu kuruluş ödeyecektir. Prim ödeme gücüne sahip olmayanların primleri devletçe (Sağlık Bakanlığı bütçesine konacak özel ödenekten) karşılanacaktır. Ayakta tedavi görecekler, ilaç masrafının % 20'sine katılacaklardır.

Genel Sağlık Sigortası Sağlık Bakanlığınca yürütülecek, SSK ve diğer kuruluşların sağlık tesislerinden yararlanılacak, uygulama yurt bölgelerine göre kademeli olacak ve her yıl hangi illerin kapsama alınacağı Bakanlar Kurulunca saptanacaktır.

Bu tasarının sigortalılara sağlayacağı yardımlar özetle şöyledir: Hekim ve her cins laboratuvar muayeneleri, gerektiğinde sigortalının bir sağlık tesisine yatırılması, ilaç ve diğer iyileştirme araçlarının verilmesi, gereken hallerde sigortalının bir başka yere gönderilmesi için kendisine ve refakatçisine yolluk ve zorunlu masrafların ödenmesi.

Ana çizgilerini özetlediğimiz bu tasarı, bildiğimize göre parlamentoya sunulmuş fakat 1969 Genel Seçimleri nedeniyle kanunlaşamamıştır.

GELECEK SAYIDA: Konu üzerinde komisyon tartışmaları.

Genel sağlık sigortası sorunu

DR. NEVZAT EREN

SORUN

Geçtiğimiz aylarda meclis komisyonlarına yıllardan beri sözü edilen bir kanun önerisi gelmiştir. Bu öneri "Genel Sağlık Sigortası Kanunu' önerisidir. Öneriye göre, yurttaşlardan gelirlerinin % 4'ü oranında sigorta primi alınarak tedavi edici hekimlik sorunlarına bir çözüm getirilmek istenmektedir. Önerinin eleştirisine geçmeden birkaç önemli noktanın açıklanması gerekmektedir.

Bu öneri 1970'lerin başlarında hazırlanan ve aynı adı taşıyan önerinin yalnız prim oranı değiştirilmiş bir kopyasıdır. Yeni bir öneri değildir. 4 - 5 yıllık bir geçmişi vardır. Böyle uzun bir geçmişi olmasına karşılık, öneri üzerinde herhangi bir tartışma açılmamış, kamu oyu yaratılmamıştır. Hekimler, iktisatçılar ve yöneticilerin, bu öneriye ilişkin herhangi bir eleştirileri, değerlendirmeleri, herhangi bir yayın organında çıkmamıştır. Acaba konu, böylesine sessizlikle karşılanabilecek kadar önemsiz midir ? Yoksa öneri, herhangi bir eleştiriyi gereksiz kılacak kadar gerçekçi ve gerekli midir ? Hekimlerin bu konuda sessiz kalışları hangi anlama gelmektedir ?

DEVLETİN GÖREVİ

1961 anayasası halkın sağlığının korunması ve sürdürülmesi görevini, birçok maddelerinde, açık olarak devlete vermiştir. İkinci maddesinde Türkiye Cumhuriyeti'nin insan haklarına dayanan bir sosyal devlet, refah devleti olduğunu ortaya koymuştur. 35 - 53'üncü maddelerinde Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına İnsan Hakları Evrensel Beyannamesine paralel olarak ekonomik ve sosyal haklar vermiştir. 48'inci maddesindeki sosyal sigortalar, sosyal yardımlar ve sosyal güvenlik hükümleri ile 49'uncu maddesindeki halkın sağlığının korunup sürdürülmesi hükmü, halka sağlık hizmeti vermenin bir devlet görevi olduğunu açıkca ortaya koymaktadır. Bütün bu hükümlere rağmen devlet, herkese sağlıklı yaşama koşulları ve olanakları sağlayamamaktadır. Bu yetersizliğin temelinde ne yatmaktadır ?

Bu soruya tutarlı bir karşılık bulmadan yeni bir kanunun gerekli olduğu savunulamaz. Çünkü getirilmek istenen herhangi bir yeni düzen, bilinen tüm yollar, eldeki tüm olanaklar kullanılmadan uygulama alanına konulamaz. Ancak, eldeki olanaklar ve yöntemlerle soruna bir çözüm bulunamaz ise yeni bir yöntem aramak gerekli olur. Bunun tersi sorunu karmaşıklaştırmaktan, yeni sorunlar yaratmaktan öte bir şeye yaramaz.

YENİ BİR SİSTEME GEREK VAR MI ?

1961 yılında yasalaşan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un" gerekleri yerine getirilerek uygulandığında, ülkenin gereksinmelerini tam olarak karşılayabileceği denemeler ve araştırmalarla gösterilmiştir. Bu kanunun geçerliliği, ülke koşullarına uygunluğu o kadar açık ve ortadadır ki, soldan

sağa tüm siyasi partilerin seçim bildirgelerinde, tüm beşer yıllık kalkınma planlarında ve 1961 yılından bu yana 15 yılı kapsayan dönemin bütçe kanunlarında, adı geçen kanunun ülke koşullarına uygunluğu belirtilmekte, etkinliğini artıracak önceliklerin alınacağından söz edilmektedir. Bu kanun, yönetici, koruyucu, tedavi edici ve adli hekimlik hizmetlerini, diğer bir anlatışla, çağdaş anlayışa uygun tüm hekimlik hizmetlerini kapsamaktadır. Ülke koşullarına uygundur. Uygulanmağa başladığından beri, 15 yıl içinde milyarları aşan yatırımlar yapılmıştır. Ancak bu kanun, yönetimin aksaması nedeniyle, düzenli olarak uygulanamamaktadır. Akılcı yanaşım, acaba, bozuk olan yönetim düzenini mi değiştirip düzeltmeyi, yoksa yeni bir yöntem getirmeyi mi gerektirir?

SİGORTA BİR ALTERNATİF OLABİLİR Mİ?

Ülkemizin sağlık açısından asıl sorunu, kırsal alanlara hekim bulma güçlüğüdür. Getirilmek istenen yeni sistem bu sorunu çözebilecek midir?

Öneriye göre herkes, istediği zaman ve istediği sayıda hekime başvurabilecektir. Bu konuda herhangi bir sınırlama söz konusu değildir. Örneğin başı ağrıyan bir kişi, isterse 10 hekime ya da daha çoğuna gidebilecek ve aklının estiği, kendisince doğru bulduğu herhangi bir reçeteyi yaptırabilecek, sigorta da bunların karşılığını ödeyecektir. Bu konuda birkaç gerçeğin gözden kaçtığı anlaşılmaktadır:

1. Sosyal Sigortalar Kurumu'nda her 800 -900 kişiye bir hekim düşmekte, buna rağmen hekimler muayene isteğini karşılayamamaktadırlar. Oysa ülkemizde ancak her 2.000 kişiye bir hekim düşmektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu, üyelerinden % 10 dolaylarında prim almakta, bu yüksek prime rağmen hastaya hekimini seçme hakkını verememektedir.

2. Sosyal Sigortalar Kurumu'nda her kişi yılda ortalama 5.2 kez hekime başvurmaktadır. Önerilen kanunun gerekçesinde de her kişinin yılda ortalama 3 kez hekime gideceği varsayılmıştır. Adı geçen kurumun yılda kişi başına ortalama masrafı 448 Tl. dır. Bu sayılar ülkemizi temsil eden sayılardır ve dolayısı ile karşılaştırmada rahatça kullanılabilir.

3. Öneri ülkemizde yaşayan 40 milyon kişiye gereksiz yere hekim hizmetinden yararlanacak biçimde hak verdiğine göre bu rakamı 40 milyonla çarptığımızda, sigortanın uygulanabilmesi için gerekli parayı bulabiliriz. 448 x 40 milyon - 17 milyar 920 milyon gibi astronomik bir rakam elde edilecektir. Bu sayı ülkemizde, dolaylı ve dolaysız yollardan toplanabilen tüm vergilerin 1/5'i kadardır.

Bir kişinin yılda ortalama 448 TL. masrafı olacağı ve sigorta priminin % 4 olarak önerildiği göz önüne alınırsa, bir kişinin yıllık gelirinin % 4'ünün 448 TL. olması için yıllık gelirinin 11 200 TL. olması gerektiği ortaya çıkar. Oysa ülkemizde kişi başına yıllık gelirin bunun yarısı kadar olduğu bilinmektedir.

Bu sayılar önerinin, yalnız parasal yönden bile ülke gerçeklerine ne kadar ters düştüğünü ortaya koymaktadır. Ancak burada, kurulacak sistemde, Sosyal Sigortalar Kurumu'nda yapılandan daha az harcama yapılacağı akla gelebilir, ileri sürülebilir.

BAŞKA BİR BASİT HESAP

Bu öneri herkese hekim, ilâç, tetkik ve hastane masraflarını, doğum ve ölüm giderlerini ödemeyi amaçlamaktadır. Öneride hak olarak verilen diğer noktaları bir kenara bırakarak, yukarda belirtilen durumlarda bir yılda, ülke çapında yapılacak harcamaların ne olabileceğine bir göz atalım.

1. Ülkemizde her yıl 1.5 milyon doğum olmaktadır. Doğum başına, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası harcaması olarak 500 TL. verileceğini varsayarsak (ki bu oldukça iyimser bir sayıdır) bir yılda doğum yardımı olarak:

1.5 milyon x 500 TL. = 750 milyon TL. ödenmesi gerekecektir.

2. yılda ölüm sayısı (% 017 hesabı ile) 680 bindir. Gene iyimser bir rakam olarak, ölüm başına 500 TL. verildiğini varsayarsak:

680 bin x 500 TL. = 340 milyon ölüm yardımı yapılması gerekir.

3. Herkesin yılda 3 kere hekime gideceği varsayıldığına göre yılda 120 milyon kişinin masrafının karşılanması gerekecektir. Bu masrafı da, sayıları en küçük tutmak koşulu ile hesaplayalım:

Muayene ücreti olarak hekime 40 TL. verilse 120 milyon x 40 TL. = 4 milyar 800 milyon TL. eder. Hasta başına 40 TL. tetkik yapıldığını varsayarsak (bir idrar tetkiki 30 TL. dolayında yapılmaktadır) 4 milyar 800 milyon TL.'nın da tetkik için ödenmesi gerektiği ortaya çıkar.

Her hastaya 50 TL. (Ortalama) ilâç parası ödeneceğini düşünsek: 120 milyon x 50 TL. = 6 milyar liralık ilâç parası ödeneceği ortaya çıkar. 120 milyon hastanın en az % 3'ünün hastaneye yatırılması gerekecektir ki 3,6 milyon kişi demektir. İstatistiklere göre ortalama yatış günü 10 gündür. Günde hastane masrafını 100 TL. saysak (ki olanaksızdır ve çok daha fazladır) 3.6 milyon x 10 x 100 = 3.6 milyar TL. bulunur.

Sigortanın vermeyi öngördüğü ihtiyarlık yardımı, analık yardımı, yol, otel ve yiyecek harcamalarını ve diğerlerini bir yana bırakıp yukarda verilen harcamanın tutarına bir göz atarsak 20 milyar 290 milyon TL.'yi bulduğunu görürüz. Prim % 4 olarak alınacağına göre, bu parayı ödeyebilecek kişilerin yıllık gelirlerinin 507 milyar 250 milyon TL. olması gerekecektir. Bu öneriyi getiren ve savunanlar, Türkiye'nin tüm milli gelirinin ne kadar olduğuna acaba bakmışlar mıdır?

YENİ BİR SOSYAL ADALETSİZLİK Mİ?

Önerilen sistem, şimdiki hekim dağılımını düzeltmek bir yana, daha da dengesizleştirecektir. Yapılan araştırmalara göre kentsel bölgelerde, hekime gitmesi gereken her 4 hastadan ancak birisi hekime gitmektedir. Prim ödenince bunların hepsinin hekime başvurması, giderek hekim suistimali ortaya çıkacaktır. Kentte yaşayanların bu hakkı, kırsal bölgelerde yaşayanlara oranla daha çok kullanacağı açıktır. Bunun sonucu, kentteki hekimin daha çok kazanması olacaktır. Kentteki kazancın artması, kente olan hekim akımını artıracak, giderek orta büyüklükteki il merkezlerinde bile hekim bulmak sorun olacaktır. Bilinen bir gerçek de, ülkemizdeki en önemli sağlık sorununun ana ve çocuk ölümlerinin yüksek olduğudur. Ana ve çocuk ölümlerinde, hekimin ölüme engel olması için çok az, saatlerle anlatılacak zamanı vardır. Kırsal bölgeler ve kasabalardan hekim uzaklaşınca bu ölümler artacak, en azından bugünkü düzeyinde kalacaktır. Bu bölgelerde erken teşhis olanakları da ortadan kalkacaktır. Geriye, hem tedavileri çok güç, hem de çok pahalı olan kronik hastalıklar kalacaktır. Böylece, kırsal bölge ile kent arasındaki farklılık bir uçurum hâline gelecektir.

ÖNERİLEN PRİM TOPLANABİLECEK Mİ?

Öneriye göre, prim ödemesi gereken kişileri dört başlıkta toplamak olasılığı vardır:

1. Memurlar.
2. Esnaf.
3. Serbest meslek sahipleri, sanayiciler ve ticâretle uğraşanlar.
4. Tarım sektöründe çalışanlar.

Ülkemizde uygulanan vergi sistemi incelendiğinde, yukardaki gruplardan yalnız memurlardan % 4'lük primin alınabileceği anlaşılacaktır. Ayrıca memurlar aslında sigortalı olduklarından yeniden prim ödemeleri söz konusu olursa bu da bir sorun olacaktır. İkinci ve üçüncü gruptaki kişilerden, gerçek gelirlerine göre prim almak olanağı yoktur. Bu olanak olsa idi, ülkemizin kronik ve önemli bir sorunu olan vergi kaçırmaları önlenebilirdi. Tarım sektöründe çalışanların durumu ise ortadadır. Bu gruba, asgari ücret sistemini uygulamada uğranılan başarısızlık göz önünde dururken prim alınabileceğini düşünmek olmayacak bir iştir. Dolayısı ile, gene geliri sabit olan vatandaştan prim alınacak, diğerlerinden alınamayacak, ya da gelirlerine göre çok az bir prim alınacaktır. Bu durum da, mevcut vergi dengesizliğini artıran yeni bir dengesizlik olacaktır.

KİME YARAYACAK?

Önerilen sistem, kırsal bölge ve az gelişmiş il ve ilçelerde yaşayan halkın sağlık durumunu daha da kötüleştirmek pahasına, tedâvi edici hizmetlerde çalışan hekimlerin gelirini, daha da artıracaktır. Hekim, hastanın başka bir hekime gitmesini önlemek için, çok ilâç yazmağa yönelecek, ilâç firmalarının ve eczacıların da geliri artacaktır. Ülkemizde ilâç hammaddesi sanayii yok denecek kadar az olduğu için, dışarıya ödenen döviz artacaktır. Hekimlerin ve eczacıların gelirlerini artırmak, belki düşünülebilir. Ancak bunun bedeli, halkın sağlığını daha da kötüleştirmek, yeni sosyal adaletsizlikler yaratmak olamaz.

SONUÇ

Genel Sağlık Sigortası önerisi aşağıda belirtilen nedenlerden ötürü sakat bir öneridir:

1. Böyle yeni bir sisteme gerek yoktur. Uygulanabilirliği, ülke koşullarına uygunluğu saptanmış, gerçekci sistemler halen uygulanmaktadır. Bu sistemlerin aksayan yanlarını düzeltmek daha gerçekci bir yanaşımdır.

2. Öneri, ülke gerçeklerinden uzak, hayalci bir öneridir.

3. Öngörülen primler toplanamayacaktır.

4. Asıl hizmet açığının bulunduğu kırsal bölgelerin durumu daha da kötü olacaktır.

5. En önemli hizmet olan koruyucu hekimlik uygulamaları aksayacak, giderek bu alanda hekim bulmak olanak dışı olacaktır.

Milyarları aşan kaynağı, gübre ve benzerlerinin fiyatını düşürerek halka verdiğini açıklayan siyasi iktidarlar, bir o kadar parayı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçesine eklemek ve bu bakanlığa ilaç sanayii kurmak olanağını sağlamakla, halkın sağlık sorununa da çözüm bulabilirler.

Genel sağlık sigortası kanununun eleştirisi

Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu

GİRİŞ

Ön çalışmalarına 1970 yılında başlanılan ve uzun süredir çeşitli hükümetler tarafından ele alınmasına rağmen özellikle yerli ve yabancı ilaç sanayiinin, bir kısım doktorların ve eczacıların, kanundan çıkarı olan çeşitli çevrelerin desteğiyle son aylarda kanun ile ilgili çalışmalar hızlanmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Kemal Demir ve Başbakan Süleyman Demirel "Bu kanunun bizim hükümetimiz zamanında çıkarılması bizim için bir şereftir" demişlerdir.

288/1 nolu genel sağlık sigortası kanunu tasarısı Başbakan Süleyman Demirel ve diğer hükümet üyelerinin imzasıyla Mayıs 1975'te TBMM Başkanlığı'na bir dilekçe ile sunulmuştur. Tasarı halen Anayasa Komisyonu'nda ele alınmaktadır. Diğer komisyonlarda görüşülmesi tamamlanmış olup yakında Meclise sevki düşünülmektedir. MC Hükümeti, kanunu bir an evvel çıkarmayı planlamaktadır. Muhalefet kanadı ise böyle bir tasarı karşısında suskunluğu tercih etmektedir. Tasarı, halen sigortalı kesimler ve Milli Savunma Bakanlığı mensupları hariç tüm diğer kesimleri sağlık sigortası kapsamına sokmaktadır. 25 milyon civarındaki bu kesim, nüfusun % 65'ini oluşturmaktadır. Bu kadar geniş kitlenin en önemli sorunlarından biri olan sağlık sorununu ilgilendiren böyle önemli bir tasarı üzerinde "şimdiye kadar hiç başlamamış olan" bir tartışmayı açmayı, tasarının geniş kitlelere neler kaybettirip neler kazandırdığını araştırmayı yararlı buluyoruz. Bu konuda gözlediğimiz bazı bilimsel gerçekleri kamu oyuna, diğer demokratik kuruluşlara, üniversitelere ve konu ile uzaktan yakından ilgili tüm kuruluşlara duyurmayı bir yurtseverlik görevi olarak kabul ediyoruz.

GENEL OLARAK DÜNYADAKİ SOSYAL GÜVENLİK KURULUŞLARININ TARİHÇESİ

Tasarının yurdumuzda ortaya çıkmasına yol açan tarihsel gelişmenin daha iyi anlaşılabilmesi için dünyada özellikle Avrupa ülkelerinde sosyal güvenlik kuruluşlarının genel tarihçesine kısaca göz atalım. Avrupa ülkeleri ve ABD sosyal güvenlik kurumları biribirine benzeyen değişimler geçirmişlerdir. Son yıllarda ise bu konuda aralarında görüş ayrılıkları ortaya çıkmış, herbiri kendi ülkesinin şartlarına göre çeşitli uygulamalara girişmişlerdir.

19. yüzyılda Avrupa'da birçok ülkede çeşitli yardımlaşma dernekleri örgütlenmişti. Bu dernekler o ülkelerin sosyal, siyasal, ekonomik ve coğrafi yapısından etkilenerek çeşitli gruplardan üyeleri bünyelerine alıyorlardı. Üyeler bazen bir politik parti üyelerinden, bazen bir dini grubun taraftarlarından, bazen düşünürler ve onların çevresinde toplanan ve aynı görüşleri paylaşan kişilerden, bazen de bir kasaba veya şehir halkından oluşuyordu. Karşılıklı yardımlaşma örgütleri olarak üyeleri arasındaki diyalogu sağlayan kuruluşlardı. Her dernek; üyelerine doktor muayenesi, hastane masrafları, ilaç masrafı ve iş kazalarının giderlerini karşılamaları için sigorta görevini yükleniyordu. Mali yönden bağımsız kuruluşlardı ve üye sayılarını

genişletmek için biribirleriyle mücadele ederlerdi. Bu dernekler kendi aralarında üyelerinin politik eğilimlerine göre çeşitli milli konfederasyonlar şeklinde gruplaşıyorlardı. Örneğin; Belçika'daki 5 milli konfederasyon; sosyalist, liberal, tarafsız, hıristiyan ve profesyonel yardım dernekleri federasyonları gibi isimler taşıyordu. Konfederasyonlar sadece sağlık sigortası meselesi ile uğraşmakla yetinmeyip üyelerinin çalışma güvenliğini, emekli maaşları vb. gibi konularla da ilgilenmekteydiler. Bunları sağlamak için Sağlık Bakım Servisleri, Sigorta Ajanları, İşçi Organizasyonları gibi çeşitli idari ve sosyal servisleri örgütlemişlerdir.

2. Dünya Savaşı'na kadar bağımsız çalışmalarını sürdüren bu cinsten sosyal güvenlik kuruluşları, 1940'larda Almanya ve Amerika hariç merkezi devletler tarafından çıkarılan çeşitli kanun ve kararnamelerle merkezileştirilmiş, çalışmalarını devlet kontrol altına almıştır. Böylece bu dernekler, Fransa ve İtalya'da mutlak hükümet kontrollü özel sigortalara, İngiltere'de (bizde önerilene benzer şekilde) merkezi kontrollu genel vergilendirme sistemine, İsveç, Danimarka, Belçika ve İspanya'da ise çeşitli bakanlıklara bağlı genel vergilendirme ve hükümet kontrollu serbest sigorta sistemlerine dönüştürülmüştür. Bu yardım dernekleri böylece o ülkenin sosyal ve ekonomik yapısına göre düzenlenmiş milli sağlık programları etrafında örgütlendirilmişlerdir.

Amerika ve Almanya ise böyle bir merkezileştirmeye yanaşmamıştır. Özellikle ABD'de sağlık konusu özel sigorta şirketlerinin en çok para kazandığı bir ihtisas dalı olarak günümüze kadar varlığını sürdürmüştür.

1940'larda ortaya çıkan bu uygulama biçimleri de pratikte her ülkede tekrar ayrı yöntemlere dönüşmüştür. Ayrılığın nedeni ise önerilen milli sağlık programları harcamalarının, ülkelerin gayrı safi milli hasılasından daha büyük bir hızla artması ve bu farkın, her ülkedeki oranının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu çelişki İsveç'te büyük ilaç firmalarının ve eczanelerin direnişlerine rağmen devletleştirilmesine yol açmıştır. Bu şekilde, İsveç açığını bir miktar kapatmıştır. Aynı çelişki İtalya'da ilaç fiatlarının sıkı kontrolleri, zorunlu ilaç formülleri, hekim ve hastanelerin daha sıkı denetlenmesine yol açmıştır. İspanya'da sıkı kontrol sistemleri ortaya çıkmıştır. İngiltere'de ilaç sanayii dışındaki sanayicilerin sürekli baskıları, sağlık programındaki harcamaları kısıtlayan çeşitli tedbirlere ve koruyucu hekimlik ile ilgili çalışmalara önem verilmesine yol açmıştır. Benzer uygulamalar Belçika'da reçete sayısını kısıtlayan tedbirler, yeni piyasaya sürülen pahalı ilaçların yararlılığının kanıtlanması gereği gibi çeşitli engelleyici tedbirler, Fransa'da planlanmakta olan çeşitli masrafları azaltmayı amaçlayan koruyucu tedbirler, Almanya'da aşırı ilaç tüketimi yapan doktorların ve hastanelerin sigorta dışına çıkarılmasını emreden kararnameler hep aynı çelişkinin üstyapıdaki çeşitli yansımalarıdır.

Milli sağlık programı harcamaları ile gayrısafi milli hasıla yıllık yüzde artışlarının karşılaştırılması ile ilgili Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası'nın bir yayınından elde ettiğimiz oranlar konuya ışık tutacaktır: (Tablo 1)

Bu çelişki, uluslararası ilaç firmalarının bütün engellemelerine rağmen Dünya Sağlık Teşkilatı'nın (W.H.O.) yeniden organize edilip maddi olanakları bakımından güçlendirilmesine yol açmıştır. W.H.O. sağlık sorunlarını dahi bilimsel bir yöntemle araştırmaya başlamış, özellikle çeşitli sosyalist ülkelerde uygulanan sağlık plan ve programlarını araştırmaya büyük önem vermiştir. Daha ucuz olan, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tekrar bütün kapitalist ülkelerde gündeme getirilmiştir. W.H.O.'nun çeşitli yerlerdeki kongrelerinde en geniş sayıda sosyalist ülkelerin bilim adamlarına yer verilmiş, onların sağlık sorunlarına yaklaştıkları bilimsel yöntemler tartışılmıştır. Son yıllarda ABD'de özel sağlık sigortalarını eleştiren ve tedavi edici hekimlik yerine koruyucu hekimlik ve yan kurumla-

(Tablo 1)

1964 - 1967	Milli sağlık harcamaları % artışı	Gayrısafi milli hasıla % artışı
Belçika	% 20,4	% 7,7
İtalya	% 17,2	% 8,2
Danimarka	% 16,0	% 10,4
Fransa	% 11,8	% 7,3
Almanya	% 11,8	% 5,3
İngiltere	% 10,4	% 5,4
İsveç	% 9,2	% 9,2
İspanya	Bilinmiyor	

rını öneren bilimsel yayınların sayısı gittikçe artmaktadır. Bilim adamları ABD'de uygulanan sağlık programının yeniden gözden geçirilmesini önermektedirler. 1965'lerden sonra ortaya çıkan bu yeni eğilimler bu ülkelerin milli sağlık programları için yaptıkları masrafları ortalama % 0,20 oranında azaltmalarını sağlamıştır. Buna rağmen 1967 yılında bu ülkelerin milli sağlık programlarının maliyeti ve gayrısafi milli hasıla içindeki %'si şöyledir: (Tablo 2)

(Tablo 2)

	Milli sağlık programı maliyeti		Gayrısafi milli hasıla içindeki oranı
Belçika	20 milyar	Belçika frangı	% 3,2
İtalya	1273 milyar	İtalyan lireti	% 3,16
Danimarka	1 milyar	Danimarka kronu	% 1,17
Fransa	24,0 milyar	Fransız frangı	% 2,40
Almanya	19 milyar	Alman markı	% 4,00
İngiltere	1,5 milyar	İngiliz sterlini	% 4,65
İsveç	9,0 milyar	İsveç kronu	% 4,31

Görüldüğü gibi bu ülkeler gayrısafi milli hasılalarının ortalama % 3,5'unu milli sağlık programına ayırmaktadırlar.

ÜLKEMİZDEKİ SOSYAL GÜVENLİK KURULUŞLARININ TARİHÇESİ

Yurt dışındaki duruma kısaca bir göz attıktan sonra yurdumuzdaki sosyal güvenlik kuruluşlarının tarihçesine geçelim. Selçuklulardan itibaren günümüze kadar uygulanan sağlık hizmetlerinde halk kitleleri yararına bir yığın iniş ve çıkışlar göze çarpmaktadır. Sosyal ve ekonomik yapıdaki hareketliliğe bağlı olarak kurulan kurumlar ve bunların sağlık sorunlarına bakış açıları bazı dönemlerde alabildiğine bilimsel ve gerçekçi, bazı dönemlerde ise adeta geçmiş uygulamaları unutup bir takım çıkar çevrelerinin görüşleri doğrultusunda geniş kitlelerin çıkarlarına ters düşen, onların sağlık sorunlarını çözmek şöyle dursun olumsuz yönde etkileyen görüşler haline dönüşmüştür. Selçuklular devrinde Anadolu'nun birçok yerinde büyük hastaneler kurulmuştu. Çeşitli vakıflar, hastane, nekahathane (rehabilitasyon

kurumları), cüzzamlı yurtları, körler yurtları gibi çeşitli sağlık tesislerinde hem hastalar tedavi edilir hem de usta-çırak ilişkisiyle hekimler yetiştirilirdi. Selçuklular devrinde dünya çapında tıp bilginlerinin Anadolu'da yetişmesi bir rastlantı değildir. Melikşah ordusunda uzun askeri savaşlar sırasında çeşitli salgın hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek için 40 deve ile taşınabilen bir seyyar hastanenin varlığı tarihçiler tarafından saptanmıştır. Ebu Sait Gökbörü (1159-1232), Musul'da dul kadınlar, yetim çocuklar, hasta ve körlere bakan bir merkez inşa ettirmiştir.

Selçuklulardan sonra kurulan Anadolu beyliklerinin bu konudaki çalışmaları Selçuklular kadar başarılı olmamakla birlikte sağlık tesislerine olanakları ölçüsünde önem vermişlerdir.

Osmanlı'lar da diğer çağdaş devletlerden çok daha önceleri sağlık kurumları inşa etmişlerdir. Avrupa uluslarından çok önceleri (1421) Edirne'de bir cüzzam yurdunu inşa etmişlerdir. Hastanelerden başka içme suları, besin maddelerinin kontrolu, kanalizasyon sistemleri, ölü gömülmesi gibi sağlık konularıyla yakından ilgilenmişlerdir. Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi tarafından örgütlenen bulaşıcı hastalıklarla ilgili karantina idaresi Anadolu'nun her köşesinde örgütlenmiştir. Çi çek aşısı o yıllarda dünyada ilk kez Anadolu'da tatbik edilmştir. 19. yüzyılda Osmanlılar geleneksel tıp ve sağlık idaresi anlayışlarında büyük değişiklikler yapmış, batıda uygulanan standartlara uygun tıp okulları açmışlardır. Bu arada batı ülkelerinin gelişen kapitalizme paralel olarak daha güçlü bilim adamları ve daha iyi örgütlü sağlık hizmetlerine yönelmesine karşılık Osmanlılarda sağlık kuruluşları diğer sosyal güvenlik kuruluşları gibi gerilemiş hatta sağlık işleri Dahiliye Nezareti'ne (iç işleri bakanlığı) bağlı ikinci derecede bir devlet örgütü olarak idare edilmeye başlanmıştır.

Kurtuluş savaşı sonu T.B.M.M., sağlık meselelerini 1920'lerde tekrar ele almış, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuştur. Koruyucu hekimlik ile ilgilenen çeşitli kuruluşların temeli o sıralarda atılmıştır. (Hıfzıssıhha, Telkihhane: Aşıhane, Darülkelp: Kuduz Tedavi Kurumu, Bakteriolojihane gibi). İçki yasağı kanunu konmuştur. O yıllarda bakanlığa başlayan ve bu çalışmasını sürdüren Refik Saydam, sağlık politikasında koruyucu hekimlik uygulamalarına öncelik tanıyordu. İnsan gücü olarak hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurunun sayısının artmasına önem vermişti. Sağlık müdürlüğü, hükümet tabipliği örgütünü temel ünite olarak ele almıştı. Zamanla hükümet tabipleri gelişen çarpık kapitalist ilişkilerden etkilenmiş, gittikçe temel görevi olan koruyucu hekimlik ile ilgili çalışmaları terkedip özel muayenehane açan ve eczanelerde ilaç satan paraya düşkün kişiler haline dönüşmüştür. Sağlık müdürlükleri ise; kişilere inisiyatif verilmediğinden alt örgütlerle bakanlık arasında haberleşmeyi sağlayan kurumlar haline dönüşmüştür. İkinci dünya harbi sırasında ortaya çıkan ekonomik ve sosyal güçlükler sağlık sorununun tekrar ele alınmasına neden olmuştur. Zamanın bakanı Dr. Behçet Üz tarafından Anadolu'da her 20.000 nüfus için yataklı sağlık merkezleri kurulması, bunların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bulundukları bölgeye götürmesi planlanmıştır. Daha önceleri bir türlü başarılamayan tedavi hizmetlerinin kırsal kesime götürülmesi de bu uygulamayla amaçlanmıştır. Önerilen planın, aynı yıllarda Avrupa ülkelerinin sağlık sigortası kanununu tartıştıkları bir aşamada bulundukları düşünülürse onların çok ilerisinde olduğu açıkça görülür. Buna rağmen yapılan sağlık ocakları pratikte çalışmamış ve hastaların parasız otel ve lokantaları haline dönüşmüştür. 1945'lerden sonra gelişen işçi sınıfının taleplerine cevap vermek amacıyla kurulan İşçi Sigortaları Kanunu ile işçilerin sağlık sigortasına kavuşması sağlanmıştır. Kanun sigorta olarak olumlu bir işlem görürken, sağlık teşkilatı ve hastaneler kurmaya başlamasıyla bakanlıkça yürütülen sağlık personelinin kamu kesiminde merkezi bir otoriteden planlara göre tayini ilkesi bozulmuş, sağlık personelinin

dağılımı daha dengesiz bir şekilde büyük merkezlere kaymış, çevrede yürütülen koruyucu hizmetler biraz daha gerilemiş, sigorta hastaneleri bol bol ilaç tüketerek yabancı sermayeli ilaç firmalarına büyük çıkarlar sağlayan kuruluşlara dönüşmüştür. SSK'nın üyelerinden topladığı primlerin yarısı hastalara harcanırken diğer yarısı bankalarda sermaye çevreleri için kredi kaynağı haline gelmiştir. Hekimlerin az ve denetimsiz oluşu, hasta sayısının kabarık oluşu yüzünden SSK hastanelerinde tedavi edici anlamda bile başarı düşmüş, hastalar hor görülmeğe başlanmıştır.

1953'te Demokrat Parti'nin çeşitli özel idare hastanelerini devletleştirmesi ve hastaların tedavisini devletin görevi olarak kabul eden bir kanun çıkarması ilerici bir karar olarak kabul edilebilir. Buna rağmen, geliştirilen hastane sayısı, sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, hekim, tıbbi sekreter) sayısının yetersizliği yüzünden iş görememiştir. Bu elemanlar serbest çalışmayı daha kârlı bulmuşlardır.

1960 devriminin getirdiği atılım hızıyla sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu ile yeni bir sağlık plan ve programı hazırlanıp kabul edilmiştir. 1961 Anayasası da halkın sağlığının korunması, sürdürülmesi görevini devlete vermiştir.

Bu kanunlar ile yurdumuz yeni ve olumlu bir atılım daha yapılmıştır. Tüm halk kesimlerine sağlık hizmetlerinin eşit olarak götürülebilmesi, koruyucu ve tedavi edici hizmetlere birbirini tamamlayan ögeler olarak bakılması, hekimliğin pazarda satılan meta olmaktan çıkarılması, hizmetlerin merkezileşmesi, ilaç talebi artış hızını azaltması gibi çağdaş ilkeler getirilmiştir. Uygulama ilk başta çok olumlu sonuçlar elde etmesine rağmen, uygulamanın engellenmesini isteyen çeşitli çıkar çevreleri ve hastalıklı sosyo-ekonomik yapı bu uygulamayı da çıkmaza götürmüştür. Giderek sağlık ocaklarında sağlık personeli sayısı düşmüş, ocaklar ve bölge hastaneleri bakımsızlıktan kapılarını açamaz hale gelmiştir. Pratikte iflas etmesine rağmen uygulamanın olumlu yönleri halen varlığını sürdürmekte, bölge halkı uygulamayı eleştirileriyle birlikte desteklemektedirler. Bu uygulamanın genişlemesinden ve giderek daha düzgün bir raya oturmasından kuşkulanan çıkar çevreleri (İlaç firmaları, mesleklerini ticaret için kullanan bazı hekimler, yönetimdeki bazı bürokratlar ve bizzat siyasi iktidar kanadı) bu uygulamayı rafa kaldırmak ve aralarındaki çıkar birliğini yeniden pekiştirmek için genel sağlık sigortası kanun tasarısını, bu gelişmeyi durdurabilmek için ortaya atmışlardır.

Böylece hem sosyalizasyon belasından kendilerini kurtarmış olacaklar, hem de koruyucu hekimlik hizmetlerini geriye iten, ilaç tüketimini artıran yeni bir kanunla eski tatlı kârlarının daha fazlasına kavuşabileceklerdir.

TÜRKİYE'DE NEDEN GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GİDİLMEKTEDİR ?

Yerli ilaç sanayiinde hızla artan tekelleşme ve iç pazar imkanlarının genişletilmesi için genel sağlık sigortası kanunu gibi bir kanun gerekmektedir.

Ülkemizde her geçen gün artmakta olan ilaç tüketimi bu kanunla daha da artacaktır. 1970 yılında ilaç tüketimi 1 milyar 35 milyon lira civarında iken 1973 yılında bu rakam 2 milyar 829 milyon liraya çıkmıştır. Bu artışın nedeni tüketilen ilaç miktarının artması ile ilaç talep artışına bağlı fiyatlardaki artışlardır. Genel Sağlık Sigortası Kanunu bu hızlı artışa daha büyük bir ivme kazandıracak, bir nevi ambalaj merkezi durumunda olan yerli ve yabancı ilaç fabrikaları ulusal kaynaklarımızın büyük bir kısmını ellerine geçirebileceklerdir. Bu arada ilaç sanayiinde tekelleşme büyük firmalar lehine daha hızlanabilecektir. Kanunu destekleyen bir diğer kesim, serbest çalışan eczanelerdir. Son yıllarda kârlarını yetersiz bulan bu kesim zaten huzursuz bir haldedir. Oluşması beklenen tüketim artışı dolayısıyla eczanelerin kâr paylarının artması beklenmektedir. Doktorların bir kısmının bu kanunu

hararetle desteklediği gözden kaçmamaktadır. Bu kesim büyük kentleri örgütlü bir şekilde eline almış olan ve tıp mesleğini adeta kâr getiren bir sanayii haline dönüştüren, ne kadar çok hasta ve hastalık olursa o kadar çok kâr edecek olan kesimdir.

Bu kanunun önerilmesinin çok önemli başka bir nedeni de koruyucu hekimlik ile ilgili çalışmaların geri plana itilmesi, giderek unutturulması çabasıdır. Böylece tedavi kurumları giderek, hastalıklardan büyük sermaye üreten birimler haline dönüşebilecektir. Kanunda kişiye ve çevreye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetleri ile ilgili tek bir kelime yoktur. Özel hastane sahibi, büyük kârlara yönelik doktorlardan birisinin "sosyalizasyon Ankara kapılarına gelip dayandı. Bu büyük tehlikenin önlenmesi için bir an evvel harekete geçilmeli" dediğini göz önünde tutmalıyız. İşte, onları bu çok büyük tehlikeden kurtaracak kanun!

Bu çıkar çevreleri ayrıca ülke yüzeyinde dağınık halde bulunan, çok elde az para biriktiren sağlık kurumlarını belirli büyük kentlerde toplayarak daha az ellerde daha çok para toplamak için bu kanunu var güçleriyle destekleyip savunmaktadırlar. Çünkü kanunun 9. maddesi, hastaya istediği hastane ve hekime gitme hakkını tanımaktadır. Böylece ilaç alanındaki kadar güçlü, tedavi edici sağlık kurumlarının tekelleri ortaya çıkacaktır. Ün yapmış doktorlar bu kanunla ihya olacak, bu duruma gelmemiş hekimler ise ekonomik zorluklarla karşılaşacaklardır.

KANUN ÇIKTIKTAN SONRA ÜLKEMİZİN MANZARASI NASIL OLACAK ?

Kanunun uygulamaya konmasından sonra ülkemizde ortaya çıkacak genel manzaraya şöyle bir göz atalım:

Kanunda, sağlık hizmetlerinde yaygın ve mahallinde hizmet üretimiyle ilgili en ufak bir kelime yoktur. Bu; sigortaya primleriyle ödemede bulunan kesimler arasında, sigortasız işçiler, memurlar ve kırsal kesimde çalışan emekçiler aleyhine büyük bir eşitsizlik yaratacaktır. Kanun kapsamına giren yüksek gelir gruplarındaki büyük kent ve kasaba burjuvazisi, aradaki farkı ceplerinden ödeme olanaklarını kullanarak büyük şehirlerdeki geniş olanaklı lüks hastanelerde tedavilerini kolayca yaptırabilirken, kanunun sigortalıya tanıdığı tarife civarında ücret alan hastane ve hekimlerin önünde büyük kitleler yığılacaktır. Kırsal kesimdekiler ise bu cinsten hastanelerden yoksun kaldıkları için, büyük şehirlerdeki hastanelere kendilerini naklettirebilmek için kuruma baskı yapmak zorunda kalacaklar, bu da kırsal kesim aleyhine yeni bir dengesizliği oluşturacaktır.

Kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin, oluşacak sigorta kurumunun ışığında ikinci plana itilmiş halde olması hasta ve hastalık sayısını daha da artıracaktır. Zaten geri plana itilmiş olan koruyucu hekimlik ile ilgili kurumlar biraz daha çıkmaza itilecek, bu arada gittikçe genişlemekte olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi (sosyalizasyon) sisteminin varlık nedeni ortadan kalkmış olacaktır.

Zaten kırsal kesimde çok düşük olan hekim sayısı daha da azalacak, şehire doğru yönelen ve yöneltilen hastalarla birlikte hekimler de büyük şehirlerde toplanacaktır. Bu arada para getiren uzmanlık dallarına rağbet daha çok artacak, ihtiyaç duyulmakta olan pratisyen hekim sayısı daha da azalacaktır.

Şehirlerde tedavi hizmetleri vermekte olan, önemli ve pahalı cihazlara sahip özel klinik sahipleri gittikçe patronlaşacak zamanla hastanelerini genişletip büyük tedavi kurumlarına dönüştüreceklerdir. Hatta bunların çeşitli alanlarda birkaçının bir araya gelerek örgütlendikleri ortak tedavi kurumları oluşacaktır.

Araştırma yapan, okuyan, hastasına bilimsel yöntemlerle yaklaşmağa çabalayan dürüst hekimler bu gelişme içinde kendilerini bu patronların yanında ücretli emekçiler durumunda bulacaklar, giderek tarihe karışacaklardır.

Kanun, sağlık hizmetlerinde ağırlık noktası olarak hekimi aldığı için sağlık memuru, ebe, hemşire, sağlık teknisyenleri gibi yardımcı sağlık memurlarının alanları daha daralacak, bu kesimler maddi güçlüklerle karşılaşacaklar, hekimler de hasta karşısında kendilerini yalnız ve yardımcısız bulacaklardır.

İlaç tüketimi artacak, ilaç firmaları talep artışına karşılık zaten yüksek olan fiatları daha da artıracaklardır. Bu arada hekimler ile ilaç firmaları arasındaki birbirini destekleme eğilimi güçlenecek, giderek hekim-firma ortaklıkları ortaya çıkacaktır. Bu arada ilaç sanayiinde tekelleşme ve yabancı sermayenin etkinliği daha çok artacaktır. Tüketilen ilaçların % 80'inin ham maddesinin yurt dışından getirilmesi nedeniyle ilaç tüketimindeki artış aynı zamanda uluslararası ilaç tekellerinin gelişimini daha da artıracaktır. Bir diğer sakınca da herkesin gelirinin % 4'ü olarak toplanan primlerin değerlendirilmesinde ortaya çıkabilecektir. Benzeri uygulamayı örgütlü işçi kesimlerine götürmekte olan SSK primlerinin % 47,5'u üyelerine harcanmaktadır. Geriye kalan % 52,5 oranındaki miktar ise bankalarda toplanmakta, bu da egemen çevreler tarafından kredi kaynağı olarak kullanılmaktadır. Genel sağlık sigortası ile toplanacak olan primlerin de aynı şekilde bu çevrelerin cebine girmesi kaçınılmazdır. Görüldüğü gibi kanun, geniş emekçi kitlelerinin sağlığı ile alay etmekle kalmayıp bu arada onların cebinden bir miktar parayı belli etmeden egemen güçlere aktarmaktadır.

Bir diğer çelişki de kanunda önerilen hizmetlerin maliyetinin (muayene olma, ilaçların ücretinin % 75'i, doğum ücreti, ölüm masrafları, yol ve masraflar için verilen paralar) bir bilim adamımızın hesaplarına göre 20 milyar lirayı bulması, buna karşılık toplanabilecek primlerin 7 milyar lira civarında olmasıdır. Bu kadar para, ya primlerin, gelirin % 10'u oranına çıkarılması ile karşılanacaktır veyahut kurum, yapacağı harcamaları kanunda söz verdiği tedavi edici anlamda bile gerçekleştiremiyecektir (Doç. Dr. Nevzat Eren - Genel Sağlık Sigortası Sorunu).

Sonuç olarak önerilen kanun ve onun getireceği sistem başka birbirleriyle bütünleşmiş olan ve yabancı sermayeli ilaç sanayicilerine, şehirlerde köşe başlarını tutmuş, tedavi edici kurumlarda örgütlenmiş hekimlere, serbest çalışan eczanelere yarayacaktır. Buna karşılık tasarı çok geniş kitlelere yeni ödeme zorunlulukları getirecek ve onların sağlık sorunlarını daha da içinden çıkılması güç hale sokacak, yeni sosyal adaletsizlikler yaratacaktır. Bu arada ulusal kaynaklarımız dışarıya daha çok aktarılacak, ülkemiz emperyalizmin boyunduruğu altına biraz daha girecektir. Yurtsever hekimler olarak yurdumuzun ve geniş emekçi kitlelerin aleyhine olan, onları göz göre göre aldatmayı amaçlayan böyle bir tasarıya kesinlikle karşı çıkıyoruz. Sağlık sorunlarına bilimsel yaklaşma yapmayan böyle bir tasarıya karşı çıkmak devrimci bir görevdir.

ÖNERİLER

Ülkemizin sağlık sorunlarının çözümlenmesi için Ankara Tabip Odası şu temel ilkeleri savunmaktadır:

a) Tüm sağlık hizmetleri, koruyucu ve tedavi edici hekimlik çalışmalarıyla, ilaç sanayii ile, eczaneleriyle devletleştirilmelidir.

b) Toplum sağlık düzeyini yükseltebilecek en önemli çalışma koruyucu hekimlik çalışmalarıdır. Tedavi edici hekimlik çalışmaları bu çalışmaların arkasından gelir. Amaç, toplumun fertlerini hastalandıktan sonra ele almak değil, fertlerin sağlığını devam ettirmektir. Bu nedenle insan sağlığına zarar veren, başta sosyal

çevre faktörleri olmak üzere fiziksel ve biyolojik çevre faktörlerinin sağlığa zararlı etkilerini asgariye indirmek önde gelen çalışmalar olmalıdır. Unutulmamalıdır ki bu tür çalışmalar toplumun sağlık seviyesini yükselttiği gibi aynı zamanda sağlık harcamalarını da asgariye indirir.

c) Sağlık çalışmalarının temel hedefi kişiye yönelik değil topluma yönelik, bireysel değil ekip hizmeti olmalıdır. Ekip hizmetinden sağlık çalışmalarının yalnız hekimin işi olmadığı anlaşılmalıdır. Hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyen, psikiyatrisler vb. gibi kadroların karşılıklı ve uyumlu yardımlaşmalarıdır. Bu ekip çalışmalarını ülkenin en uç birimlerine, işyerlerine, köylere, hatta evlere dek götürmelidir. Ekip çalışmaları merkezi bir denetim altında olmalı, ekipte görev alan her kişinin ürettiği ürün ve verdiği emeğin karşılığını almasına önem verilmelidir.

d) Ölçünün olmadığı yerde bilim de olmaz. Ölçüler ve istatistiklerle merkezi olarak düzenlenen bir sağlık planı hazırlanmalıdır.

SONUÇ

Genel Sağlık sigortası tasarısı ülkemizde hakim üretim ilişkilerinin yansıttığı düşüncenin bileşimidir. Ülkemizde hakim üretim ilişkileri kapitalist üretim ilişkileridir. Bu üretim ilişkileri dışa bağımlılığı yanında, gelişmemiş, geliştirilmemiş üretim ilişkileridir. Böyle üretim ilişkilerinde ana hedef "tüketime yönelik üretim", "kâra yönelik üretim"dir. Genel Sağlık Sigortası Tasarısının amacı da bu hedefleri gerçekleştirmektir. Tasarıda önerilen sağlık hizmetlerinde liberalleşme, koruyucu hekimlik çalışmalarından bahsedilmemesi, ilaç şirketlerine muayenehane hekimlerine, özel hastanelere ve yatak ticareti yapan hekimlere çıkar sağlayan yolların açılması bunu ispatlamaktadır.

Bizler, insan sağlığı üzerinde ticari hesaplar yapan sağlık çalışmalarında kişisel kâr amaçlarına ulaşmak için, çaba gösteren zihniyetin karşısındayız.

Genel olarak ülkemizin sağlık sorunlarının diğer tüm sorunları ile bütünleşerek sosyo-ekonomik bir sorun olduğunu savunuyoruz ve çözümü de bu noktadan görüyoruz.

Son tahlilde, sosyo-ekonomik yapıda geniş halk kitleleri yararına değişme olmadıkça halkımızın sağlık sorunları da çözümlenemez.

KAYNAKLAR

1) Sağlık hizmetlerinde 50. yıl SSYB yay. No: 422
2) Sağlık yönünden insan ve çevresi Dr. Nusret H. Fişek Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yay.
3) İlaç Dosyası. Tüm İktisatçılar Birliği yay. No: 11
4) Principles of Healt Planning in U.S.S.R. W.H.O. No: 43
5) Sekiz Avrupa ülkesinin Milli Sağlık Programları üzerine inceleme. Türkiye İlaç İşverenleri Sendikası yay. No: 5
6) Genel Sağlık Sigortası Sorunu Doç. Dr. Nevzat Eren H. Ü. Toplum Hek. Kürs.
7) Healt Insurance. Sınai Anderson and Dollar- New York the Commenwealth Fund.
8) Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı 1/228 Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Tetkik Dai. Bşk. No: 71/1457/2526 No: 38 14.5.1975
9) SSK 1974 İstatistik Yıllığı Yay. No: 242

araştırma/derleme

İş ve işçi sağlığı

Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu

GİRİŞ

İşçi sağlığı konusuna girerken, her şeyden önce genel sağlık sorunu üzerinde durmamız gerekiyor.

Sağlık sorunu ilk insandan bu yana var olan, insanlık tarihi kadar eski bir so rundur. Hemen ilk insanla ortaya çıkan bu soruna tarihin değişik evrelerinde toplumsal değişme ve gelişmelerin, bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin paralelinde farklı çözüm önerileri getirilmiş ve uygulanmıştır.

Getirilen çözümlerin tümü de toplumsal gerçeklere dayandırılmaktadır. O kadar ki hukuk, din ahlak, eğitim, aile ve nihayet devletin kendisi, tüm bu topıum sal kurumlar, sağlık sorununun çözümlenmesinde kendilerini doğrudan ya da dolay lı olarak görevli sayıp, toplum için yararlı buldukları çözümleri yasalaştırmışlardır. Örneğin : Hastalıkların iyileştirilmesinde "tıp bilimi" dışındaki kaynaklara (büyücü, sihirbaz, üfürükçü, hoca) başvurma eğilimi, hasta kölelerin ölüme terkedilmesi, fuhuşun ahlâk yönünden mahkum edilmesi, sonradan devlet tarafından kontrol altına alınan (yasaklama değil) fuhuşun, kontrol dışı yapılanlarına yasak yaptırımların uygulanması, temizlik konusunda ailede, eğitimde, ahlâkta belirgin kuralların konulmuş olması, salgın hastalıklara karşı devletin, ailenin koyduğu yasalaştırılmış tedbirler v.b.

Bu örnekler daha da çoğaltılabilir. Ancak şu noktaya tekrar dikkat edilmelidir ki, sağlık sorununa getirilen çözümlerin, değişik toplum biçimlerinde üst yapıyı oluşturan kurumlarla ve bu kurumları belirleyen ekonomik yapılarla kesin ilişkisi vardır. Yazının daha ileriki bölümlerinde bu ilişkiler ayrıntıları ile incelenecektir.

Ancak buraya kadar çok genel çizgileri ile ortaya koyduğumuz, tıp biliminin sosyal bilimlerle olan ilişkisi bugün keşfedilen bir olgu değildir. Daha 1847' lerde Alman bilgini S. Neuman "Tıp aslında sosyal bir bilimdir, bu sanatı icra ederken, tıbbın sosyal bir bilim olduğunu göz önüne almazsak gayretlerimizden bekleneni elde edemeyiz. " diyor. Daha sonraları A. Grotjahn bu konuya daha da açıklık getirmiş ve görüşlerini şöyle özetlemiştir.

1– Bir toplumda en çok görülen hastalık en önemli hastalıktır. Nadir görülen hastalıkların ya da komplikasyonların toplum yönünden önemi yoktur.

2– Hastalıkların oluşumunda ve yayılmasında biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal koşullar da rol oynar. Biyolojik faktörler aslında sosyal koşulların sonucu olabilir, dolayısıyla sosyal koşulları düzelterek, hastalıklar üzerinde etki yapmak mümkündür.

3– Bir kimsenin hasta oluşu sadece o ferdi ilgilendirmez. Hastalıkların ve hastaların, aileden başlayarak toplum üzerinde olumsuz etkileri vardır.

Bu noktadan sonra karşımıza, sosyal tıp ve halk sağlığı politikası kavramları çıkıyor.

1– Sosyal tıbbın görüş olarak, kapitalist ekonomik ilişkilerin hakim olduğu toplumlarda ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Bu bizi yanıltmamalıdır. Zira her toplum biçimi içinde, her planda (ekonomik, sosyal, kültürel v.b.) o toplumu belirleyen üretim ilişkilerine karşıt hareketlerin, görüşlerin, grupların ortaya çıkışı toplumun iç dinamiği tarafından belirlenen bir olgudur. Böyle bir olgu hakim üretim ilişkileri ile çeliştiği halde gene de onunla birlikte var olabilir. (Kapitalizm–İşçi sınıfı çelişkisi)

Nitekim sosyal tıp görüş olarak batının kapitalist ülkelerinden kaynaklandığı halde bu üretim ilişkileri içinde uygulanabilme olanağı yoktur. Sosyo ekonomik düzen ile bağdaşması söz konusu değildir.

İş ve işçi sağlığı konularını incelerken, hiç olmazsa genel çizgileri ile değinmemiz gereken sosyal tıp ve halk sağlığı politikası aslında, derinlemesine araştırılma sı ve tartışılması gereken başlı başına araştırma konularıdır.

Sosyal tıp herşeyden önce, tıp bilimindeki evrimin sonucudur. Tanımlamak gerekirse, toplumdaki tüm fertleri sosyal ve ekonomik çevreleri ile birlikte ele alır, ana rahmine düştükleri andan itibaren başlayarak tüm ömürleri boyunca sağlık yeteneklerini arttırıp en üst düzeyde sürdürmelerini sağlamaya çalışıp, fertlerin sadece hasta olduklarında değil, sağlıklı olduklarında da sorumluluk yüklenir. Çevreden fertlerin sağlıklarına gelebilecek zararlı etkilerin önlenmesi, her hangi bir hastalık ya da sakatlık durumunda ya da bunların sonuçlarına göre kişilerin en yüksek verimlilik düzeyi ile sosyal ekonomiye kazandırma çabası da sosyal tıbbın görevleri arasındadır.

Halk sağlığı politikası ise sosyal tıpta uygulama aracıdır. Sosyal tıp için nasıl tıp biliminin evriminin sonucudur diyorsak, halk sağlığı politikası içinde tıp biliminin uygulama yöntemindeki evrimin sonucudur diyebiliriz.

Halk sağlığı politikasının en belirleyici çizgisi tedavi hekimliği yerine, koruyucu hekimliği ön plâna almış olmasıdır. Tedavi edici hekimlik ile koruyucu hekimlik arasındaki temel fark ise, her ikisinin de farklı ekonomik görüşlerden ve yapılardan, daha açık deyişle kapitalist toplum ile sosyalist toplumdan kaynaklanmış olmasından ileri gelmektedir. Bu konunun da ayrıntılı incelenmesini daha sonraki bölümlere bırakıyoruz. Ancak şu kadarını belirtelim ki, kapitalist toplumdaki tıp uygulaması, yani tedavi edici hekimlik, diğer uygulamalar gibi kâra yönelmiştir. İlaç tüketimi, tıp ticareti yapan muayenehaneler, hastanın birkaç hekim tarafından ortaklaşa soyulması ve v.b. kâra yönelik bu uygulamanın bir kaç somut örneğidir.

Halk sağlığı politikasının önerdiği koruyucu hekimlik hizmetleri ise, herşeyden önce plânlı ve tüm kaynakları belirli bir konu üzerinde odaklaştırabilen, bir ekip çalışmasıdır. Ekip kişilerle değil kitle ile karşı karşıyadır. Bu durumda tıp ticareti yapılamayacağı gibi, hekimlerin artı değerden aldıkları "hizmet payı"da ortadan kalkmaktadır. Bu durum bazı hekimler için pek çekici olmayabilir. Ama ne var ki işin doğrusu da budur. Giriş bölümünde bu konunun da ayrıntılarına girmek gereksiz olacaktır. Bu konunun da ayrıntıları ile incelenmesini ileri ki bölümlere bırakarak şöyle bir özet yapalım :

1– Sağlık sorunu, tek başına, soyut olarak ele alınması olanaksız olan toplumsal bir sorundur. İçinde yaşanılan toplumun ekonomik koşulları ile bağlantılıdır.

2–Toplumun üretim ilişkileri açısından içinde bulunduğu aşamada, topluma egemen güçlerin ekonomik politikalarını yansıtan bir de sağlık politikaları vardır. (Ya da olmalıdır.) Bu politikada herhangi bir biçimde ekonomik politikalarını yansıtır. Sonuç olarak ta sınıfsal çıkarlarına hizmet eder.

3– Sağlık sorununun çözümlenmesi, her toplum biçimi için genel planda tüm toplumsal çelişkilerin, sorunların çözümlenmesi süreci içinde ele alınabilir.

İş ve işçi sağlığı konusu, bu incelemede yukarıda değinilen sistematik içinde bütünleştirilerek ele alınacaktır. Ayrıca bu girişe son söz olarak şunu da eklemek gerekir : Bir konunun verilerini toplayıp sorunu ortaya koymak yeterli değildir. Bu sadece bir gerçeğin tespitidir. Asıl önemli olan bu gerçeği kendi koşulları içinde yorumlayarak sorunun çözümüne ait doğru önerileri de getirebilmek ve uygulayabilmektir.

Ankara Tabib Odası bu görüşlerin ışığında, genel olarak halk sağlığı ve özel olarak ta, işçi sağlığı konusunda doğru bulduğu çözümleri gerçekleştirmek üzere, her türlü çabayı da gösterecektir.

ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞININ TARİHİ GELİŞİM İÇİNDE ELE ALINIŞI

İnsan sağlığı, özel olarak ta çalışanların sağlığı, tek başına toplumun gelişiminden soyutlanarak ele alınamaz. Toplumun milyonlarca yıl içinde geçirdiği evrim ve onun verdiği mücadeleler sosyolojik konumu içinde kendi sağlığının sorunlarını da beraberinde getirir. Başka bir deyişle toplumdaki üst yapı kurumları (din, ahlak, hukuk, eğitim, sağlık vs.) o toplumdaki hakim üretim ilişkilerinin yansımasıdır. Ondan ayrılmaz bir bütündür.

Amacımız insan toplumlarında, insan sağlığı hakkındaki ansiklopedik bilgilerden ziyade, sosyal gelişim içinde insanın yerini belirlemek ve araştırmak, sağlığına ölçüt olan üretim ilişkilerine ışık tutmaktır.

İLKEL KOMÜNAL DÖNEM

İnsanları hayvanlardan ayıran en önemli özellikleri, doğanın sunduğu ile yetinmeyip onları şekillendirmeleri ve sürekli olarak doğaya hakim olmaya çalışmalarıdır. Bu işlevi yürüten unsur ise tek başına insan olamaz. Üretim araçları ve insanın bizzat kendisi toplumun üretici güçlerini oluşturur. Üretimin ilerlemesi toplumsal yaşamın bir yasasıdır. Bu ilerleme nesnel bir etken olup, insanların kendi istek ve iradelerine bağlı değildir. Kökeninde yatan şey ihtiyaçların ve nüfusun artışıdır. Artan nüfus içinde ise sağlıklı ve çalışabilir kişiler en önemli yeri tutar. İnsanlar kendi üretici güçlerini seçmede özgür değildirler. Her kuşağa kendinden önceki kuşaktan belirli bir üretici güçler düzeyi miras kalır. Bu kuşak üretici güçlerin evrimi ile bu son üretim tarzını da eskitip yok edinceye kadar kendisine miras kalan ve belirli üretici güçler düzeyine uygun düşen bir üretim tarzının yasalarına boyun eğer.

İlk insanların iş aletlerini, bundan 700.000 yıl önce oluşturmaya başladıklarını söylersek, doğa karşısındaki geçmişi pek uzun sayılmaz. İnsanlar, oluştuğu günden başlayarak, kendi yaşamını ve sağlığını daha iyi koşullara yükseltmeye çalışmışlardır. Aletlerin yapımı, gıda bulmakta kolaylığı, ateşin kullanılması ise gıdalarından besleyici ve sağlığa yararlı hale gelmesini sağlıyordu. İlkel insanlar hakkın-

daki bilgilerimizin çoğu antropolokların çalışmalarına dayanır. Onların sağlık durumları, hastalıkları ve tedavi yöntemleri hakkındaki bilgilerimiz çok sınırlıdır. İlkel insanlar, ortak yaşamları gereği birlikte avlanırlar ve birlikte tüketirlerdi. Bu da çalışmanın toplumsal niteliği, üretim araçlarının ortak mülkiyeti ve maddi servetlerin bölüşülmesinde eşitliği gerektiriyordu. Bu düzene karşı herhangi bir davranış, toplumun birçok üyelerinin ölümü demek olacaktı. Çünkü elde edilen ürünler ancak hayati ihtiyaçları karşılamağa yetiyordu. İlkel komünal toplumda bu durum üyeler arasında, koşullar ve servet bakımından herhangi bir eşitsizlik olmayışını ve toplumun sosyal gruplara bölünmemiş olmasını sağlıyordu. Bu dönemde özel mülkiyet olanaksızdı ve insanların sağlığı herkesi eşit derecede ilgilendiriyor ve etkiliyordu. Örneğin bir salgın hastalıktan sonra yapılabilecek herşey toplumun tüm fertleri arasında fark gözetmeksizin yapılıyordu. Karantina tedbirleri ilkel insanlara kadar uzanan bir geçmişe sahiptir.

İnsanların ok ve yayı buluşu, tarımın ve hayvancılığın gelişimi onları doğa karşısında eskisinden daha güçlü kılıyordu. Fakat bu doğa olaylarını açıklamaya yetmiyordu. Yerleşik aile düzenine geçiş toplumun gelişiminde önemli bir aşamadır. Artık küçük kentleşmeler oluşmaya başlamıştır. Bununla beraber topluluk doğa olayları karşısında, ölümü kendi kendilerine açıklayamadıklarından boş inanç ve hurafelerden gelme bir dehşet duyuyorlardı. Büyüler, kan alma gibi tıbbi sihirbazlıklar, haşlanmış bitki sularının kullanılması bilinen tedavi yöntemleridir. İlkel insanlar arasında et her zaman ve bol bulunan gıdalardan değildi. Beslenme daha çok apra, yulaf ve yabani otların oluşturduğu, lapadan sağlanıyordu. Bu tek yönlü beslenmeye bağlı olarak aneminin yaygınlığı, sağlık şartlarına uyamamak, hayvanlarla birlikte yaşam onlarda paraziter hastalıkların varlığını ortaya çıkarmıştır.

KÖLECİ TOPLUMDA HALK SAĞLIĞI

Emeğin üretkenliğinin artması, insan üzerindeki mülkiyeti; maddi servetlerin doğrudan doğruya üreticisi üzerindeki mülkiyetini ortaya çıkarmıştır. Her bireyin ancak açlıktan ölmemek için en zorunlu olarak üretebildiği zamanlarda, insanın insan tarafından sömürülmesi olanaksızdı. Bu yüzden savaş tutsakları hemen her zaman öldürülmekteydiler. Yalnız topluluk insan sayısını artırmakta yarar buluyorsa o zaman tutsakları topluluğa kabul ediyor ve onlara ötekilerle eşit haklar veriyordu. Ama emeğin üretkenliğindeki gelişme bu duruma son verdi. Çünkü tutsak şimdi kendi tükettiğinden daha fazla değer üretiyordu. Böylece ilkel komünal toplumun temel ilkelerinden biri yani topluluğun bütün üyelerinin ortaklaşa ve kardeşçe çalışmaları ilkesi geçersiz hale geliyordu. Özgür üreticilerin yanında, çalışması kendi öz ihtiyaçlarını karşılamayı değil, başkasının yararına bir artı-ürün yaratmayı hedef tutan köle emeğinin ortaya çıktığı görülüyor, kölelerin kendisi ve emeği birer zenginlik kaynağı haline geliyordu. Giderek köleci toplumda iş ve çalışma özgür kişiler arasında lanetlenmiş, çalışma esirlere ve kölelere ait bir eylem olarak kabul edilmişti. Mekanik konusunda yeni gelişmeleri yapmaya dahi bilginler sadece bu lanetlemeden dolayı girişemiyor, bu hal zamanla bilimin gelişimini engeller bir hal alıyordu.

Köleci dönemden günümüze kadar ayakta kalan bütün büyüklü küçüklü eserler kölelerin omuzları üzerinde kurulmuş ve insanlık dışı en ağır işlerde çalışmalarına rağmen onların en doğal hakları olan yaşama hakkı bile efendilerinin emirlerine bağlanmıştır. Salgın hastalıklar genellikle kökeler arasında çıkardı. Veba nedeni ile ateşe verilen ve içindeki köle, çocuk, kadın topyekün hepsinin yakıldığı şehirler tarihte az rastlanmayan olaylardandır. Ağır işler nedeni ile köleler arasında eklem hastalıkları -Spondülos- , kronik hastalıklar, salgın hastalıklar en sık görülenlerindendi. Tedavi yöntemi ise genellikle şifalı otlar, büyük ve tanrılara dua en önemlisi ise hasta kölelerin öldürülmesi idi.

FEODAL DÖNEM

Kölelerin sayıca artması bir yandan efendilerinin servetini artırırken bir yandan da insanlık dışı uygulamalar karşısında duydukları özgürlük özlemlerini dile getiren köle isyanlarını güncel olaylar arasına sokuyordu. Bir yandan emeğin gücü ve yarattığı servet artarken efendilerinin isyanlar karşısındaki tutumları onlara sosyal ve ekonomik bakımdan bazı sınırlı özgürlükler vermeye zorluyordu. Çoğu özgür köylü, senyörler tarafından bağımlı duruma getiriliyordu. Üretilen her şey köylü emeğinin sonucu idi. Bu ürün üç kısımda değerlendirilebilir.

1- Senyörün kendisine mal ettiği kısım

2- Köylünün ve ailesinin yaşaması için gerekli olan kısım

3- Köylü emeğinin verimliliğinin yükselmesi sonucunda, yaşaması için gerekli olan asgari miktardan fazla olarak elde edebildiği ortak ürünün bir kısmı.

Feodal dönemde tüm üretimin nesnel amacı, gelirin senyörlere ödenmesi idi. Feodaller sıksık en gerekli şeylerini bile çekip alıyor ve köylüleri yoksulluğa mahkum ediyorlardı. Bazı ülkelerde köylü ilk gece hakkını senyöre vermek veya karşılığında para veya zahire vermek zorunda bile bırakılıyordu. Düzene karşı kıpırdanmaların oluştuğu toplumlarda, onları sosyal olaylardan uzaklaştırmanın daha açık bir deyimle afyon ve haşhaşla uyutmanın yolları Çin'de olduğu gibi deneniyordu.

Niteliği göz önünde tutulursa feodal üretim tarzı hernekadar köleci üretim gibi çalışan çoğunluğun egemen azınlık tarafından sömürülmesine dayanıyorsa da ondan daha ilerici idi. Serflerin kölelerin aksine aileleri ve kendilerine ait küçük bir ekonomik uğraşıları vardı. Bunun için de emeğinin geleceğine karşı ilgi duyuyordu. Ülkeler arası ticaretin gelişimi hastalıkların biryerden diğerine daha kolay bulaşmasını sağlıyordu. Bu nedenle hastalık çıkan gemiler limana sokulmuyordu. Cüzzamlı hastalar için özel tecrit yerleri oluşturuluyordu. Üst yapı kurumlarında din adamları hala önemli yerlerini koruyorlar, bir yandan da gerçek anlamda tıbbi uygulama adımları atılıyordu. Anatomi, bioloji ve fizikte yapılan çalışmalar yeni kurulan kültür merkezlerinde yerleşmiş sınıfsal değer yargılarının aksine ilerliyordu.

Artık yükselen kapitalizm, makine kullanmak seviyesine gelmiş insan emeğini daha organize ve daha akıllıca sömürme gereğini duymaya başladı. Modern tıbbın gelişimi bundan böyle, bu ereğin de gerekliliğini gözönüne alarak, bireysel tedavi yöntemlerinin yanı sıra artık kitleyi gözeten bir koruyucu hekimliği de gündemine almıştır. Yalnız bu konuda kapitalizmin arzuladığı gelişim, işçi kuruluşları tarafından zorlanan ve kontrol edilmeye çalışılan boyutlara ulaşacaktır.

DEVAM EDECEK

1.Halk sağlığı kurultayı sonuçlarına bakış

DR. ERGİN ATASÜ
Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

Sağlık hizmetlerini genel olarak iki ana grupta inceleriz: Bunların birincisi ve önde geleni, koruyucu halk sağlığı hizmetleri, ikincisi ise tedavi edici hizmetlerdir. Ülkemizde birinci hizmet oldukça güdük kalmış, tedavi edici hizmetler belirli bölgelerde alabildiğine gelişmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri fazla hekim gücüne gerek göstermeyen, sağlık personeli dediğimiz: İçinde ebe, hemşire, sağlık memuru gibi unsurları bulunduran bir örgüt tarafından yürütülür. Tedavi edici hekimlikte ise ağırlık noktası hekimdedir. Koruyucu hizmetler hastalıkları başlangıç noktasında yakalayıp onları toplumsal bir sorun olma niteliğinden uzaklaştıran hizmetlerdir. Bu nedenle başarılı sürdürüldüğü taktirde tedavi edici hizmetlere fazla ihtiyaç duyulmayacaktır. Bugün sosyalist toplumlarda başarı ile uygulanan koruyucu hizmetleri, gelişmiş kapitalist toplumlar da benimsemek zorunda kalmış, sağlıklı insan gücünün üretim kadar tüketimde de önde gelen önemli bir etken olduğu anlaşılmıştır.

Ülkemizde koruyucu hizmetler Cumhuriyet dönemi ile beraber başlamış, Dr. Refik Saydam'ın kurduğu Hıfzıssıhha Enstitüsünde salgın hastalıkları önleyecek aşılar üretilmiş; sıtma savaşı, verem savaşı, trahom savaşı, frengi savaşı için özel örgütlenmelere gidilmiştir. Bunların bir kısmı başarı ile sürdürülmüşse de (örneğin sıtma savaşı) büyük bir kısmı amaçlanan hedeflere ulaştırılamamıştır. Bu başarısızlıkta en büyük etken bir toplum sorunu olan halk sağlığına yöneticilerin toplumcu bir yaklaşımla ilgi duymamalarıdır. Halk sağlığı sorunu para yetersizliği, personel yetersizliği gibi nedenlerle sürekli geri plana itilmiş; sağlık yatırımları büyük metropollerde sayıları gittikçe artan görkemli hastahane yapılarından öteye geçememiştir. Bugün ülkemizde 1974 verilerine göre 17.365 hekim vardır. Bunların % 62,9'u Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde toplanmıştır. Geri kalan 37,1'i ise diğer illere dağılmıştır. İstanbul'da yaklaşık olarak 570 kişiye bir hekim düşmektedir. Bu oran ileri ülkeler seviyesindedir. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde 520 kişiye bir hekim ABD'lerinde 715 kişiye bir hekim düşmektedir. Oysa Gümüşhane'de 16.660 kişiye bir hekim, Çorum'da 23.000 kişiye bir hekim düşmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde genellikle pratisyen dediğimiz, yani fakülteyi bitirdikten sonra uzmanlaşmamış hekime ihtiyaç vardır. Ülkemizde hekimlerin % 64,1'i uzman, % 29,6'sı pratisyen, % 6,3'ü asistan hekim statüsündedirler. Genellikle hastalıkların % 95'ini pratisyen hekim tedavi eder. Geri kalan % 5'i uzman hekime gerek gösterir. Ülkemizde uzmanlaşma bu gerçeğin tam aksi yönde gelişmiş, pratisyen hekimlik itibar edilmeyen bir dal olmuştur.

Ülkemizde neden koruyucu hekimlik ve pratisyen hekimlik gelişmemiş tedavi edici hekimlik gelişmiştir? Bunun başlıca nedeni hekimliğin uygulanış biçiminden gelmektedir. Birey, sağlığını parayla satın aldığı bir ortamda yaşıyorsa sağlık alışverişi tamamen kapitalist ilişkiler içinde yürüyor demektir. Genellikle insan hastalandığı zaman hastalık kaynağını düşüneceği yerde, bundan biran evvel kurtulmayı amaçlar. Bu doğal bir tepkidir. Bu nedenle hemen hekime koşar, para karşılığı muayene olur ve yazılan ilaçları para karşılığı satın alarak kullanmaya başlar. Sonuç olarak, hastalık nedeni ile hekimin ve ilaç üreticisinin cebine para girmiş olur. İşte koruyucu hekimlik hizmetleri başarıya ulaşmış bir toplumda hem hekim kazancı kısıtlanmış olur, hem de ilaç üreticisinin cebine giden para azalmış olacaktır. Görülüyor ki koruyucu hizmetlerle kapitalist gelişim arasında bu konuda ana çelişki ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde 1961 yılından sonra bir sosyalizasyon uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama halen geri bıraktırılmış ülkemizde, daha da geri kalmış 25 ilimizi kapsamaktadır. Sosyalizasyon uygulaması başlangıçta olumlu sonuçlar vermiş, hekim tam gün çalışma ilkesine sadık kalmış, diğer sağlık personeli ise örgütlü ve disiplinli çalışmaya girmiştir. Fakat bu uygulama ilk gününden itibaren bir takım çevrelerin saldırılarına uğramış, belirli bir süre sonra tam gün çalışma ilkesi kaldırılmıştır. Bu ilkenin kaldırılmasında çekilen hekim sıkıntısına bir çözüm bulmak gibi gerekçe gösterilmişse de bugünkü durum ilk uygulama veriminin çok gerilerinde kalındığını göstermektedir. Neden gayet açıktır; hasta-hekim ilişkisinde kapitalist ilişkiler ve pazar ekonomisi ön plana çıkmış hekim koruyucu hizmetleri bir kenara bırakarak para getiren tedavi edici hizmetlere yöneldiğinden zamanla halkın sosyalizasyona ilgisi azalmıştır. Hatta kırsal alanda sağlığını parayla satın almak durumunda olan kişi, bunu daha iyi biçimde edinebilmek için büyük metropollere akın etmiş, kent hekiminin de cebine giren para bu yolla arttırılmıştır. Sosyalizasyon uygulamasında, önce kırsal alanda serbest olarak çalışan hekimler uygulama sırasında büyük metropollere göç ettiklerinden bugün artık kırsal alan insanı için tedavi olmaya kente gitmekten başka çıkar yol kalmamıştır. Sosyalizasyon uygulaması bütün Türkiye ölçüsünde ortaya atılmış olsaydı bu hekim göçü bir yere kadar önlenmiş olurdu. Bu konuda akla ilk gelen hekimlerin bu defa da yurt dışına gidebilecekleri sorusudur.

Bugün yurt dışında 1868 hekimimiz vardır. Bu yaklaşık olarak toplam hekim sayımızın % 11'ini oluşturmaktadır. Bu rakam sanıldığı kadar büyük bir oranı belirtmemekle beraber geleceğe yönelik olarak birtakım yükselmeler olabilir. Ülkemizde bir hekimin maliyeti yaklaşık olarak 1.200.000 liradır. Burs alan bir hekim ise 1.230.000 liraya mal olmaktadır. Aradaki otuz beş bin liralık fark hekime 4 sene gibi bir zorunlu hizmet yüklemektedir. Zorunlu hizmeti olan hekim bu dört yılını sağlık bakanlığının göstereceği herhangi bir yerde çalışarak geçirmek veya bu parayı taksitle ödeme durumundadır. Bu kadar pahalı bir eğitimden geçen hekimin topluma karşı hizmet zorunluğu daha fazla ve bağlayıcı nitelikte olmalıdır. Sağlık bakanlığı otuz bin liranın pazarlığını mahkeme ve icra kanalıyla arayadursun cebine bir milyon ikiyüz bin liralık diplomayı koyan hekim yurt dışının yolunu tutmaktadır. Görülüyor ki buradaki yaklaşım da temelden yanlış ve yetersizdir. Hekimlik eğitimi başlangıcından beri bazı öğretim ünitelerinde yabancı toplum hayranlığı ile birlikte verilir. Bu giderek hekimin toplumuna yabancılaşmasını ve yabancı diyarlara göç etmesine yol açar. Yıllardan beri mezun veren ve Amerikan ekolüne sıkı sıkıya bağlı olan bir öğretim ünitemizin yetiştirdiği hekimlere kırsal alanlarda rastlanmamaktadır. Çok fazla yatırım olanaklarından yararlanan bu tip fakülteler yabancı toplum dileklerine uygun hekimler yetiştirdiklerinden beyin göçüne aracılıktan başka bir görev yapmamaktadırlar. Diğer öğretim kurumlarında ise salt tedavi edici hekimlik açısından bir eğitim verilmekte, yeni mezun büyük metropollerde köşe başları tutulmuş olduğundan para kazanma olanağından yoksun kalmakta ve çareyi yurt dışında aramaktadır. Ülkemizde hekim dağılımı, bugünkü mevcut içerisinde eşit dağıtıma uğrarsa 2773 kişiye bir hekim düşmektedir. Bu sayı aslında ülkemiz sağlık sorunlarını çözümlüyecek bir potansiyele dikkati çekmektedir. 1971 yıl sonu itibariyle sosyalleştirme bölgelerinde uzman ve pratisyen hekim kadrolarının % 65'i, hemşire kadrolarının % 71'i, hemşire yardımcısı kadrolarının % 20'si, sağlık memuru kadrolarının % 35'i boştur.

Ülkemizde çocuk ölümleri % 0,153 gibi yüksek bir rakam göstermektedir. Bu sayı dünya ölçüsünde birçok geri bıraktırılmış ülkelerden daha kabarıktır. Çocuk ölümlerinin kırsal bölgelerde % 0,225'e çıktığını kentsel yörelerde % 0,66'ya kadar indiğini görmekteyiz.

Yine ülkemizde su ve çevre sağlığı hizmetleri ile ilgilenen 32 kuruluş bulunmasına rağmen bunlar arasında koordinasyon kurulamamış, beklenen verim elde edilememiştir. SSYB'lığı bütçesi genel bütçe içinde % 4,5 gibi bir paya sahiptir. Bu pay geri bıraktırılmış ülkelerde % 20 ile % 8 arasında bir ağırlık oluşturmaktadır. Ankara Tabip Odasının 26 - 28 haziran 1975 tarihleri arasında yapmış olduğu Halk Sağlığı Kurultayına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilileri, ülkemiz belli başlı tıp fakültelerindeki halk sağlığı kürsüsü mensupları, Hıfzıssıhha okulu yetkilileri ve Ankara Tabip Odası yöneticileri katılmışlar ve aşağıdaki kararları almışlardır:

1- Sağlık hizmetlerinden, herkesin olanaklarının elverdiği ölçüde ve eşit olarak yararlanması DOĞUŞTAN KAZANDIKLARI BİR HAKTIR. Ancak bu hak, ülkemizde, herkese eşit olarak verilememektedir.

2- Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanması, ülkemizde, liberal bir düzenle sağlanamaz. Liberal düzen, yapısı gereği kar ve zarar, arz ve talep ilişkilerine göre işler. İnsan sağlığı, böyle bir ticaretin konusu olamaz. İNSAN SAĞLIĞI, ÜZERİNDEN GELİR SAĞLANAN, TİCARET YAPILAN BİR MAL, BİR META GİBİ DÜŞÜNÜLEMEZ. Bu nedenle ülkemizde SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEVLETLEŞTİRİLMESİ ZORUNLUDUR.

3- Sağlık hizmeti yapmak üzere, yeni mesleklerin yaratılmasından sakınılmalıdır. Ancak, hekim dışındaki sağlık personeline, muhakkak hekimlerin yapması gerekmiyen bazı hizmetler verilmelidir. Bu görev devrinin yapılacağı, hekim dışındaki sağlık personeli titizlikle seçilmeli, iyi eğitilmeli ve denetilmelidir.

4- Hekimlerin uzmanlaşmalarını yavaşlatacak bir politika izlenmelidir. Hekimlerin, uzmanlaşmadan önce, belli bir zaman, kırsal ve gelişmemiş bölgelerde çalışmış olmaları, bir koşul olarak aranmalıdır. Uzmanlaşmadan sonra da, böyle bölgelerde çalışma zorunluluğu konulmalıdır.

5- Nerede ve hangi görevi yaparsa yapsın, hekimlerin görevleri dört ana başlıkta toplanabilir. Tıp eğitimi, bu başlıklara göre yeniden düzenlenmelidir. Bu dört ana görev şunlardır:

a- Yönetici hekimlik görevleri,
b- Koruyucu hekimlik görevleri,
c- İyileştirici hekimlik görevleri,
d- Adli hekimlik görevleri.

Kurultay, yukarıda belirtilen hekimlik görevlerinin önem sırasına göre sıralanmış olduğu konusunda da düşünce ve inanç birliğine varmıştır.

6- Tüm sağlık personelinin okul içi eğitimleri, ülke koşullarına uygun olarak yeniden saptanmalıdır. Bu iş yapılırken, hekimi sahada çalıştıran kuruluşların yöneticileri ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın sahada çalışan personelinin düşüncelerine başvurmak gerekli ve zorunludur. Tüm sağlık personeline belirli aralıklarla okul sonrası eğitimi de uygulanmalıdır.

7- Hekimler ve diğer sağlık personelinin çalışma koşulları gün/saat ve gün/hasta sayısı göz önüne alınarak yeniden düzenlenmelidir. Tüm sağlık personeline verilecek ücret çalıştıkları bölgenin mahrumiyet koşulları göz önünde bulundurularak, ürettikleri hizmete göre verilmeli değişik kuruluşlarda eşit üretime eşit ücret verilmesine önem ve öncelik verilmelidir.

8- Kamu sektöründe çalışan sağlık personeline, hakça yürütülen, uygulanan bir rotasyon sistemi uygulanmalıdır. Sağlık yönetimi ve personel atanması işlemleri, günlük politikanın etkilerinden mutlaka kurtarılmalıdır.

9- Hekimlerin hastalarına koydukları tanılar, hekimlik uygulamaları ve yazdıkları reçetelerin ülke koşullarına, çağdaş hekimlik biliminin gereklerine göre, hekim meslek odalarından denetlenmeli, bu konudaki başı bozukluğa bir son verilmelidir.

10- Sağlık hizmetlerinin finansmanı milli bütçeden karşılanmalıdır. Genel sağlık sigortası ve benzeri uygulamalar, dengesizliği artırıcı ve iyileştirici hizmet veren hekimlere haksız ve fazla gelir sağlamadan öte bir yarar sağlamayacaktır.

11- Devlet hastanelerindeki döner sermaye ve full-time çalışmalarına en kısa zamanda son verilmelidir. Bu uygulamalar, tüm harcamalarını devletin karşıladığı bu kuruluşları, daha çok gelir sağlamak için iyileştirici hekimlik hizmeti veren hekimlerin emrine vermekten öte bir yarar sağlamamaktadır.

12- Hizmetler, sağlık ocağı ve hükümet tabipliği uç hizmet birimlerinde birleştirilmelidir. Her hastalık ya da hizmet için ayrı kuruluşlar kurmak, çağdaş hekimlik bilimine ve ülkenin ekonomik koşullarına uygun değildir, pahalı bir hizmet verme biçimidir. Ayrıca evde ve ayaktan tedavi yöntemi, uygun bulunan her durumda uygulanmalıdır.

13, Kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi kaçınılması olanağı olmayan bir ZORUNLUKTUR.

14. Çevre sağlığı, besin denetimi ve beslenme, ana ve çocuk sağlığı, okul ve işçi sağlığı hizmetleri yeniden ele alınıp planlanmalı ülke koşullarına uygun plan ve programlara bağlanmalı ve bu plan ve programlar MUHAKKAK UYGULANMALIDIR.

15- Serbest hekimlik uygulamaları ve eczacılık hizmetleri etkili bir biçimde denetilmelidir.

16- Bugün, tüm halkın var olan olanaklardan yararlanamaması:

a- Personel yetersizliği,
b- Devletin mali olanaksızlığı,
c- Doğru politika kararlarının alınmamış olması,
d- Politikalar arası çelişki,
e- Yöneticilerin yetersizliği ve tüm halka hizmet savındaki samimiyetsizlikleri ile açıklanamaz. Var olan olanaklardan halkın eşit olarak yararlanamamasının nedeni, tüm düzenin bozuk oluşunun bir sonucu olarak sağlık hizmetleri yönetiminin de bozuk oluşudur. SAĞLIK HİZMETLERİ, ÜLKENİN TÜM DÜZENİNDEN AYRI OLARAK DÜŞÜNÜLEMEZ. HALK NE ZAMAN KENDİNİ, GERÇEKTEN KENDİNİ TEMSİL EDECEK YÖNETİCİLERİNİ SEÇERSE, SAĞLIK YÖNETİMİ DE DÜZELECEK, HAKÇA BİR HİZMET DÜZEYİNE ERİŞECEKTİR. BU NEDENLE, BÜROKRATİK DÜZENDE BİR EVRİM, KAÇINILMAZDIR. Bu evrim gerçekleşmeden yapılacak herhangi bir düzeltme girişiminin sonucu, sınırlı ve hatta başarısız kalmaya mahkumdur.

SONUÇ OLARAK HALKIN SAĞLIK SORUNLARININ ÇÖZÜMLENMESİ, HALKIN KENDİ HAKLARINA KENDİSİNİN SAHİP ÇIKMASI İLE OLANAK İÇİNE GİRECEKTİR. BU TEMELE DAYANMAYAN GİRİŞİMLERİN BAŞARI OLASILIĞI, SANILDIĞINDAN DAHA DA AZDIR.

İlaç çözücü olarak parenteral sıvı seçimi ve parenteral sıvı-ilaç etkileşmeleri

(GEÇEN SAYIDAN DEVAM)

DR. AYSEN KARAN
ECZ. İSMAİL ÜSTEL

H. Ü. Eczacılık Fak. Hastane Eczacılığı Bilim Dalı

Tablolarda kullanılan kısaltmalar:

Enj. Su	Enjeksiyonluk su
SF	Serum Fizyolojik
% 5 D	% 5'lik Dekstroz çözeltisi
% 5 D/SF	% 5'lik Dekstroz çözeltisi / Serum Fizyolojik karışımı

İ L A Ç	İLACIN PARENTERAL SIVILAR İÇİNDEKİ DAYANIKLILIĞI	DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR
AMFOTERİSİN B - Yavaş i.v. infüzyon (6 saatten uzun sürede)	- SF ile geçimsizdir (19,20, 21).	- Diğer hiç bir ilaç ile karıştırılmamalıdır (20,22). - Çökelti varsa kullanılmamalıdır. pH ve ışığa çok duyarlı bir bileşiktir, uygulama sırasında ışıktan korumalıdır.
AMİNOFLİN (i.m., i.v.)	- Nötr ve asit çözeltilerde dayanıksızdır (21).	- Derişik çözeltisi öbür ilaçlarla (örneğin enjektör içinde) karıştırılmamalıdır. - Aminofilin'in alkali karakteri, alkali ortamda dayanıksız olan diğer ilaçlarla geçimsizliğe yol açar.
AMPİSİLİN - i.m. - yavaş, direkt i.v. - infüzyon	- Şeker çözeltilerinde dayanıksızdır (23). - % 5 D ve SF içinde 4 saat dayanıklıdır (21). - % 10 Redmakrodeks/SF çözeltisinde 6 saat içinde kullanılmalıdır (24). - 1/6 M Laktat/SF çözeltisinde 6 saat içinde kullanılmalıdır(24). - Reomakrodeks/ % 5 D karışımına konulmamalıdır(24). - Asit özellikteki çözeltiler ile geçimsizdir (18,19, 28). - Oda sıcaklığında saklanan antibiyotik, aşağıda bildirilen sürelerde etkinliğinin % 10'undan daha azını kaybeder(12). SF 8 saat % 5 D 4 saat % 5 D/%0.4 NaCl 4 saat 1/6 M Sodyum Laktat 4 saat (30 mg/cc. derişimde)	- % 5 D içinde hazırlanınca 1,2 saat içinde kullanılmalı, en iyisi setten direkt enjeksiyon tavsiye olunur (24,25,26,27). - Genel olarak ampisilin infüz yonlarına başka ilaçların eklenmesi tavsiye olunmaz (2, 29, 30). - Eritici eklenmesinden sonra ve i.v. infüzyon hazırlanınca şiddetle çalkalanmalıdır.
ASKORBİK ASİT	- Dekstran ile geçimsizdir (31).	- Ağır metal tuzları ve oksitleyici maddelerle geçimsizdir (18,19).
ATROPİN		- Alkali ilaçlarla geçimsizdir (18,19).
BETA-PİRİDİL-KAR-BİNOL - i.m. - s.c. - i.v. ve i.a. (dikkatle)	- Dekstran ile geçimsizdir(18).	
DİJİTAL GLİKOZİTLERİ		- Kalsiyum ve magnezyum tuzları ile geçimsizdir(18).
DİMENHİDRİNAT		- Alkali özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18).
EPİNEFRİN	- Darrow çözeltisi ile geçimsizdir(2,29,32,33). - Sodyum klorür çözeltisi	- Bütün karışımları derhal kullanılmalıdır(3). - Ağır metal tuzları ile geçim-

İ L A Ç	İLACIN PARENTERAL SIVILAR İÇİNDEKİ DAYANIKLILIĞI	DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR
	ile geçimsizdir(2,29,32, 33). - Alkali çözeltilerle geçimsizdir(18,19).	sizdir(18,19).
ERİTROMİSİN LAKTOBİYONAT	- % 5 D içinde hazırlanınca bekletilmeden kullanılmalıdır(3). - % 5 D/SF içinde hazırlanınca 6 saat içinde kulmamalıdır(3). - Elektrolit çözeltilerine katılmamalıdır(30). - SF ile geçimsizdir(34).	- Asit ve alkali özellikteki ilaçlarla geçimsizdir, karıştırılmamalıdır(18) - En dayanıklı olduğu pH 5.6'dır(3). - Tercihen başka ilaçlarla karıştırılmamalıdır(30).
FENİLBUTAZON		- Ağır metal tuzları, asit özellikteki ilaçlar ve oksitleyici maddelerle geçimsizdir(18).
FENİTOİN - i.m., i.v.		- Diğer hiç bir ilaçla karıştırılmamalıdır(2,7,18).
FENOBARBİTAL SODYUM - i.v., i.m., s.c.		- Asit ve nötral özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18,19, 35,36).
FİTOMENADİON - i.m., yavaş i.v.	- Dekstran ile geçimsizsizdir(31,37).	- Alkali ve kuvvetli asit özellikteki ilaçlarla ve indirgeyici maddelerle geçimsizdir(18, 19).
FOLİK ASİT ENJEKTABL		- Diğer hiç bir ilaçla karıştırılmamalıdır. Ağır metal iyonları (18,19), yükseltgeyici ve indirgeyici maddelerle geçimsizdir(19).
FUROSEMİD		- Asit özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18).
GENTAMİSİN		- Daima i.m. ya da i.v. bolus verilmelidir(38). - Şırıngada ya da i.v. sıvı şişesinde penisilin ve sefalosporin ile karıştırılmamalıdır(38).

İ L A Ç	İLACIN PARENTERAL SIVILAR İÇİNDEKİ DAYANIKLILIĞI	DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR
HEPARİN - i.v., i.m.	- % 5 D, Laktat ve Ringer-Laktat içinde hızla % 50'si etkisizleşir(25). - % 5 D + SF içinde hızla % 40'ı etkisizleşir(39). - D ve D + SF içindeki infüzyonu uzun sürmemelidir. Tercihen SF içinde infüzyon yapılmalıdır(30).	- Birçok antibiyotik ile geçimsizdir(30). - DONDURULMAMALIDIR. - pH 6'dan küçük olunca etkinliğini kaybeder(21,30).
HİDROKORTİZON SODYUM SÜKSİNAT - i.m., i.v. enj., i.v. infüzyon, s.c.		- Optimum pH, 7-8'dir. pH 5'ten aşağı düşerse çökelti olur(15).
İMİPRAMİN		- Alkali özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18).
İNSÜLİN		- Optimum pH, 2.5 - 7.5'tur. pH 7.5'un üstüne çıkarsa etkinliğini yitirir(15). - Başka ilaçlarla karıştırılmamalıdır(15).
KALSİYUM E D T A		- Metal tuzları ile geçimsizdir (18,19).
KANAMİSİN SÜLFAT - i.m., i.v.	- % 5 D ile geçimsizdir (12,40). - Elektrolit çözeltileri ile geçimsizdir(18).	- İlacın, son kullanma tarihi geçmeden önce rengi koyulaşabilir, bu durum ilacın etkisiz olduğuna kanıt değildir(12).
KARBENİSİLİN - i.m., yavaş i.v. enjeksiyon, i.v. infüzyon	- Alkali çözeltilerde dayanıksızdır(21). - SF, % 5 D, D + SF içinde kullanılmalıdır. 1/6 M Sodyum Laktat içinde iken 4 saat içinde kullanılmalıdır(24).	

İ L A Ç	İLACIN PARENTERAL SIVILAR İÇİNDEKİ DAYANIKLILIĞI	DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR
KLOKSASİLİN - i.m., i.v. enjeksiyon, i.v. infüz-	- 1/6 M Sodyum Laktat içinde 6 saat dayanıklıdır(24).	- Kuvvetli asit ve alkali özellikteki ilaçlarla geçimsizdir (18,19,28).
KLORAMENFENİKOL SODYUM SÜKSİNAT - i.m., i.v., s.c.	- Kuvvetli asit ve alkali çözeltilerle geçimsizdir(18,19).	- Optimum pH; 5.5 - 7.5 arasındadır(15). - Bulanık çözeltiler kullanılmamalıdır.
KLOROKİN FOSFAT		- Asit özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18).
KLORPROMAZİN		- Alkali ortamda dayanıksızdır, pH 6.7 - 6.8'de çöker(41). - Alkali özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18,28).
KLORTETRASİKLİN	- Dekstran ile geçimsizdir (28,31,37). - Protein hidrolizatı ile geçimsizdir(28,37) - Ringer-Laktat ile geçimsizdir(12).	- pH değişikliğinden etkilenir (12,17). - Amonyum, kalsiyum, magnezyum, demir (+2) gibi inorganik iyonlar ile geçimsizdir(18, 28,37,40,42).
KORTİKOTROPİN		- Ağır metal tuzları ile geçimsizdir(18).
METİSİLİN - (i.m., i.v. infüzyon, i.v. enjeksiyon)	- Parenteral çözelti içinde hazırlanınca 6-8 saat içinde kullanılmalıdır (21). - SF içinde 6 saat, % 5 D içinde 4 saat dayanıklıdır(25)	- Asit özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18,19,28). - Optimum pH; 7.0-8.0'dir. - İnfüzyon çözeltisinin berraklığı sık sık kontrol edilmelidir. pH'si 9.0'dan daha fazla olan ortamda parçalanır(43).
NİKOTİNAMİD		- Alkali özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18,19).
NOREPİNEFRİN	- Hazırlanan infüzyon sıvısı derhal kullanılmalıdır(3).	- pH, 5.5'un üstüne çıkınca etkinliğini yitirir(3). - Alkali ilaçlar ve yükseltgeyici maddelerle geçimsizdir(19).

İ L A Ç	İLACIN PARENTERAL SIVILAR İÇİNDEKİ DAYANIKLILIĞI	DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR
NOVOBİYOSİN	- Dekstran çözeltisi ile geçimsizdir(19,21,37). - "Dekstran-elektrolit" kombinasyonu ile geçimsizdir(2,18,29,31,32,33). - SF ve Ringer içinde uygulanmalıdır(21).	
OKSİTETRASİKLİN - (i.v. enj., i.v. infüzyon)	- Ringer-Laktat- % 5 D ve 1/6 M Laktat ile 1-6 saat içinde bulanır ya da çöker(44). - Ringer-Laktat ile geçimsizdir (22,40,44).	- Optimum pH, 2.0 - 3.0'tür. Işıktan korunmalıdır. Bulanık çözeltiler kullanılmamalıdır. Kalsiyum, magnezyum, demir (+2) gibi birçok inorganik iyonla geçimsizdir (7,18,21,42).
PENİSİLİN G - (i.m., i.v. infüzyon)	- % 5 D içinde 16 saat dayanıklıdır(25). - Düşük pH de dayanıksızdır(21).	- Optimum pH, 6.0-7.0'dir. Bu sınırlar dışında hızla etkinliğini yitirir(15).
PENTOBARBİTAL		- Asit özellikteki ilaçlarla gesizdir(18,19,36).
PİRİDOKSİN		- Alkali ilaçlar, demir tuzları ve yükseltgeyici maddelerle geçimsizdir(18).
POTASYUM KLORÜR		- Geçimsizliği hakkında az çalışma vardır, elektrolitlere hassas olan ilaçlarla geçimsiz olabilir(19). - Civa, gümüş, kurşun tuzları ile geçimsizdir(19).
PROKAİN		- Alkali ilaçlarla geçimsizdir (18,19)
PROMETAZİN	- Dekstran ile geçimsizdir (31,37).	
RİBOFLAVİN		- Alkali ilaçlar, metaller ve indirgeyici maddelerle geçimsizdir(18,19,28,29,32,33).

İ L A Ç	İLACIN PARENTERAL SIVILAR İÇİNDEKİ DAYANIKLILIĞI	DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR
SEFALORİDİN - i.v. enfüz., i.m. - derin s.c.	- Makromolekül taşıyan çözeltilerle geçimsiz-(18).	- Toz halinde iken buzdolabında saklanmalıdır. - Işıktan korunmalıdır. - Kristal olmuşsa avuç içinde ısıtılmalıdır. - Toprak alkali tuzlarıyle geçimsizdir(18).
SEFALOTİN - i.m., i.v. - derişik çözeltisi enfüzyona eklenebilir.	- Ringer-Laktat çözeltisi ile geçimsizdir(40). - pH = 3.6 - 7.6 arasındaki çözeltiler de 24 saat süre dayanıklıdır(15,18,39).	- Kristal olmuşsa avuç içinde ısıtılmalıdır(39). - Diğer ilaçlarla kombine edilmez (2,15,29). - Yüksek toprak alkali metaller ve yüksek molekül ağırlıklı birleşikler ile geçimsizdir(15). - Derişik çözeltilerinin rengi beklemekle koyulaşır.
SİYANOKO-BALAMİN		- Işığa duyarlıdır(18,19). - Alkali ilaçlar ve indirgeyici maddelerle etkinliğini kaybeder(18,19). - Demir tuzları ile geçimsizdir (18,19).
SODYUM BİKARBONAT	- Ringer-Laktat çözeltisi ile geçimsizdir(22, 37,40 45,46). - Dekstroz içinde Ringer-Laktat ile geçimsizdir (45).	
SÜLFADİYAZİN	- Düşük pH lerdeki %5 D içinde çökelti yapabilir, tercihen SF içinde verilmelidir(21). - Asit karakterdeki birçok elektrolit çözeltisi ile geçimsizdir(19).	
SÜLFİZOK-SAZOL		- Optimum pH: 7.2 - 7.8 dir (15). - Asit özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18).

İ L A Ç	İLACIN PARENTERAL SIVILAR İÇİNDEKİ DAYANIKLILIĞI	DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR
STREPTO-MİSİN	- Elektrolit çözeltileri ile geçimsizdir(18). - Kükürt taşıyan çözeltilerle geçimsizdir(18,19).	- Alkali ve asit karakterdeki ilaçlarla geçimsizdir(18,19). - Ağır metal tuzları ile geçimsizdir(18).
STROFANTİN		- Diğer ilaçlarla karıştırılması tavsiye edilmez(18,19). - Kalsiyum tuzları ile kümülatif etki gösterir(18).
TETRASİKLİN	- Ringer-Laktat içinde dayanıksızdır(40). - Kalsiyum iyonları taşıyan çözeltilere katılmamalıdır(21,30).	- Bulanık çözeltileri ve rengi esmerleşmiş çözeltileri kullanılmamalıdır(7,15). - Optimum pH; 2.5 - 3.0'tür (15). - Tercihen başka ilaçlarla katırılmamalıdır(30). - Kalsiyum, magnezyum, demir (+2 ve +3) gibi inorganik iyonlarla geçimsizdir (2,18,28,29,32,33,47).
TİYAMİN HCl	- Dekstran ile geçimsizsizdir(18).	- Asit ortamdan uzaklaşma ile etkinliği kaybolur(18,19). - İndirgeyici maddeler ve demir tuzları ile geçimsizdir(18,19).
TİYOPENTAL	- % 5'ten daha derişik şeker çözeltileri ile geçimsizdir(48). - Ringer çözeltisi taşıyan karışımlarda geçimsizdir(48). - % 5 D + SF karışımında 6 saat dayanıklıdır(48,49). - Kalsiyum ve magnezyum taşıyan çözeltilerle çözünmeyen karbonat halinde çöker(48).	- Çökelti varsa kullanılmamalıdır. - Asit karakterdeki ilaçlarla pentotal asit şekli çöker(48). - Amin tuzları, alkali ortamda serbest baz şeklinin çökmesine yol açar(48).
VANKOMİSİN - i.v., enfüz.		- Berrak olmayan çözelti kullanılmamalıdır. - Asit özellikteki ilaçlarla geçimsizdir(18).
VİTAMİN B KOMPLEKS		- Alkali ilaçlarla geçimsizdir (18).

KAYNAKLAR

1- Riffkin, C. : Amer. J. Hosp. Pharm., 20; 19, 1963
2- Grayson, J.G. : Pharm. J. , 206; 64, 1971
3- Parker, E. A. : Hosp. Pharm., 4; 14, 1969
4- Hill, J. B. : Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 102; 75, 1959
5- Moorhatch, P. and Chiou, W. L. : Amer. J. Hosp. Pharm., 31; 72, 1974
6- Carlin, H. S. and Perkins, A. J. : Amer. J. Hosp. Pharm., 25; 270, 1968
7- Jacobs, J. : Pharm. J., 205; 437, 1970
8- Savello, D. R. and Shangraw, R. F. : Amer. J. Hosp. Pharm., 28; 754, 1971
9- Hıranaka, P. K. et al. : Amer. J. Hosp, Pharm., 29; 321, 1972
10- Gallelli, J. F. : Amer. J. Hosp. Pharm., 24; 405, 1967
11- Shoup, L. K. : Amer. J. Hosp. Pharm., 21; 118, 1964
12- Firmalardan sağlanan bilgiler.
13- Parker, E. A. : Amer. J. Hosp. Pharm., 27; 67, 1970
14- Parker, E. A. : Amer. J. Hosp. Pharm, 26; 543, 1970
15- Sister Edward M. : Amer. J. Hosp. Pharm., 24; 440, 1967
16- Mann, J. M. et al. : Amer. J. Hosp. Pharm., 28; 760, 1971
17- Boylan, J. C. et. al. : Amer. J. Hosp. Pharm., 29; 687, 1972
18- Kochel, F. : Pharmazentische Zeitung, 113; 1422, 1968
19- Todd, R. G. (editor) : Extra Pharmacopea Martindale, 25th. Ed., London, The Pharmaceutical Press, 1967
20- Riley, B.B. : J. Hosp. Pharm., 28; 228, 1970
21- Jacobs, J. : J. Hosp. Pharm., 27; 341, 1969
22- Boorman, G. A. et al. : Pharm. J., 207; 150, 1971
23- Lynn, B. : J. Hosp. Pharm., 29 (July 1971)
24- Lynn, B. : J. Hosp Pharm., 28; (March 1970)
25- Jacobs, J. et al. : J. Clin. Path., 26; 742, 1973
26- Lynn, B. : Israel. Pharm. J., 15; 364, 1972
27- Warren, E. et al. : Mayo Clin. Proc., 47; 34, 1972
28- Im, s. and Latiolais, C. J. : Amer. J. Hosp. Pharm., 23; 333, 1966
29- Fowler, T. J. : Amer. J. Hosp. Pharm., 24; 450, 1967
30- Brodlie, P. et al. : Brit Med. J., 1; 383, 1974
31- Smith, M. C. : Amer. J. Hosp. Pharm., 22; 273, 1965
32- Kirkland, W. D. et al. : Amer. J. Hosp. Pharm., 18; 694, 1961
33- Bogash, R. C. : Bull. Amer. Soc. Hosp. Pharm., 12; 445, 1955
34- Williams, J. T. and Moravec, D. F. : Hospital Management, 101; 43, 1966
35- Urdang, A. and Leuallen E. E. : J. Amer. Pharm. Assoc. Sci. Ed., 45; 525, 1956
36, Jones, R. W. et al. : Amer. J. Hosp. Pharm., 18; 700, 1961
37- Patel, J. A. and Phillips, G. L. : A Guide to Physical Compatibility of IV Drug Admixtures, 23; 409, 1966
38- Noone, P. and Pattison, J. R. : Lancet, 2; 575, 1971
39- Parker, E. A. : Amer. J. Hosp. Pharm., 27; 492, 1970
40- Webb, J. W. : Amer. J. Hosp. Pharm., 26; 31, 1969
41- D'Acry, P. F. et al. : Pharm. J., 210; 28, 1973
42- Mixing Drugs with Intravenous Infusions, Drugs and Therapeutics Bulletin, 8; 53, 1970
43- Lynn, B. : J. Hops. Pharm., 30 (March 1972)
44- Parker, E. A. : Amer. J. Hosp. Pharm., 27; 327, 1970
45- Hodges, T. H. and Allen, S. I. : Hospitals, 42; 103, 1968
46- The Medical Letter, New York, 9; 65, 1967
47- Misgen, R. : Amer. J. Hosp. Pharm., 22; 92, 1965
48- Parker, E. A. : Amer. J. Hosp. Pharm., 26; 653, 1969
49- Williams, J. T. and Moravec, D. F. : Hospital Management, 102; 81, 1966

Nezle ve C vitamini

DR. CİHAT KÜÇÜKHÜSEYİN

H.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji Bilim Dalı

C vitamini (askorbik asit); üzerinde büyük tartışmalar yapılan vitaminlerden biridir. Bu vitamine duyulan olağanüstü gereksinimin bilimsel nedeni hala ortaya konamamıştır.

C vitamininin ne yararı vardır? Günde ne kadar alınmalıdır? Soğuk algınlığını önleyici ya da iyileştirici değeri nedir?

Bunlar oturma odalarında, laboratuvarlarda, televizyon konuşmaları ve radyo programlarında tartışılan sorulardan birkaçıdır. Bu sorular ve tartışmalar sürüp giderken milyonlarca insan, ondan yararlanacakları inancı içinde C vitamini müstahzarları satın almaktadırlar. Tartışılan soruların çoğu cevaplandırılmamış olmasına rağmen yine de C vitamini hakkında bazı şeyler bilinmektedir.

Asal besin maddelerinden biri olan C vitamini, birçok hayvan tarafından, vücut içinde şekerden sentez edilebilmektedir, fakat insanlar bunu besin maddeleri ile almak zorundadırlar. Vücudun bu vitamini depo etmesi sınırlı olduğundan kısa aralıklarla yeterli miktarda vitaminin dışardan alınması gereklidir.

C vitamini en önemli görevi, vücut hücrelerinin kollajen yapma yeteneklerini kontrol etmesidir. Kollajen, hücreleri birbirlerine bağlayıcı ve birbirleriyle en uygun ilişkinin devam etmesini sağlayan bir maddedir. Kılcal kan damarları, diş etleri, dentin dokusu, kemikler ve vücut bağ dokusunun canlılığı sağlamlığı bu fonksiyona bağlıdır.

C vitamini yetmezliği; skorbüt adı verilen, genel düşkünlük, iştah kaybı, bacaklarda zayıflık, kansızlık, vücut dokularında ve dişetlerinde kanama, şişme ve iltihaplanma ile tanımlanabilen hastalığa yol açmaktadır. Skorbütü önleyecek ve kişiyi tam sağlıklı tutacak C vitamini miktarı Amerika'da Ulusal Bilim Akademisi Besin ve Beslenme Kürsüsü tarafından saptanmıştır. Besin ve İlaç İdaresi de buna dayanarak günlük gereksinimleri; yetişkin kadın ve erkek için 45-60 mg, çocuklar için 40-55 mg., gebelik ve süt verme döneminde ise 60 mg olarak saptamıştır.

Yapılan çalışmalara göre; vücut C vitamininin, gereksindiği kadarını kullanır ve geri kalmını böbreklerden atar. Vücut dokuları doygunluk durumuna getirilirse yine aynı sonuçla karşılaşılır. Eğer bir C vitamini eksikliği oluşturulursa, alınan vitaminin büyük bir kısmı emilir ve depolanır.

Nobel ödülü sahibi Dr. L. Pauling tarafından yazılan "Vitamin C ve Nezle" adlı kitap birçok eleştirilere uğramıştır. Pauling; uygun miktarlarda askorbik asit almanın, nezle ve ilgili enfeksiyonların şiddeti, yakalanılma sıklığı ve öldürücülüğünü azalttığına inanmaktadır. Kitapta ayrıca, alınması gerekli günlük miktar en az 200-400 mg olarak saptanmıştır. Ancak birçok beslenme uzmanı ve tıp bilgini bu savın hiç bir bilimsel temele dayanmadığını söylemektedir.

Chalmers, 1942'den bu yana lehte ve aleyhteki bulguların bir değerlendirmesini yaparak, askorbik asidin nezle üzerindeki etki derecesini ortaya koymaya çalışmış, şiddeti üzerindeki etkilerini göstermeyi başarmıştır. Ancak, etkiler nicel olarak o kadar küçüktür ki, uzun süre o kadar hapı yutmaya değmeyeceği söylenebilir.

1942-1974 yılları arasında 11 araştırıcı tarafından yapılan 14 klinik çalışmanın sonuçları aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Tablo 1 : Aksorbik asit ve nezle (Çifte kör ve randomizasyon uygulanmamış kontrolsuz çalışmalar)

Araştırmacılar	Aksorbik asit			Plasebo			Aksorbik asit-Plasebo farkı	
	Denek sayısı	Nezle/kişi/yıl	Ortalama süre (gün)	Denek sayısı	Nezle/kişi/yıl	Ortalama süre (gün)	Nezle/kişi/yıl	Süre (gün)
Charleston, Clegg 1972	47	3.24	3.5	43	6.45	4.2	3.21	0.7
Barnes,1961	22	6.00	2.0	16	8.25	6.5	2.25	4.5
Dahliberg ve ark.,1944	1259	0.40	–	1266	0.51	–	0.05	–
Glazebrook, Thomson, 1942	335	0.43	2.5	1100	0.52	4.9	0.09	2.5
Glazebrook,	60	1.13	3.2	90	1.28	4.0	0.15	0.8
Ortalama ± 1 standart hata							1.15±0.66	2.12± 0.89

Bu sonuçlara göre: gerek kişinin bir yıl içinde hasta olma sayısı gerekse hastalığın devam süresi askorbik asit grubunda, plaseboya göre daha düşüktür. Ancak kontrollu çalışmalarda aradaki fark çok çok küçülmekte ve bu kontrolsuz grupta aradaki farkın, askorbik asit lehine daha fazla olması, burada yöntemsel bir yanlışın olduğunu göstermektedir.

Tablo II'de görülen dokuz kontrollu çalışmanın hepsinde, önleyici olarak C vitamini ile tedavi olanlarda belirtiler, plasebo alanlardakinden daha az şiddetli olma eğilimi göstermektedir.

İki araştırma grubu, deneysel olarak virusun normal gönüllülere inokülasyonu ile oluşturulan nezle üzerine C vitamininin etkinliğini araştırmışlardır. Walker grubu, virus inokülasyonundan önce 3 gün süre ile deneklere günde 3 gram C vitamini vermişlerdir. Schwartz grubunda ise, süre inokülasyondan önce 2 hafta, miktar ise yine günde 3 gramdır. Burada da nezleye yakalanma sıklığı üzerine C vitamininin bir etkisi olmamıştır. Ancak belirtilerin şiddetinde ihmal edilebilecek ölçüde bir azalma görülmüştür (Tablo III).

Tablo II : Askorbik asit ve nezle (Kontrollu çalışmalar)

Araştırmacılar	Askorbik asit			Plasebo			Askorbik asit - Plasebo farkı	
	Denek sayısı	Nezle/kişi/yıl	ortalama süre (gün)	Denek sayısı	Nezle/kişi/yıl	Ortalama süre (gün)	Nezle/kişi/yıl	Süre (gün)
Anderson ve ark.,1972	407	5.51	3.96	411	5.92	4.18	0.41	0.22
Anderson ve ark.,1974	583	6.03	3.28	578	6.00	3.18	- 0.03	- 0.10
Coulehan ve ark.,1974	321	0.40	4.71	320	0.46	5.92	0.06	1.21
Wilson ve ark., 1973	158	2.31	2.65	144	2.18	2.79	- 0.13	0.14
Korlowsky ve ark.,1974	101	1.69	6.80	89	1.81	6.30	0.12	0.50
Franz ve ark.,1956	44	1.27	–	45	1.33	–	0.06	–
Cowan ve ark.,1942	233	1.90	1.10	194	2.20	1.60	0.30	0.50
Cowan ve ark.,1942	227	2.40	1.70	120	2.40	1.00	0	- 0.70
Ortalama ± 1 standart hata							0.09 ± 0.06	0.11 ± 0.24
Ritzel,1961*	139	6.37*	1.35	140	11.54*	1.95	5.17	0.60

* İki haftadan az süren bu çalışmada işaretlenmiş sayılar 26 ile çarpıldığı için sonuçlar yanlış olarak değerlendirilmektedir.

Karlowsky grubu, nezlenin önlenmesi ve tedavisinde C vitamini ve plaseboyu karşılaştırmıştır. Tablo IV'ün incelenmesinden anlaşılacağı gibi; C vitamininin, nezlenin ensidansı üzerine eser derecede, devam süresi üzerine ise daha fazla etkisi vardır. Hastalık belirtilerinin şiddeti, 20 vakadan 18'inde, C vitamini alanlarda daha hafiftir ve bunların beşinde fark anlamlıdır.

Tablo III : Askorbik asit ve nezle (Gönüllülerde yapılan çalışmalar)

	Walker ve ark., 1967		Schwartz ve ark., 1973	
Veriler	Askorbik asit	Plasebo	Askorbik asit	Plasebo
İnokülasyon yapılan gönüllü sayısı	47	44	11	10
Nezle sayısı	18	18	11	10
Nezlenin ortalama süresi (gün)	8	7	6	6
Hastalığın ortalama şiddeti (sayı olarak)	16.5	16.5	5.2x	7.4x

x Dördüncü gün belirtileri

Eğer plasebo alan grup, askorbik asit aldığını sanırsa, askorbik asit alan fakat plasebo aldığını sanan gruptan daha az nezle olmaktadır ($p = 0.05$). Bu da C vitamininin hastalık belirtileri üzerine olan etkisinde telkinin gücünü ortaya koymaktadır.

Askorbik asidin nezle üzerine olan ufak çaptaki etkileri doğru ise, bunu açıklayabilecek fizyolojik değişmeleri gösteren üç çalışma vardır:

1- Hume ve Weyer, nezlenin ilk gününde akyuvar askorbik asidinin aniden azaldığını bulmuşlardır.
2- Zuskin grubu, erişkinlerde histamin inhalasyonu ile olan solunum yolları kasılmasını askorbik asidin azalttığını göstermişlerdir.
3- Valik ve Zuskin grubu, bazı tekstil tozlarının inhalasyonu ile oluşan solunum yolu kısılmasını da askorbik asidin önlediğini gözlemişlerdir.

Tablo IV : Nezlenin önlenmesi ve tedavisinde askorbik asidin ve plasebonun karşılaştırılması

Grup		Çalışmayı bitiren kişi sayısı	Nezlenin toplam sayısı	Nezle sayısı/kişi (ortalama)	Nezlenin ortalama süresi (gün)
Önleyici	Tedavi edici				
Plasebo	Plasebo	46	65	1.41±0.19	7.14±0.46
Plasebo	Askorbik asit	43	56	1.30±0.18	6.46±0.39
Askorbik asit	Plasebo	44	52	1.18±0.16	6.71±0.53
Askorbik asit	Askorbik asit	57	76	1.33±0.15	5.92±0.40

C vitamininin, nezle üzerine olan yararları hakkında yeterince bilgisi olmayan bazı kişiler, hastalık sırasında yüksek dozda C vitamini almaya karar vermektedirler. Bu tutum ilk anda makul görünebilir. Ancak paranın bir de öbür yüzü vardır. Çünkü, yüksek dozda askorbik asit almaya bağlı olarak görülebilecek muhtemel yan etkiler hakkında çok az şey bilinmektedir. Hiç bir klinik çalışma, günde 3-6 grama kadar çıkıldığı halde, askorbik asidin önemli bir toksisitesini gösterememiştir. Vitaminin kısa vadeli yan etkilerinin olmaması uzun vadeli yan etkileri olmadığı anlamına gelmemelidir. 1965'te yapılan bir çalışmaya göre; günde 500-1500 mg. askorbik asit alan bir kadından doğan bebekte skorbüt saptanmıştır. Yüksek doz C vitamini diyabetik kişilerde glukoz ölçümlerini bozmaktadır. Ayrıca hiperoksalüri de tarif edilmiştir. Böyle bir kişi, yüksek doz C vitamini almaya devam ederse idrarın devamlı asitleşmesine bağlı olarak, böbrek taşı yönünden büyük bir risk altına girecektir. Yine, yüksek doz C vitamininin süreğen olarak alınması özellikle kadınlarda, kemiklerden kalsiyum mobilizasyonuna neden olmaktadır. Yüksek dozlar, karaciğer hastalıklarının teşhisini engelleyebilmekte, menstrüel siklusu etkilemekte, hatta gebeliği bile sona erdirebilmektedir.

İdrarın alkalen olması zorunlu olan hastalıkların tedavisinde, idrarı asitleştirerek tedaviyi engelleyen askorbik asidin antikoagülan tedavisinde de problemlere yol açtığı bildirilmiştir. Bilinen bu yan etkilere rağmen sorun henüz tam olarak çözülmüş değildir.

Sonuç olarak C vitaminin gerek yarar, gerekse zararları tam bir açıklığa kavuşmamıştır. Burada tüketici için en uygun olanı "bekle ve gör" ilkesini benimsemek olacaktır. Yukarıdaki tablolarda açık olarak görüldüğü gibi, bu vitaminin yararı minimaldir ve bu arada uzun vadeli yan etkileri tam olarak ortaya konmamıştır. Daha tutarlı bilimsel kanıtlar toplanana kadar, günlük izin verilen C vitamini dozu sağlıklı kalma konusunda yeterli görülmektedir.

Üyelerimize Duyuru

BUNDAN BÖYLE HER PAZARTESİ GÜNÜ SAAT 16.00—20.00 ARASINDA ODAMIZ ÜYELERİNE, HUKUK MÜŞAVİRİMİZ TARAFINDAN;

— SAĞLIK MEVZUATI
— BAĞ—KUR MEVZUATI
— SSK MEVZUATI
— DEVLET MEMURLARI İLE İLGİLİ MEVZUAT
— ÜNİVERSİTELER
— VE DİĞER BÜTÜN HUKUKİ KONULARDA

ÜCRETSİZ OLARAK DANIŞMANLIK YAPILACAKTIR.

ANKARA TABİP ODASI

NOT: SAYIN ABONELERİMİZİN YUKARIDAKİ HİZMETTEN YARARLANABİLMELERİ İÇİN ATOB ARACILIK EDECEKTİR.

Yazışma Adresi:
ANKARA TABİP ODASI BÜLTENİ
HANIMELİ SOK. 16/2
SIHHİYE—ANKARA

KIZAMIK

DR. İNCİLAY DAĞLI

Kızamık, özgül bir virusla oluşan, prodromal devresi nezle belirtileri ve Koplik lekeleriyle nitelenen, deri döküntüleri olan çok bulaşıcı, akut bir hastalıktır.

Kızamık hastalığı ilk olarak 860'ta Razi tarafından bildirilmiştir. Eski Yunan eserlerinde ve Hipokrat'ta kızamık tanımına rastlanmamıştır. Kızamık eski tarihlerden beri salgınlar yapan bir hastalıktır. On yedinci yüzyılda İngiltere'de çıkan bir kızamık salgını; o zaman için en öldürücü hastalık olan çiçek hastalığından daha çok çocuk ölümüne neden olmuştur.

Antibiyotiklerin tedavi alanına girmesinden sonra kızamık ve komplikasyonlarından ölüm azalmıştır. Son yıllarda da kızamık aşısının uygulanmaya konması ile aşı yapılan bölgelerde kızamığa yakalanma oranı sıfıra düşmeğe başlamıştır.

Kızamık etkeni, bir RNA virusudur. Bu virus, antiseptik ve dış etkenlere dayanıksız, doku hücreleri içinde bulunmak koşuluyla kurutmaya ve donmaya uzun süre dayanıklıdır. Kızamık virusu, bağışık antikorlar yapan kuvvetli bir antijen yapısında olup, enfeksiyöz niteliği giderildikten sonra da antijen özelliğini korur. Buna dayanılarak koruyucu aşısı yapılmıştır. Hastalıktan sonra oluşan antikorlar uzun süre bağışıklık bırakırlar.

Hastalığın, az gelişmiş, kapalı ve kalabalık toplumlarda daha ağır bir klinik gidiş göstermesinin başlıca nedeni, hastalığa yakalananlar arasında zayıf, kötü beslenmiş çocuklarla, yaşlı insanların fazla oluşu, fakirlik yüzünden toplumsal koşulların bozukluğu, tıbbi bakımın yetersizliği ve ikincil bakteriyel enfeksiyonlarla etkili bir savaş yapılamamasıdır.

Kızamık, çocukluk yaşı hastalıkları arasındadır. Erişkinlerde görülmeme nedeni, çocuklukta kızamığın geçirilmesi ve bağışıklığın kazanılmasıdır. Tüm insanlar kızamığa duyarlıdır. Irk, cins, yaş, hatta iklimin hiç bir rolü yoktur. Anne kanındaki antikorların plasentadan fötüs kanına geçmesi ve onda hastalığa karşı bir direnç yaratması nedeniyle ilk 6 ayda bebekler kızamığa yakalanmazlar. Bu bağışıklık anne sütü emenlerde bir süre daha devam eder.Mamayla beslenenlerde direnç daha erken kırılabilir. Çocuklardaki bu koruyucu etki hücresel olup kanda antikor bulunmaz, dokular yenilendikçe kaybolur. Kızamık geçirmeyen annenin yavruları doğuştan kızamığa duyarlıdırlar. Bunlar anneleriyle birlikte kızamığa tutulurlar, hatta gebe iken kızamığa yakalanan annenin çocuğu da kızamığa tutulur, ölü ya da erken doğum olabilir.

Hastalık en sık 2. - 3. ve 4. yaş gruplarında görülür. Okul çağındaki çocukların büyük bir kısmı hastalığı geçirmiştir, ancak % 20'si kızamığa duyarlıdır.

Virus, kızamığın akut devresinde hastanın nazofarenks salgısında bulunur. Hastalıkların öksürük ve aksırıklarıyle atılan tükrük damlacıklarıyle bir kaç saat serbest halde uçar. Solunum yoluyle alınır. Virusun giriş kapısı üst solunum yolları mukozasıdır. Kişi virusu; hasta ile yakın ilişki yoluyle dolaysız olarak, üçüncü bir kişi aracılığıyle dolaylı olarak ya da havada asılı damlacıklar yoluyle alır. Hastalığın bulaşmasında taşıyıcıların rolü olmadığı saptanmıştır. Kızamık endemik odaklar halinde olduğundan epidemilerde yalnız hastanın suçlu olduğu kabul edilir. Bu duruma göre; epidemiyi yaratan virus, bölgeye dışardan gelenler tarafından sokulmaktadır. Kızamık bütün dünyada endemik durumdadır.

Kızamıkta, hastalanma oranı öbür bulaşıcı hastalıklardan daha yüksektir. Virusla daha önce karşılaşmamış köysel toplumlarda bu oran % 100'e yakındır, şehirsel bölgelerde ise % 85'e düşmektedir. Hastalığın özellikle köylerde daha büyük salgınlar yapmasının başka bir nedeni de konut, beslenme koşullarının iyi olmayı-

şıdır. Halkın, hastayı çevresinden ayırma işine önem vermeyerek, tersine bir düşünce ile "çocuğumuz bir an önce bu hastalığı geçirsin" diye korumaması hasta sayısını artırmakta ve hastalığın komplikasyonları yüzünden fazla ölümler olmaktadır. Şehirlerde, kişilerin bir adada toplanmış olması nedeniyle salgınlar daha kısa aralıklarla olur.

Kızamık sıklıkla kışın ve en çok da Mart ve Nisan aylarında görülür ve epidemiler yapar. Yaz aylarında görülebilirse de, mor ötesi ışınların yazın daha etkin olması ve hasta odalarının daha iyi havalandırılabilmesi nedeniyle virusun bulaşıcılığı azdır.

Halk arasında kızamığın çocukluk çağında geçirilmesi gereken bir hastalık olduğu ve yayılmasını önlemenin gereksiz olduğu inancı vardır. Onun için hastaların çoğu halk usulüne göre tedavi edilmekte ve bildirimi yapılmaktadır. (Örneğin bazı bölgelerde kızamıklı çocuklara kırmızı renkli şeker yedirirler).

Kızamık bildirimi zorunlu hastalıklardandır ve Hıfzıssıhha Kanunu'na göre her hasta 20 gün tecrit edilmelidir. Ancak bu zorunluluk hekimlerimizce ihmal edildiğinden elimizdeki istatistiksel sonuçların çok fazla bir bilimsel değeri yoktur. Ancak bir bilgi edinmek üzere; güvenilir bir kaynak olan Etimesğut Sağlık Bölgesi (E.S.B.) kayıtlarından bazı rakamları aktarabiliriz:

— Etimesğut Sağlık Bölgesi'nde, 1967-1968-1969 yıllarında en sık görülen hastalık kızamıktır. 0-14 yaş grubunda üç yılın ortalama hastalanma oranı % 034'-tür. Ortalama ölüm oranı ise komplikasyonlardan ölenler de dahil % 0.9'dur. (E.S.B. 1967-1968-1969 yılları faaliyet raporu).

— Etimesğut Sağlık Bölgesi'nde kızamık için;

1970 yılında hastalanma oranının ‰ 570, ölüm oranının % 1.4,
1971 yılında hastalanma oranının ‰ 180.3, ölüm oranının % 1.3,
1972 yılında ise hastalanma oranının ‰ 286, ölüm oranının % 0.13 olduğunu görmekteyiz (E.S.B. 1970-1972 yılları faaliyet raporu).

Vücuda giren virusun kuluçka süresi 10-11 gündür. Nezle başladıktan 3-4 gün sonra da döküntüler çıkmaktadır. Bulaştırma dönemi, döküntülerin görülmesinden 4 gün önce (nezle dönemi) başlar ve 5 gün sonra biter, toplam 9 gündür.

Kuluçka döneminden sonra, prodromal dönem nezle ile başlar. Hafif titremelerle ateş 38-39°C'ye kadar yükselir. Göz konjunktivaları kırmızı, göz kapakları şiştir ve fotofobi vardır. Koplik lekeleri, kızamığın prodromal döneminin önemli belirtisi olup gri-beyaz renkte, toplu iğne başı büyüklüğünde, çevresi koyu kırmızı bir hale ile çevrili lekelerdir. Stenon kanalı deliği çevresinde, çocuklarda ise 2. premolar dişler karşısındaki mukozada görülür. Nezle döneminin sonlarına doğru Koplik lekeleri kaybolurken yerini kısa süreli enantem alır. Prodromal dönem sonunda ateş düşer. Bunu izleyen saatlerde kızamığın ekzantem dönemi başlar. Ateşin yine yükselmesiyle birlikte kulak arkası ve altında ufak, pembe kırmızı renkte makülopapüller görülmeğe başlar, nezle ve konjonktivit artar. Döküntüler çevreye doğru yayılmağa başlayarak 24-48 saat içinde bütün vücut derisini, kolları ve bacakları kaplar. Ekzantemler birbirlerinden sağlam deri ile ayrılmışlardır. Döküntü 2-3 gün içinde ilk çıktığı yerden solmağa başlar ve 5. - 7. günde yerini deskuamasyona bırakarak kaybolur.

Kızamık klinik olarak; *ekzantemsiz* basit, kızamıkçığa benzer soluk döküntüler yapan *abortif*, *bullü*, ağır ve öldürücü olan *kanamalı* ve ölümle sonuçlanan *toksik* şekillerde görülür.

Hastalığın süresi 7-10 gündür. Ateş ekzantemden 2-3 gün sonra yavaş yavaş düşer, eğer ateş düşmezse komplikasyon oluşmuş demektir. Komplikasyonlardan en sık görüleni bronkopnömonidir. Ayrıca otitis media, enfluenza ve boğmaca ök-

sürüğü ile karışabilir. Koplik lekeleri kızamığın ayırıcı tanısında değerli bir bulgudur. Ekzantem döneminde de kızamıkçık, kızıl ve ilaçların yaptığı deri döküntüleri ile karışabilir.

Kızamığın özgül bir ilacı yoktur. Hastanın odası havalandırılmalı, loş olmalıdır. Sıcaklık 18-22° C arasında olmalıdır. Yüksek ateşli toksik vakalarda et ve yumurta verilmemelidir, ateş düştükten sonra her çeşit yiyecek verilebilir. Hastanın ağız, göz ve deri bakımına dikkat etmelidir. Tedavi semptomatiktir. Komplikasyonlar için genellikle antibiyotikler kullanılır.

Kızamıktan en iyi korunma şekli aşılanmadır. Kızamığın canlı zayıflatılmış ve ölü olmak üzere iki tür aşısı vardır. Aşı bir kez ve deri altına ya da kas içine uygulanır. Uygulamadan önce tüberkülin deri testine bakılmalıdır. Ayrıca lösemi, lenfoma ve akut ateşli hastalıklarda aşı yapılmamalıdır. Ölü aşı yalnız gebe kadınlara ve canlı aşının uygunsuz olduğu çocuklara yapılır. Aşıya karşı duyarlılık oluşursa 0.02 cc/kg gama-globülin deri altına uygulanır. Böylece fazla ateş ve diğer aşı reaksiyonları önlenir. Gama-glabülin enjeksiyonu ile sağlanabilen pasif bağışıklık süresi 4 haftayı geçmez.

Hastalığı denetim altına almak için;

- Salgın bölgesinde eğitim,
- Kızamık çıkan ailelerde 3 yaş altındaki çocuklara gama-globülin ve en etkili olarak da kızamık aşısı enjeksiyonu,
- Bölge sağlık yetkililerine bildirim,
- Hastaları tecrit, işlemlerinin yapılması,
- Ağız, burun ve boğaz bakımının yapılması,
- Ve diğer salgın önleme yöntemlerinin uygulanması gereklidir.

THE SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA

THE MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA

CERRAHİ KLİNİKLERİ

DAHİLİYE KLİNİKLERİ

MECMUALARINA 1976 YILI İÇİN

ABONE OLUNUZ

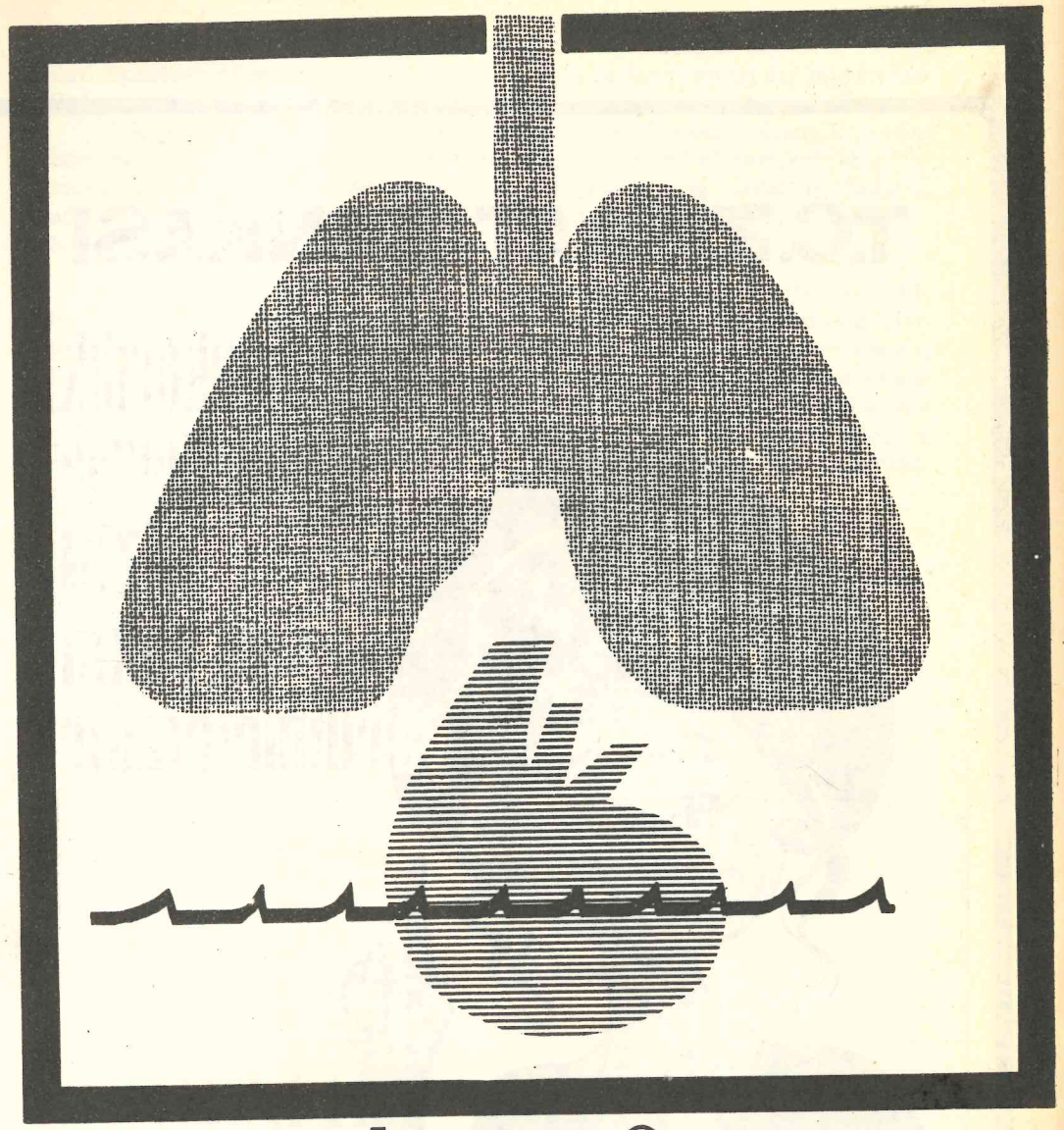
Fiatı : 600 TL. (1 Senelik Ciltli)
500 TL. (1 Senelik Ciltsiz)

Adres :
GÜVEN KİTABEVİ
Güven Apt. Müdafaa Cad. 12/5
Tel : 18 02 59
Kızılay - ANKARA

GÜVEN + ARI KİTABEVİ
Vilayet Karşısı Ankara Cad. No. 45
Tel : 26 36 03
Cağaloğlu - İSTANBUL

T.C. ZİRAAT BANKASI

bütün bankacılık işlemlerinizde SİZİN en yakın yardımcınızdır



BRİCANYL®

KALPTEKİ BETA RESEPTÖRLERİ ETKİLEMEYEN SELEKTİF BRONKODİLATATÖR

eczacıbaşı ilâç sanayi ve ticaret a.ş.

ATOB

ANKARA TABİP ODASI BÜLTENİ

GENEL SAĞLIK SİGORTASINA HAYIR

ARALIK 1975 / SAYI 3 / YIL 1 / FİATI 10 TL.