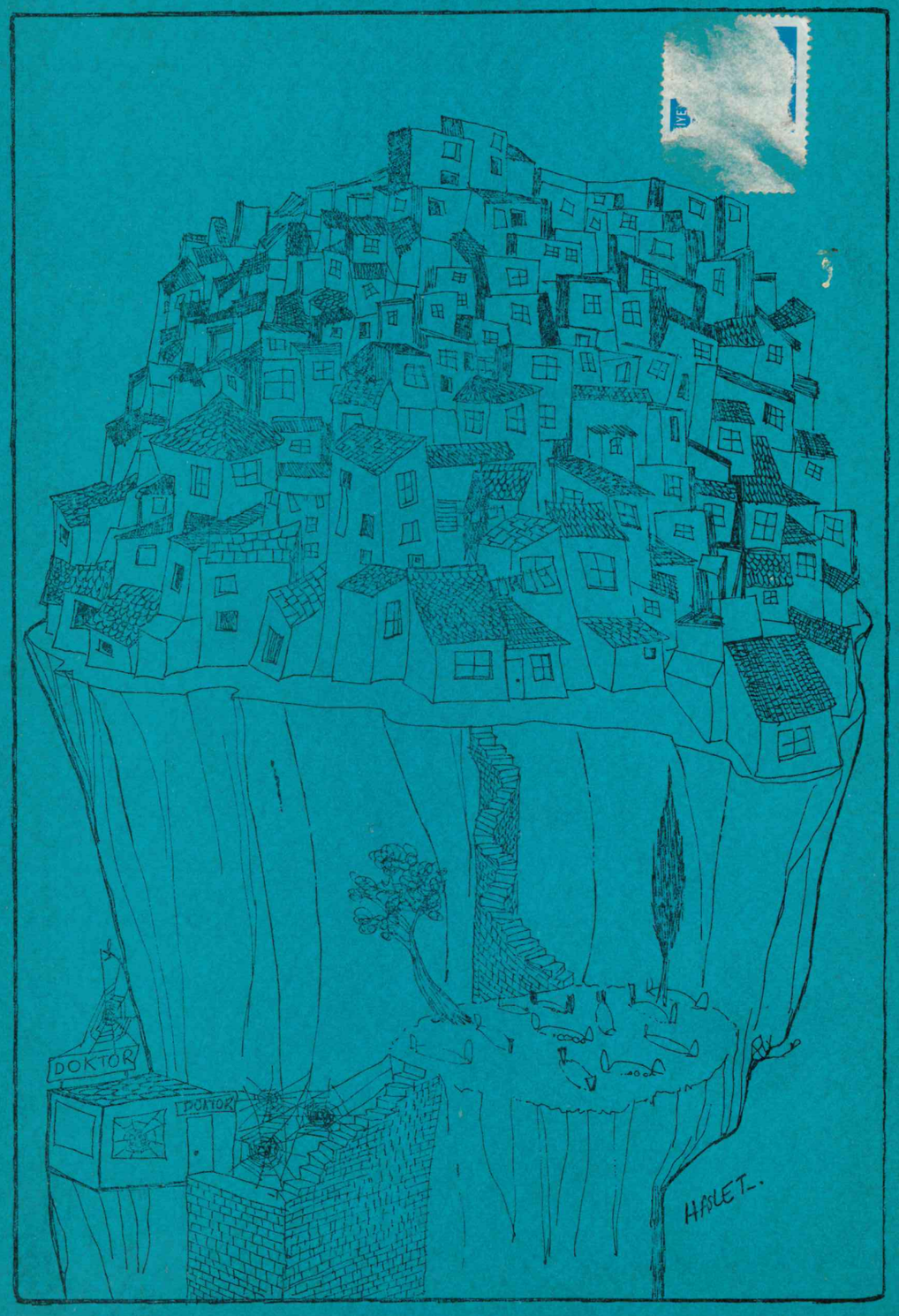


ANKARA VE İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ

TAM SÜRE ÇALIŞMA

TAZMİNATLARI YASASI

ÇIKARTILMALIDIR

MAYIS 1976 / SAYI 8 / YIL 1 / FİYATI 10 LİRA

M.A

İÇİNDEKİLER

TAM SÜRE ÇALIŞMA TAZMİNATLARI YASA TASARISI 4
RÖPORTAJ (Dr. Mete TAN ve Dr. Kemal TABAK ile) 7
Bir Tasarı Hakkında (Dr. Hamdi ÖĞUŞ) 9
HABERLER 11
Dr. Turhan TEMUÇİN 17
Dr. İhsan ÜNLÜER 19
Prof. Dr. Nusret FİŞEK 23
ARAŞTIRMA — DERLEME
Ülkemizde Ana—Çocuk Sağlığı (İzmir Tabip Odası — Halk Sağlığı Bürosu/Ana Çocuk Sağlığı Ekibi) 26
Topyekün Üretkenlik Kavramı Üzerine (Dr. Osman Nuri KOÇTÜRK) 33
Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı (Dr. Recep AKDUR) 38
İngiltere'de Sağlık Hizmetleri (Dr. Mehmet TUNCA) 49
Belediyeler ve Halk Sağlığı Üzerine Görevleri (Dr. Şükrü GÜNER) 52
Kalkınma Planı ve Sağlıkla İlgili Önerilerinin Gerçekleşme Oranı (Cevdet DURANOĞLU) 57
OKUYUCU MEKTUPLARI 64

TOB
Türk Tabibler Birliği
Ankara ve İzmir Tabip Odaları Aylık Yayın Organı

Sahibi :
Ankara Tabip Odası Başkanı
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Yazı İşleri Müdürü :
Dr. Orhan AYBERS

Teknik Düzenleme :
Cevdet DURANOĞLU

Yazı Kurulu :
(Ankara Tabip Odası'ndan)
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ, Dr. Bülent KAVAKLI, Dr. Orhan AYBERS
(İzmir Tabip Odası'ndan)
Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan SEVİNÇ, Dr. Soniz EVREN

Yönetim Yeri :
Hanımeli Sok. 16/2
Sıhhiye/ANKARA
Tlf : 29 55 70

Kapak ve iç baskı :
HALKEVLERİ KÜLTÜR VAKFI BASIMEVİ
Tel : 18 81 03

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.
Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL.
Dış ülkelere 12 $ (Normal Posta)
Yayınlanan yazılardaki görüş ve düşünceler yazarlarına aittir. Odalarımızı ve TOB'u bağlamaz.

İlân Tarifesi :
Kapaklar ..... 1500 TL.
İç tam sayfa ..... 1000 TL.
İç yarım sayfa ..... 750 TL.

TAM SÜRE ÇALIŞMA TAZMİNATLARI YASA TASARISI

Siyasal iktidarlar ötedenberi sağlık hizmeti veren kimselere, düşük ücret vermeyi bir gelenek haline getirmişlerdir. Bir avuç egemen güç dışında çalışanları kapıkulu gibi görme zihniyetinde olan MC çevrelerinin, en son olarak bir kısım sağlık personelinin memurlaştırılarak sendikal haklarının — hukukta müktesep hak diye bir ilke olmasına rağmen— ellerinden almak istemesi bunun tipik bir örneğidir. Şöyle ki, hizmet sektöründe çalışanları kapıkulu gibi gören anlayış, artan fiyat artışlarına ve kur ayarlaması adı altında perakende devalüasyonlar sonucu, satın alma gücünü düşürmelerine karşılık, tertipledikleri 'karşıt görüşlü gençler gene çatıştı' bulanık ortamında, bundan altı ay önce yapılan bir araştırmaya göre 17 olması gereken memur maaşları katsayısını 9'da bırakıp, sağlık kesiminde çalışanların çıkmasını beklediği yasaları savsaklamaktadırlar.

Bu yasa tasarılarından biri olan Full Time Tazminatları yasa tasarısı; kamu kuruluşlarında tam süre çalışmakta olan sağlık personelinin- muayenehanecilik yapmayan emekçi diye adlandırabileceğimiz kesiminin- ekonomik şartlarını bir nebze olsun düzeltecek olan bir tasarı. Aşağıda tasarının metnini bulacaksınız. Halen meclis rafları arasında bulunan yasa tasarısının eksik ve yanlış yönleri konusunda eleştirileriniz, bize bundan sonraki girişimlerimizde ışık tutacaktır.

TASARININ METNİ :

Madde 1 — Bu kanun, Devlet kamu hizmetlerinde, iktisadî devlet teşekküllerinde, Sosyal Sigortalar Kurumunda ve benzeri diğer kuruluşlarda aslî ve sürekli görevlerde çalışan ve kapsamı 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun (1327 sayılı Kanun ve kanunları değiştiren çeşitli kanun hükmündeki kararnamelerle 36'ncı maddesi III'ncü sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personele uygulanır. 12 sayılı kanun hükmündeki kararnamenin 4 üncü maddesinin (b) bendindeki (Sözleşmeli personel) başlıklı paragrafın 11. fıkrasındaki sözleşmeli personel, tabip veya uzman tabiplerle işçi statüsünde olup toplu sözleşmeyle aylık alan personel ve 657 sayılı Kanunun genel hükümleri içinde çalışmayı tercih eden hekimlerle, diş hekimleri bu kanunun kapsamı dışındadır.

Madde 2 — Birinci maddede belirtilen kurumların sağlık hizmetleri ve genel idare hizmetleri sınıfında çalıştırılan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim ve sağlık alanında uzmanlık sertifikası olup, bu uzmanlık hizmetini yürüten biyolog, kimya mühendisi, kimya lisansiye ve kimya yagerlere; aylıklarına ek olarak 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun belirttiği 1. derecenin son kademesi aylığının % 80'i tutarını geçmemek üzere aylık tazminat verilir.

Madde 3 — Birinci maddede belirtilen kurumların sağlık hizmetleri, genel idare hizmetleri, eğitim ve öğretim hizmetleri sınıfında çalıştırılan lise dengi mesleki eğitimini tamamlamış hemşire, ebe, lâborant (Ağız protezleri, lâboratuvar, radyoloji, fizik tedavi, eczane, çevre sağlığı) teknisyenleri ile sosyal hizmet uzmanı psikolog, diyetetist, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ve sağlık memurlarına; aylıklarına ek olarak 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun belirttiği 3. derecenin son kademesi aylığının % 40'ı tutarını geçmemek üzere aylık tazminat verilir. Bu personelden yüksek tahsil meslek diploması olanların tazminatları 1. derecenin son kademesinin % 50'sine kadar ödenebilir.

Madde 4 — Birinci maddede belirtilen kurumların sağlık hizmetlerinde çalıştırılan ortaokul dengi sağlık okulları mezunlarına; aylıklarına ek olarak 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun (Bu kanunda değişiklik yapan kanunlarla) belirttiği 5. derecenin son kademe aylığının % 40'ı tutarını geçmemek üzere aylık tazminat verilir.

Madde 5 — Birinci maddede belirtilen kurumların sağlık hizmetlerinde çalıştırılan ilkokulu bitirmiş ve ilgili meslek belgesini almış fizik tedavi, lâboratuvar, eczane, ağız protezleri, anestezi, radyoloji teknisyen yardımcıları ile ebe ve hemşire yardımcılarına; aylıklarına ek olarak 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 7. derecesinin son kademesi aylığının % 40'ı tutarını geçmemek üzere aylık tazminat verilir.

Madde 6 — Bu kanun kapsamında çalışan personelin mesai saatleri; madde 2'de belirtilmiş olanlar için 8.00 — 17.00 arası, madde 3 ve madde 4'de belirtilmiş olanlar için 7.30 — 18.00 arası; madde 5'de belirtilmiş olanlar için 7.00 — 18.30 arasıdır. Cumartesi ve Pazar hafta sonu tatilleri ile mesai günlerinde yarım saatlik öğle yemeği tatili hakları saklıdır.

Madde 7 — Bu kanunun 2, 3, 4, 5. maddelerinde belirtilen personelden, âcil vakalar için mesai saatleri dışında sağlık tesislerine çağrılanlara nöbet tutanlara, bu hizmetleri karşılığında ayrıca ödenecek tazminatların esas, şekil ve nisbetleri,

Sağlık ve Sosyal Yardım, Sosyal Güvenlik ve Çalışma Bakanlıklarının müştereken hazırlayacakları bir yönetmelikte belirtilir.

Madde 8 — Bu kanunun kapsamında çalışan personel, hariçte serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemez; resmî ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak meslekî görev alamazlar.

Ancak bu personelden 2. maddede belirtilmiş olan tabip ve diş tabipleri, şahısları adına ayrı bir işyerine sahip olmamak şartıyla mesai saatleri dışında bağlı bulundukları kurumları adına özel meslek icra edebilirler. Bu icraatın uygulamasına dair ilgili mevzuat ve prim oranları Sağlık Sosyal Yardım, Sosyal Güvenlik ve Çalışma Bakanlıklarının müştereken hazırlayacakları bir yönetmelikte belirtilir.

Madde 9 — Bu kanun kapsamında çalışan personele aylıklarından ve meslek tazminatlarından ayrı olarak, hak kazanabilecekleri meslek tazminatı tavanını geçmemek üzere mahrumiyet esasına göre Sağlık Sosyal Yardım, Sosyal Güvenlik ve Çalışma Bakanlıklarının müştereken hazırlayacakları ilgili yönetmelikteki kademelere göre mahrumiyet tazminatı ödenir. Hangi idarî dilimlerin mahrumiyet bölgelerine girecekleri, hazırlanacak müşterek yönetmelikte belirtilir.

Madde 10 — Bu kanuna göre ödenen tazminatlar, ilgili personelin aylıklarından ayrı olarak vergilendirilir.

Madde 11 — Bu kanuna göre ödenen tazminatlar, 1327 sayılı kanunun 49. maddesiyle değiştirilen 657 sayılı kanunun 146. maddesine tabi değildir.

Madde 12 — Dokuzuncu maddeye göre yönetmelikle tesbit edilen hizmet yerlerine tabip veya diş tabibi temini mümkün olmayan hallerde bu kanun kapsamına giren kurum ve kuruluşlar sözleşmeyle bu memurları çalıştırmaya yetkilidir. Hangi hal ve şartlarda bu maddeye göre tabip veya diş tabibi çalıştırılacağı ve ödenecek ücretlerin miktarı Maliye Bakanlığının görüşü alınmak suretiyle Sağlık Sosyal Yardım ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları tarafından hazırlanarak Bakanlar Kurulunca onaylanacak kararnamelerle tesbit edilir.

Madde 13 — Bu Kanun yürürlüğe girdiği tarihte, bu kanunla ilgili 641 sayılı kanunla, 506 sayılı kanunda 672 sayılı Kanunla yapılan değişiklikler yürürlükten kaldırılmıştır.

Geçici Madde — Bu kanunda öngörülen yönetmelikler yürürlüğe girinceye kadar, 641 ve 672 sayılı Kanunların öngördüğü tazminat ve primlerin ödenmesine devam olunur.

Madde 14 — Bu kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Madde 15 — Bu kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

röportaj

Full—Time Tazminatları Kanun Tasarısı, kamu kuruluşlarında tam gün çalışmakta olan hekimler ve diğer sağlık personeline, kademeli olarak 1. derece devlet memuru maaşının % 80'ini geçmemek üzere, tazminat ödenmesini öngörmektedir. Buna karşılık hekimlerin kamu kuruluşlarında tam gün çalışmalarını öngörmektedir. Böylece tam-gün kamu sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin özel muayenehane açmaları eğilimine ve yöntemine bir ölçüde engel olunmaya çalışırken, maddi yönden de bir ölçüde hakkının verilmesine çalışılmaktadır.

Kanun tasarısı TBMM Sağlık Komisyonundan aylar önce geçerek Bütçe—Plan komisyonuna gelmiştir. Uzun süredir tasarı bu komisyonda bekletilmekte, halkımızın sağlık sorununa yararlı olacak bu kanun, komisyonda ağırlığı bulunan siyasi iktidar tarafından geciktirilmektedir.

Bu kanun tasarısının TBMM'de gecikmesi sağlık kurumlarında huzursuzluğa yol açmaktadır.

Aşağıda, Ankara Tabip Odası Basın Müşaviri Cevdet Duranoğlu'nun, yasa tasarısını TBMM'ye teklif eden AP Milletvekili Sayın Dr. Mete Tan ve CHP Milletvekili Sayın Dr. Kemal Tabak'a konu ile ilgili yönelttiği soruların yanıtlarını bulacaksınız.

Dr. Mete TAN

AP. Milletvekili

Ben bu kanun tasarısını, Türk Tabibler Birliği Merkez Konseyinin bana verdiği belgeler ışığında düzenledim. Gündemin beşinci maddesinde bulunan Full-Time Tazminatları Kanunu, bu yıl mutlaka çıkacaktır. Hayat pahalılığı karşısında bu kanunun çıkması bir zorunluluk haline gelmiştir.

Bu kanunla kime ne kadar para verileceğini, şimdi size söyleyecek durumda değilim. Esasen bu kanun sadece doktorlara değil, hemşire, ebe ve bilumum sağlık personeline de hitap etmektedir. Sağlık hizmetinin bir bütün olduğunu kabul etmemek mümkün değil.

Bu kanunun uygulanmasıyla hekimler maddi açıdan tatmin olacaklar ve böylece muayenehaneler kendiliğinden kapanacaktır. SSYB'ğı bu kanuna sahip çıkmalı, desteklemelidir. Çünkü kanunun çıkmasıyla SSYB'ğı, personelinden daha iyi hizmet alabilecek, verim daha artacak ve ça

lışanlar da zevkle çalışacaklardır. SSYB'ğının bu kanun karşısında ilgisiz kalışını, şah sen şaşırtıcı buluyorum.

Bu kanunun çıkması yolundaki uğraşılarımda ben mecliste tek başıma kaldım. Şu kısacık görüşmemiz sırasında, doktorlardan gelen konuyla ilgili telefon sayısı dikkatinizi çekmiştir sanırım. Meclise gelen ziyaretçilerimin hemen hemen tümünü kanunun çıkmasını dört gözle bekleyen doktorlar oluşturuyor...

Pek tabii ki bu konuyu tabip odalarının ele alması gerekir. Hem ele alın da kardeşim, şu telefon ve ziyaretçiler den başımı kaldırıp, şöyle bir off diyeyim...

Dr. Kemal TABAK

CHP Milletvekili

Türk Tabipler Birliği M. Konseyi bir teklif hazırladı. Ben de imzalayıp bunu bir teklif halinde TBMM Başkanlığına verdim. Bu teklif, geçtiğimiz yılın Haziran ayında Meclis Sağlık Komisyonundan geçti ve Bütçe Plan Komisyonuna geldi.

Bu komisyonun oluşumu ilginçtir. Komisyonda hükümet 2/3, muhalefet 1/3 oranın da temsil edilir. Dolayısıyla tasarılar otomatikman hükümetin insafına girer. MC iktidara geçince, bu CHP teklifidir, biz buna oy vermeyiz havasına girdiler. Benim tasarımın aynısını Dr. Mete TAN'da verdi. Ben Meclis Sağlık Komisyonu Başkanı olunca, kanun hemen çıksın diye parti hesaplarına girmeden, Mete Tan'ın teklifini komisyondan ivedilikle geçirip, bütçe plan komisyonuna gönderdik. Sağlık Komisyonunda Dr. Mete Tan'ın teklifine tüm CHP'li üyeler olumlu oy vermişlerdir. Bağımsız üye Dr. Nazım Baş olumsuz oy kullanmıştır.. Bütçe plan komisyonunda benim ve Dr. Mete Tan'ın vermiş olduğumuz teklifler, birleştirildi.

Benim görüşüm, bu iktidar, bu sene, bu tasarıyı çıkarmaz. Ama çıkarmayacağım da diyemez. Göreceği tepkiden korkar uyutur, gider. İki ay sonra meclis tatile giriyor. MC çevreleri Full-Time Tazminatlarını vermek istemiyor, veremeyiz de demiyor. Şayet bütçeye yük gelecek diye bir bahane ileri sürülüyorsa, değil. Gübre ve demir çelikte on milyarları gözden çıkaranlar, çimento ve mobilya yolsuzluklarına.. göz yumanlar bu sorunu pekala halledebilirler. CHP iktidarda olsa idi, şimdiye kadar yirmi kez bu kanun çıkmıştı..

Kendisi de bir doktor olan Sağlık Bakanı Sayın Kemal Demir'in konuya ilişkin suskunluğu ise üzerinde yorum yapmayı gerektirmeyen bir konu bence...

BİR TASARI HAKKINDA

Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Ankara Tabip Odası Başkanı

Üniversiteler dışındaki tüm sağlık personelini yakından ilgilendiren bir tasarı son günlerde, nihayet komisyonlarda boy göstermeye başladı. Sağlık komisyonundan Bütçe Plan Komisyonuna gönderildiği bilinen «Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun Teklifi» bu sözünü ettiğimiz tasarı.

Yıllardır komisyondan komisyona mekik dokuyarak başı dönen ve durmadan biçim değiştiren tasarı bu dönemde meclisten çıkacağa pek benzemiyor. Teklifler, biri muhalefet olmak üzere en büyük iki partinin birer üyesine ait. İçerik olarak da birbirlerinden pek farklı değil. Yine de teklif sahiplerinden biri, özel olarak verdiği demecinde açıkça belirtti :

— Bu tasarının bu dönemde kanunlaşması hayaldir.

Yaygın bir söylenti; Ankara Tabip Odası'nın diğer dokuz demokratik kuruluşla birlikte düzenlediği miting ve yürüyüşün bazı «büyüklerimizi» kızdırmış olmasıydı. Demişlerdi ki, bazı sayın parlamenterler; «Ankara Tabip Odası bu programı iptal etsin, tasarıyı hemen komisyonlardan geçirelim.» Bu arada bazı «meslektaşlarımızın» da katıldığı bir karşı kampanya sürdürülmeye çalışılıyordu. Bunlar hep miting ve yürüyüşten önce oluyordu.

Bazı çevrelerce «istenmeyen» eylemler için bir şantaj aracı olarak kullanılması bile düşünülen bu tasarı bu kadar önemli midir ve acaba yakın zamanda kanunlaşır mı?

Tasarıyı Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi hazırlamış ve aynı zamanda hekim olan milletvekilleri Kemal Tabak ve Mete Tan tarafından Meclis'e sunulmuştur. Hekim, eczacı ve veterinerler dışındaki sağlık personelini, sağlık hizmetlerinin bir ekip halinde ve bir bütünlük içinde verilmesi gerektiği gerçeğinden uzak bir anlayışla bir yerde «yine mağdur» bırakan bu tasarı, her şeye rağmen yine de sağlık personeline bazı olanaklar sağlayacaktır. Sağlık personelini, kamu sağlık kurumlarında tutabilmeyi, hekim ve diğer sağlık personelinin sağlanmasında güçlük çekilen yerlerdeki boş kadroları az da olsa doldurabilmeyi sağlamada büyük ölçüde yardımcı olacak, ayda 2400 TL. ile geçinen asistanların, 1500 TL. ile geçinen sağlık personelinin geçim tasasına düşmeden başarılı bir çalışma verebilmesini sağlayacaktır.

Bugün hekimlerimiz, kamu görevi yapan ve serbest çalışan olmak üzere iki gruba ayrılmış durumda. Bu arada, yatak ticareti yapanlar özel bir ara tipi oluşturuyorlarsa da aslında ikinci gruba girmektedirler. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da politikaları bağımsız olmayan iktidarlar, hekimi kamu sağlık kurumlarından uzaklaştırabilmek, muayenehane hekimliğine itebilmek için ellerinden geleni yapmaktalar. Bu amaçla 224 sayılı sosyalleştirme yasası yozlaştırıldı, devlet hastanelerinde çalışan asistanlar ve diğer sağlık personeli ekonomik sorunlarla karşı karşıya bırakıldı. Son olarak da Mart ayında aynı asistanların yan ödemeleri kesildi. Memurlaştırılarak sendikal hakları ellerinden alınan sağlık işçilerinin durumu da oynanan oyunun başka bir perdesini oluşturuyor. Koruyucu hekimlik hizmetlerinden çok daha pahalıya mal olan, tüketime yönelik, ilâç, tıbbi malzeme ve cihaz sağlama gibi konularda dışa bağımlılığı daha da perçinleyen bir sağlık politikası uygulanmakta. Hekimin ve diğer sağlık personelinin emeklerinin tam olmasa da karşılıklarını alarak, bir bütünlük içinde ve ekip halinde sağlık hizmeti vermesi ve başarılı olması elbette ki egemen çevrelerce istenen bir şey değildir. Bunun hele «sözde» sosyalleştirilmiş bölgelerde de gözlenmesine hiç tahammülleri yoktur. Bunun için yapacakları şey; sabit gelirli sağlık personelini ekonomik dar boğazlara sokmak, bu arada sağlık personeli arasında ekonomik ve bürokratik uçurumlar yaratmaktır. Böylece, ya geçimini doğru dürüst sağlayamayan hekim serbest olarak çalışmayı yeğleyecek, ya da diğer sağlık personeli arasında yaratılan huzursuzluk tüm sağlık ekibini başarısız kılacaktır. Bu uygulamaların sonucu sosyalleştirilmiş bölgelerdeki hemşire kadrolarının % 70'i, sağlık memurları kadrolarının % 35'i, ebe kadrolarının da % 35'i boş kalmıştır. Peşinen başarısız olacak ve başarısızlığından sorumlu tutulacak hekim de buraya gitmek istememiş ya da gitmişse terketmiştir. Nitekim bugün bu gelerde uzman ve pratisyen hekim kadrolarının % 65'i boştur.

Aynı şeyler hastaneler için de söz konusudur. Devlet hastanelerinde uzmanlık öğrenimi yapan asistanlar ve diğer sağlık personeli çok güç koşullar altında çalışmaktadır. Bu personele nöbet ve fazla çalışma ücretleri ödenmemektedir.

İktidarların, hekimi muayenehane açmaya ve kamu sağlık kuruluşlarındaki hizmeti başarısız kılmaya yönelik uygulamaları, sağlık hizmetlerini tam bir çıkmaza sokmaktadır. Aynı amaca yönelik «Genel Sağlık Sigortası yasa tasarısı» da bunu iyiden perçinleyecektir. Tam süre çalışma tasarısının yasalaşması bu gayretleri oldukça baltalayacaktır.

Bu nedenle, tam süre çalışma tasarısının erken dönemde, hele istenilen nitelikte çıkabileceğini pek sanmıyoruz.

haberler

İş Güçü ve İş Riski Tazminatlarını Arttıracak Olan Kararname Derhal Çıkarılmalıdır.

Bilindiği gibi 1976 yılı Bütçe Kanunu, üniversitelerin bünyesi dışında çalışan sağlık personelinin iş riski ve iş güçlüğü tazminatlarının arttırılmasını öngörüyordu. Bütçe Kanununun çıkmasından bu yana iki ay geçmesine rağmen, sağlık personelinin dört gözle beklediği kararname bir türlü çıkmadı.

Sağlık Bakanlığı yetkililerinden öğrendiğimize göre, SSYB'ğı bünyesinde çalışan sağlık personelinin iş riski ve iş güçlüğü tazminatlarının tavanına % 100 bir zam yaparak, bürüt 2000 TL'ya çıkarılmasını Bakanlar Kuruluna teklif etmiştir. 1. Mart 1976'dan itibaren geçerli olacak olan tazminat artışlarından, SSK'da çalışanlar da fayda sağlayacaklardır.

Çarpık sağlık hizmetleri politikası dişlileri arasında, manevi açıdan zaten huzursuz olan gerçek sağlık personelinin, fiyat artışları ve kur ayarlamaları adı altında yapılan perakende devalüasyonlar sonucu payına düşeni gördükçe, huzursuzluğu daha bir artmaktadır. Yapılan bilimsel araştırmalara göre, memur maaşlarının katsayısı başını alıp giden pahalılığı ikame edebilmesi için 17 olması gerekirken kat sayıyı 9 da bırakan MC iktidarı, hazırlanan iş riski ve iş güçlüğü tazminatları kararnamesini derhal çıkarmalıdır.

Bir Sayıştay Kararı

Bilindiği gibi yüksek okullarda askeri öğrenci olarak okumuş olup da, daha sonra ordudan disiplinsizlik nedeni ile ilişkisi kesilenler (Harp Okulları dahil) 1803 sayılı yasa gereğince askerliklerini yapmış sayılmaktaydılar. Ancak yukarıda adı geçen kişiler, seneler boyu emeklilik keseneği ödemiş olmakla beraber, intibaklarında bu durum değerlendirilmiyordu.

Odamızın yapmış olduğu başvuru üzerine, Sayışta 1.4.1976 tarihinde almış olduğu 3820/1 nolu karar uyarınca 21 Mayıs ve 12 Mart sonrası ordudan ihraç edilenleri de kapsayan bu kişilerin normal askerlik süresinin intibaka ve emekliliğe sayılmasına karar vermiştir. Bu durumdan faydalanacak olan üyelerimizin, bağlı bulundukları kuruluşlara bir dilekçe ile başvurarak intibaklarını düzelttirmeleri gerekmektedir.

İş ve İşçi Sağlığı Anlayışı Örneği

1945 yılında kabul edilen sigorta bir finansman örgütü olmasına rağmen, bizde kendi hizmet örgütlerini de kurmasına izin verilmiştir. Önceleri bu olumlu bir atılım sanılmış ise de, daha sonra ülkemizde hekim dağılımındaki eşitsizliğin daha da kötüye gitmesini körükleyen bir öge olduğu anlaşılmıştır.

Koruyucu hekimlik hizmetlerini olumsuz yönde etkileyen ve onu hizmet dışı bırakan bu örgütlenme modeli tedavi hizmetlerini bile yapamamaktadır. Aşağıdaki tablo bunu çok açık bir şekilde sergilemektedir.

SSK işçilerden kesilen pirimlerle ayakta duran bir kurumdur. Doğaldır ki, işçi de kendinden kesilen pirimlerle varlık kazanan bu kurumdan hizmet beklemektedir. Oysa beklenen bu hizmet örneğin Zonguldak'ta şöyle gerçekleşmekte ve gayet ilginç bir görünüm arzetmektedir.

60 Bin işçiye hizmet verme görevini yükümlenen, Zonguldak SSK hastanesinde 31 doktor, 4 eczacı, 47 hemşire, 162 hastabakıcı ve 170 adet diğer personel çalışmaktadır. Mevcut 455 yatağın ise ancak 330'u işçilere ayrılmış bulunmaktadır. Bu ise üç yataklık odaya beş yatak, iki yataklık odaya üç yatak sıkıştırılmak suretiyle sağlanmaktadır...

İşte ülkemizdeki sosyal güvenlik anlayışı, işte ülkemizdeki işçi sağlığı anlayışı; işçiye işçinin parasıyla bile bakılmamaktadır. 60 Bin işçinin bulunduğu Zonguldak yöresinde 330 yataklı bir hastanede sayısı çok az bir sağlık personeli ile, değil modern tıbbın gereklerini yerine getirmek en acil tedavi edici hekimlik hizmetlerini dahi sağlamak olanaksızdır. Bu ancak yasak savmak niteliğinde bir hizmet anlayışıdır.

"Hayat Pahalılığı ve Beslenme"

4. Nisan. 1976 Pazar günü Sincan Töb—Der salonunda «Beslenme ve Hayat Pahalılığı» konulu bir sohbet toplantısı yapıldı. Konuşmacı olarak Ankara Tabip Odası, İlerici Kadınlar Derneği, Ankara Kadınlar Derneği, Pahalılık ve İşsizlikle Mücadele Derneğinden birer üyenin katıldığı toplantıyı, Sincan Töb—Der Şubesi üyeleri, Sincan Gençlik Derneği üyeleri ve kalabalık bir halk topluluğu izledi.

Toplantıda Sağlıklı Beslenme ilkeleri, iyi ve kötü beslenmenin sağlığa nasıl yansıdığı, çeşitli ülkelerdeki beslenme ve sağlık durumu, Türkiye'nin beslenme politikası, tarım ve hayvancılık politikası ,ve hayat pahalılığının nedenleri konuşulup tartışıldı.

Konuşmacılar; ülkemizde açlıktan ölüm olaylarının olduğunu bunun zaman zaman basında yeraldığını, bunun yanında ülkemiz insanlarının gizli açlık içinde bulunduğunu belirttiler. Hayat pahalılığının halkımızın üzerine yaptığı etkinin mevcut gizli açlığı açık bir hale getirdiğini öne süren konuşmacılar, pahalılığın dışa bağımlı egemen sınıflar iktidarlarının yürüttükleri enflasyonist politikalar sonucu ortaya çıktığını vurguladılar.

T.T.B. TEMSİLCİLER MECLİSİ TOPLANTISI YAPILDI

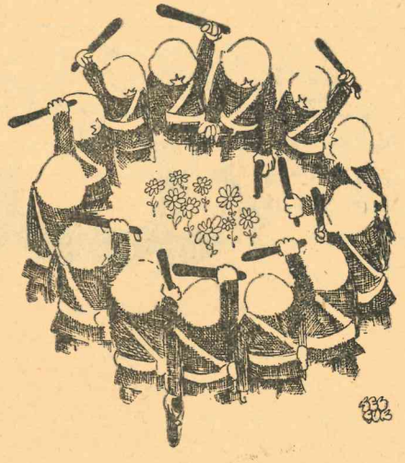
Dr. Erdal Atabek «Her baskı, direnme hakkını da birlikte getirir» dedi.

Tüm tabip odalarının yönetici veya temsilcilerinden oluşan, Türk Tabipler Birliği Temsilciler Meclisi Toplantısı 21. Nisan. 1976 tarihinde, Antalya'da yapıldı. İki gün süren toplantıyı bir konuşma ile açan Türk Tabibler Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Erdal Atabek,

«Toplumun bütün demokratik kuruluşları ve demokrasiye inanan kitleleri, bugün tarihsel bir görev olarak baskıların karşısına dikilmek ve direnmekle yükümlüdürler. Tarihte faşizmin başarısı, bir ülkede buna karşı koyması gereken kitlelerin yılgınlık, korkaklık ve kaypaklıkları üzerinde kurulmuştur. Onun içindir ki, bugün bütün demokratik kuruluşların ilk gündem maddesi, demokratik özgürlüklerin korunması ve can güvenliğinin sağlanması olmalıdır.» diyerek şöyle devam etti :

«Can güvenliğinin bulunmadığı, hergün denecek sıklıkla insanların öldürüldüğü, düşünce ayrılıkları nedeniyle insanların bir kısmının öldürülüşünde diğer bir kısım insanların siyasal iktidarca korunduğu bir ülkede insan sağlığından söz açılamaz. Bunu şiddetle protesto ediyoruz. Ortamın bu duruma getirilişi nedeniyle sağlık hizmetleri büyük bir huzursuzluğa sürüklenmiştir... Baskı sahipleri bilmelidirler ki, her baskı direnme hakkını da birlikte getirir. Demokratik direniş, baskıların doğal sonucudur. Baskılara karşı direneceğiz.» diyen Atabek, sürekli artan hayat pahalılığının toplum sağlığını ciddi biçimde bozacak bir yanlış beslenmeyi zorunlu kılarken, diğer yandan milli gelir dağılımındaki dengesizliği de arttırmakta olduğunu belirtti.

Meclislerde bulunan sağlık personeliyle ilgili yasa tasarılarının çok yakından izlendiğini söyleyen Erdal Ata-



bek, «görüşmeler yeterli hızı kazanamazsa tepkimiz yaygın ve şiddetli olacaktır» dedi.

İki gün süren çalışmalardan sonra şu konularda görüş birliğine varıldı.

● Ülkemizde can güvenliği kalmamıştır. İnsan sağlığıyla uğraşan hekimlerin bu konuya karşı tarafsız kalamayacağı bir gerçektir. Zor rejimi getirme isteyenlerin karşısında demokratik meslek kuruluşları olarak karşı çıkılmasına,

● Genel Sağlık Sigortasına karşı çıkılmasına.,

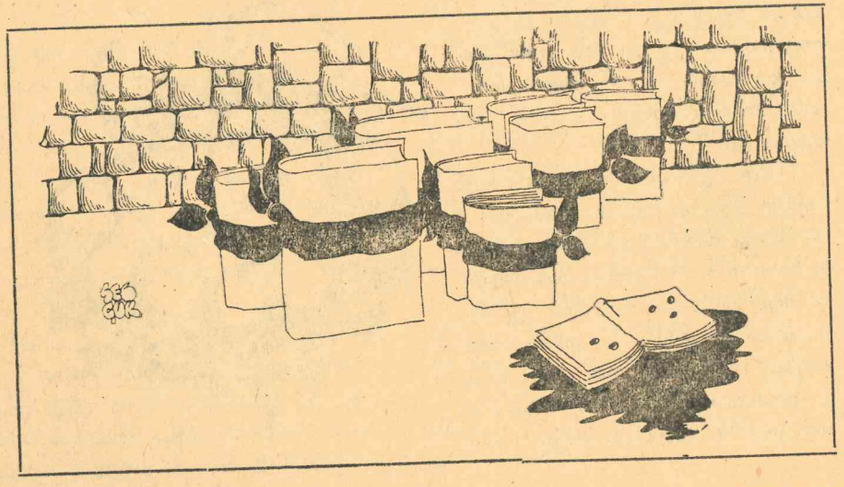
● 1. Mayıs İşçi Bayramı kutlama toplantılarına Disk tarafından çağrılan odaların katılıp, katılmama konusunda kendilerinin karar vermesine,

● Full-Time Tazminatları Yasa Tasarısının gerçekleşmesi yolunda, Merkez Konseyine daha aktif girişimlerde bulunması için yetki verilmesine ve,

● Gelecek temsilciler Meclisi toplantısının üç ay sonra Sivas'ta yapılmasına karar verildi.

Saldırılar, Cinayetler, Kıyımlar...

8 Nisan günü Ankara cadde ve sokakları adeta savaş alanına döndü. Siyasal Bilgiler Fakültesine dışarıdan gelen silâhlı bir grup faşist komando polisin gözü önünde saldırdı. Sonuç: 27 Mayıs İhtilalini yapanlardan Millî Birlik Komitesi üyesi Muzaffer Yurdakuler'in oğlu Hakan Yurdakuler ölü, iki ağır yaralı ve yaralılar... Daha sonra olaylar gelişti. Yapılan silâhlı saldırıyı protesto eden gençleri, Kurtuluş meydanında kurşunla karşılayan güvenlik kuvvetleri, harekatlarını Hacettepe yurdunda da yurd müdürünün karşı çıkmasına rağmen sürdürdüler.



O günün bilânçosu, Hakan Yurdakuler, Esari Oran ve Burhan Barın isimli öğrenciler ölü, üç ağır yaralı yüzlerce yaralı ve gözaltında öğrenci... Talan edilmiş bir yurt.

OLAYLARIN ARDINDAKİ GERÇEK

Ertesi gün faşistlerin ve güvenlik kuvvetlerinin ateşiyle ölen ve yaralanan gençler için, TMMOB, TÜM — DER, TÜMAS, ANKARA TABİP ODASI, TÜS — DER, TÜTED, TÜMÖD, TİB, TÖB — DER ve ÇAĞDAŞ HUKUKÇULAR DERNEĞİ yöneticileri, düzenledikleri basın toplantısında «Artık ülkemiz can güvenliğinin kalmadığı, faşist terörün kol gezdiği bir ülke haline gelmiştir» diyerek özetle şunları söylediler:

«Bu faşist baskıların ve cinayetlerin amacı bellidir... Her gün yeni bir yolsuzluk ortaya çıkmakta, rüşvet olayları birbirini izlemektedir. Ülkemiz silâh ambargosunun sözde kalkması karşılığında ABD Emperyalizmine açıkça peşkeş çekilmeye devam edilmektedir. Bu olgular karşısında hâkim sınıfların gerçek yüzü ortaya çıkmakta ve halkın muhalefeti güçlenmektedir. Artık bugünkü göstermelik demokrasi bile, sömürünün ve talanın sürmesi için yeterli olmamaktadır.

Bunun için hakim sınıflar kendi yarattığı olaylarla, kamuoyunu sıkıyönetimin zorunluluğuna inandırmaya ve açık fasizmi tezgâhlamaya çalışmaktadır. Şurası açıktır ki, sermayenin en azgın ve en barbar yönetimi olan faşizm, aslında bağımsızlıktan ve özgürlükten yana olan işçinin, yoksul köylünün, memurun yani tüm emekçilerin aynı derecede düşmanıdır...

Biz demokratik örgütler olarak; ilericileri, demokratları, yurtseverleri, devrimcileri cinayetlere, ve katliamlara karşı en aktif olarak anti—faşist mücadelede yerlerini almaya çağırıyoruz.»

İzmir Tabip Odasının olaylar ertesi yayınladığı bildiride ise şöyle deniliyordu:

«Ülkemizde faşist komandolar tarafından devletin güvenlik kuvvetlerinin gözleri önünde alçakça işlenen cinayetleri tüm gücümüzle protesto ediyoruz. Burada olayların ve cinayetlerin ABD ile olan anlaşmanın hemen ertesinde hızla artması bizleri düşündürmelidir.

Ayrıca, hemen tüm iş yerlerinde toplu sözleşme yılı içinde olmamız bu olayların arkasında sermayenin olduğunu tüm çıplaklığı ile açıkça vurgulamaktadır.»

Üç tane can hayatlarının baharını yaşamadan kara toprağa havale edildi, birkaç tane can ömür boyu sakat kalma tehlikesi ile başbaşa idi.. Rüşvet, yolsuzluk, adam kayırma, sömürü, partizanlık, işkence, zulüm, saldırı, yaralama ve ölümün kol gezdiği 1976 yılı dünyasının Türkiyesinde «Evlât acısı» Türkiye Büyük Millet Meclisine dek uzandı artık...

Öldürülen öğrencilerden Esari Oran ve Burhan Barın güvenlik kuvvetleri eliyle apar topar gömüldüler. Onbinlerce kişi 10 Nisan 1976 günü Hakan Yurdakuler'in cezanesini eller

üstünde Ankara'nın kenar semtlerinden biri olan Karşıyaka mezarlığına kadar taşırken «Katil İktidar» «Hükümet İstifa» ve «Bağımsız Türkiye» diye bağırıyordu. Çok sayıda parlâmenterin de katıldığı cenaze töreninde Hakan Yurdakuler'in babası Tabiî Senatör Muzaffer Yurdakuler «Hakan'ın dedesinin de Delibaş isyanı sırasında katledildiğini belirterek, bu cenaze töreninin aynı zamanda Esari Oran ve Burhan Barın'ın da töreni olduğunu» söyledi.

ÜNİVERSİTELER DE TRT'YE DÖNDÜRÜLMEK İSTENİYOR..

Öte yandan Tüm Üniversite Akademi ve Yüksek Okul Asistanları Birliği (TÜMAS) yayınladığı bir bildiri ile önemli bir konuya dikkati çekti. Tümas'a göre 8 Nisan günü ortaya çıkan olayların bir nedeni MC iktidarının dikkatleri yolsuzluk, rüşvet, Amerika'ya toprak kiralama, Ege sorunu ve hayat pahalılığı, gibi konulardan çekip MCRT ve güdümlü basın aracılığıyla sunulacak «Karşıt Görüşlü Öğrencilerin (!) çatışmasına çekmek yanında, sürüp gitmekte olan olayların üniversite ve fakülte yöneticileri tarafından önlenmemesi gerekçe gösterilerek üniversite yönetimine el koymak istemesiydi.

Çünkü 13 Nisan günü Üniversite Denetleme Kurulu toplanacaktı. Demirel birkaç gün önce gerekirse üniversitelere el konabileceğinden bahsetmişti. Denetleme Kurulu: Başbakan, Millî Eğitim Bakanı, Adalet Bakanı ve şu anda idarî görevde bulunmayan beş eski profesörden oluşmaktadır. Üniversitelere el konup konmayacağına ilişkin bir tavsiye kararı alabilirdi. İşte 8 Nisan günü Ankarayı kana bulayan, üç ananın bağrına kara taşlar bastıran, gözlerinden kanlı yaşlar akıttıran, kanlı saldırının esaslı nedenlerinden biri de bu idi.

Üniversitelere el koyma, Anayasanın 120. maddesine dayanılarak gerçekleştirilmek istenmektedir. Ne var ki 1973 yılında kabul edilen Üniversiteler yasasının el koyma ile ilgili 69. maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptâl edilmiştir. Şu anda geçici olarak yürürlüktedir.

Tertiplenen mizansene karşılık cenaze töreninin kalabalıklığı, bazı parlâmenterlerin faşist saldırılar karşısında uyanıp tavır alma gereksinimini duyması üniversitelere el koyma işlemi heveslerini kursaklarda bıraktı. 13 Nisan'da toplanan Üniversite Denetleme Kurulundan her ay toplanılması yolunda bir karar çıktı. Bu MC iktidarının üniversitelere el koyma isteklerinden vazgeçmediğini gösteriyordu. Bu bakımdan üniversite denetleme kurulu toplantılarından önce uyanık olmak gerekmektedir. Çünkü kurul toplantısından bir iki gün önce tertiplenecek bir çatışma sonucu bir iki öğrencinin ölümü üzerine bir oldu bitti olasılığını gözden uzak tutmamak gerektir.

Üniversitelere el konulduğunda en ezzından, Üniversitelerdeki akademik personel ve öğrencileri; kıyımlar, sürgünler, disiplin cezaları.. beklemektedir. Kıyım ve sürgünler sonucu boşalacak kadrolar MC'leşecektir!...

dr. turhan temuçin

FULL-TİME KOMEDİSİ

1965 yılının sağlık sorunlarından sorumlu kişileri, hekimleri kamu kuruluşlarına çekebilmek, halk sağlığına daha çok hekim sunabilmek için, «Full-Time» adı altında bir ödenek öngördüler. Günün koşullarına göre tabanı 2500 TL. brüt olarak hesaplanan bu ödenekler yeterli idi.

Aradan on iki yıl geçti. Tam gün çalışması karşılığı 2500 TL. brüt ödenek verilen hekime, bu miktar yeterli göründü. Türk parası iki büyük operasyon geçirdi, kâh Amerikan doları, kâh Alman markı karşısında değeri düşürüldükçe düşürülen lira 2500 TL. brüt gücü ile, bir evin kirasını bile ödeyemez hale geldi, ama hiç kimsenin aklına bu ödenekleri arttırmak gelmedi. Halk sağlığı yararına olacak iyi bir girişim yozlaştırıldı ve adeta devletin hastanelerinde, halk sağlığı hizmeti görmek isteyen hekime :

«— Ne duruyorsun, sen de hastaneyi bırak, git dışarda çalış ve halka paralı sağlık hizmeti sun,» dendi.

Giden gitti, kalan sağlar ise tam gününü hastaneye vererek, bunun karşılığında ayda en çok 1800 lira gibi bir ücretle yetinmek zorunda kaldı. Boğaz tokluğuna bile değil, bahşiş olarak verilen bir paranın gülünçlüğü idi bu.

Milletvekillerinin ödeneklerini bir çırpıda akıl almaz ölçülere çıkaran parmaklar, halk sağlığına sunulacak hekimlere verilecek

bir ödenek söz konusu oldu mu, dalgın dalgın saçlarını karıştırıyordu.

Söz ebeleri çok. Doktor için en ufak bir talep oldu mu :

«— Bir doktoru bu memleket kaça okutuyor, biliyor musunuz?» diyorlardı.

Elbette biliyorduk. Biliyorduk ya, bilmediğimiz doktor dışındaki sınıflar babalarının özel okullarında mı okuyorlardı da, onların çıkarları söz konusu olduğunda :

«— Verelim zavallılara, babalarının okullarında okudular, bu devlete hiç yük olmadılar,» demeleri idi.

Şimdi, yaklaşık olarak bir yıldır full-time konusu ilgili komisyonlarda enine, boyuna ele alınıyor. Bir türlü çözüm yolu bulamıyor uzmanlarımız, akl-ı evvellerimiz! Bir türlü elleri kalkmıyor, on iki yıl önce çıkarılan bir ödeneği, arttırmak için. On iki yıl önce asgari ücretler ne idi? On iki yıl önce, ekmeğin okkası kaça idi? hiç düşünmeden.

Doktorlar çok kazanıyormuş. Kazanıyorlar elbette. Sözümüz onlar adına bir istek için değil. Sözümüz, tüm bilgisini, tüm olanaklarını devletin hastanelerinde halk sağlığı adına kullananlar için. Onlar için talebimiz var. Onlara o personel kanununun dar sınırları içinde hakkını, intibakını ve kadrosunu bile alamamış ve devletin doktoru olmak arzusunda olanlara, bir anlayış uzansın istiyoruz.

Korkulan, bu ödenekler çıkar da halka daha iyi bir sağlık hizmeti mi sunulur?

Ya da ödeneklerin sağlayacağı olanaklarla hastanelerde her an doktor bulunur da, başvuran hastalar geri çevrilmez diye mi korkulur?

Bilinmez işte ne düşünüldüğü? Ardına seçmenlerini takıp hastanelerin koridorlarında boy gösteren sayın parlamenterler, hastanelerde gördüğü doktorlara karşı pek saygılıdır da, anlaşılan bu saygı hastaneden çıkınca bitiyor ki, akıllarına bile gelmez bir haklı istek için uğraşmak.

Bugün hastanelerde pek az doktor kalmıştır tam gün çalışan. Yakında bu da kalmayacaktır. Tam gün ödenekleri için bir çözüm yolu bulamayanlar, o zaman halkın günün yarısında hastalanıp, diğer yarısında hastalanmaması için mutlaka bir yasa çıkarmalıdırlar. Böylece, hem halk sağlığı hizmeti yürür ve hem de tam gün ödeneklerinin çıkarılması sorunu ortadan kalkar.

dr. ihsan ünlüer

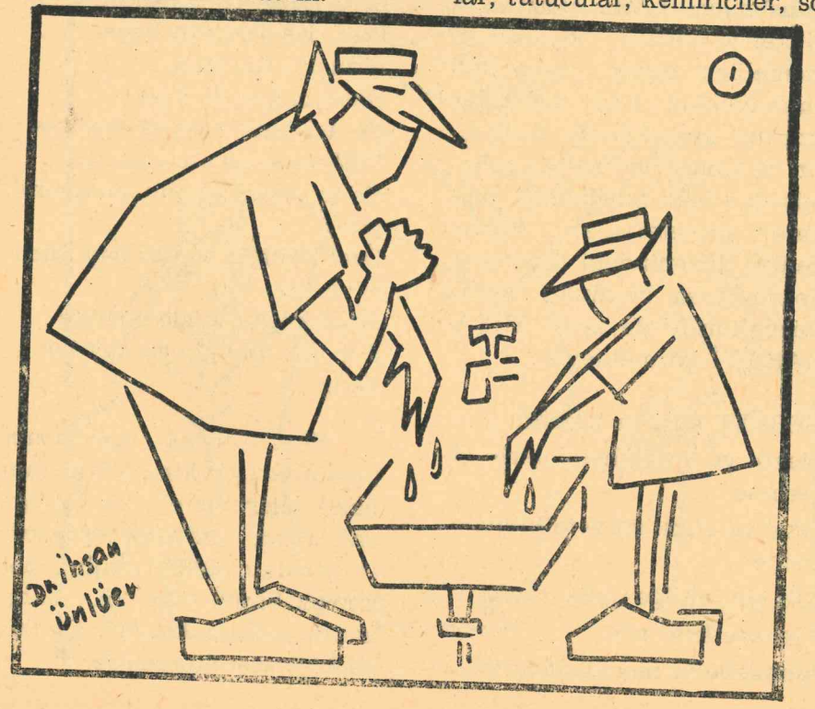
Asistanlar Haklarını İstiyor

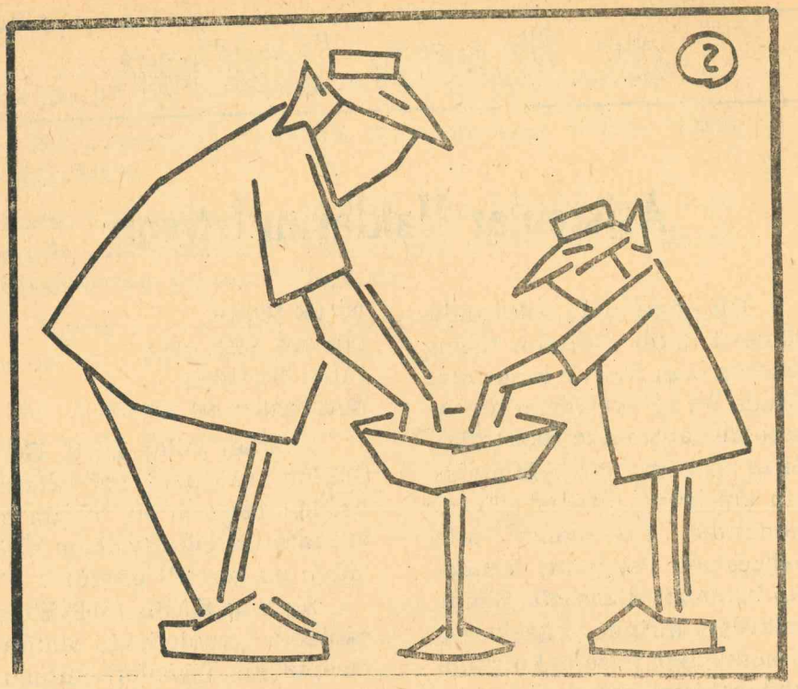
Tıp öğrenim yıllarında sömestr tatili oldumu, memleketim olan İzmir'e koşardım. Orada bu süreyi Devlet hastanesinde çalışmakla geçirirdim. Biraz da beyaz gömleği giyme nin gururunu tatmak için.. O zamanlar hastanenin orta bahçesinde Psikiyatri kliniğinin hastaları dolaşırdı.. Şimdi, onlardan birinin yüksek sesle açıkladığı felsefe kırıntılarından birini hatırladım:

BÜYÜK MİMAR
DÜNYAYI EDER İMAR.
ATLAR PİSLEMESE
GÜVERCİNLER NE YER?

Aradan yıllar geçti. Gördüğüm, baktığım her ortamda, her çevrede bu delinin akıllılara taş çıkartıcasına açık ladığı bu gerçeği gördüm.

Biyolog KARL LİNNE'nin canlılar evrenindeki sınıflamasındaki: Yiyiciler, yutucular, tutucular, kemiriciler, sö-





mürücüler; KARL MARKS'ın kinde: Mideciler beyinsizler, memeliler, basur memeliler, yalınayaklar, başı kabaklar sınıfına uymaktaydı. Canlıların ve toplumun feodal ağalar, büyük küçük burjuvalar, paryalar, proleteryalar, sürüngenler düzenindeki hiyararşide ne varsa, bugünkü sağlık düzenimizde de ayni HIYARARŞİYİ görmekteyiz..

SERVET ağanın prostatı
Nazik ve hazik hekimlerin ellerinde
Özel ve güzel sosyete kliniklerinde
Elli bin tekliğe patlayarak
Meharetle alındı.
Memleketin medarı-iftiharı
Lord, Prof. Hazakaddin beye
Prof. Kazikaddin beye
Hemşire Cevriye,
Hastabakıcı Huriye
Ve asistane anemik Nuri'ye
Ve Kastamonulu Hayriye
Ve candan ilgisini esirgemeyen
Özel kliniğin sahibi bay Sururi'ye
Teşekkürlerimizle birlikte
Elli bin tekliğimizi takdim ederiz.

Evet Toprak ağalarının prostatları, hekim ağalarının nazik ellerinde elli bin tekliğe patlarken, vatandaş Mehmed'in prostatı sidik kokulu bakımsız klinilkerde çok daha ucuza patlamaktaydı.. Çünkü HIYAR arşi düzeninde...

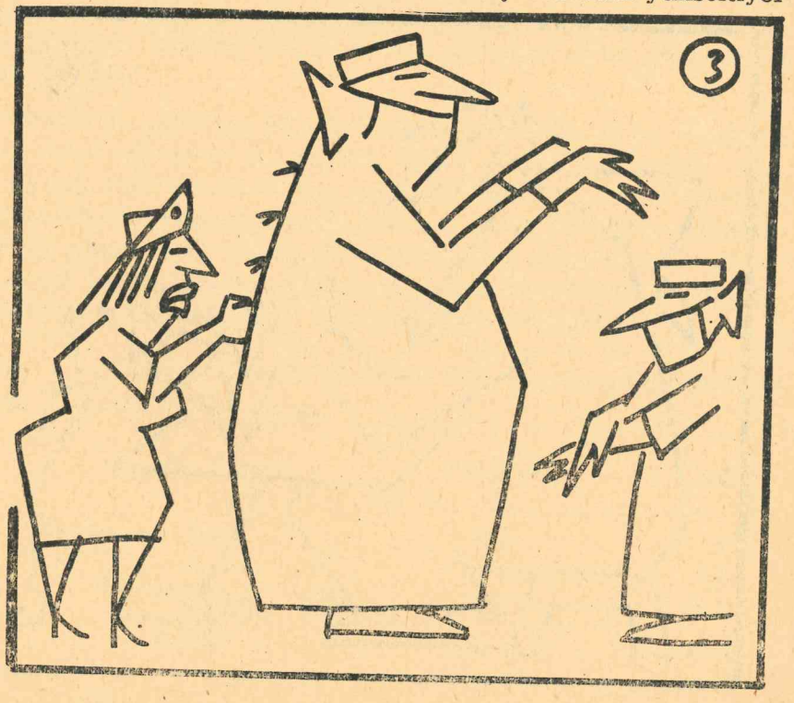
AĞALARIN PROSTATI — PROSTATLARIN AĞASI

olmaktaydı. Evet Lord Prof. Hazakaddin beyden ta Asistan Anemik Nuri'ye dek uzanan bir hıyararşi düzeniydi sağlık düzenimiz..

Sınıflı bir toplumda hekimin tıp bilgisi satışa çıkarılırken, «DAHA ÇOK KÂR, DAHA AZ İŞ» ilkesi hekimin BEYAZ gömleğinin CÜZDAN cebine SARI liralar şeklinde giriyordu.. Tabut imal eden bir cenaze levazımatçısı nasıl çevresinde ölümlerin artmasını dilerse, tüccarlar nasıl gençliğin sefahat ve tüketiciliğinden yarar sağlarsa, silah satıcıları nasıl insanların birbirlerini öldürmelerini beklerse, politikacılar koltuklarına daha sıkıca yapışmak için gençlere nasıl ölüm yağdırırlarsa; bugünkü düzenin hekimi de hastaların ve hastalıkların çoğalmasını isteyecektir, KÂR'ını artırmak için...

KÜRT MEMET NÖBETE

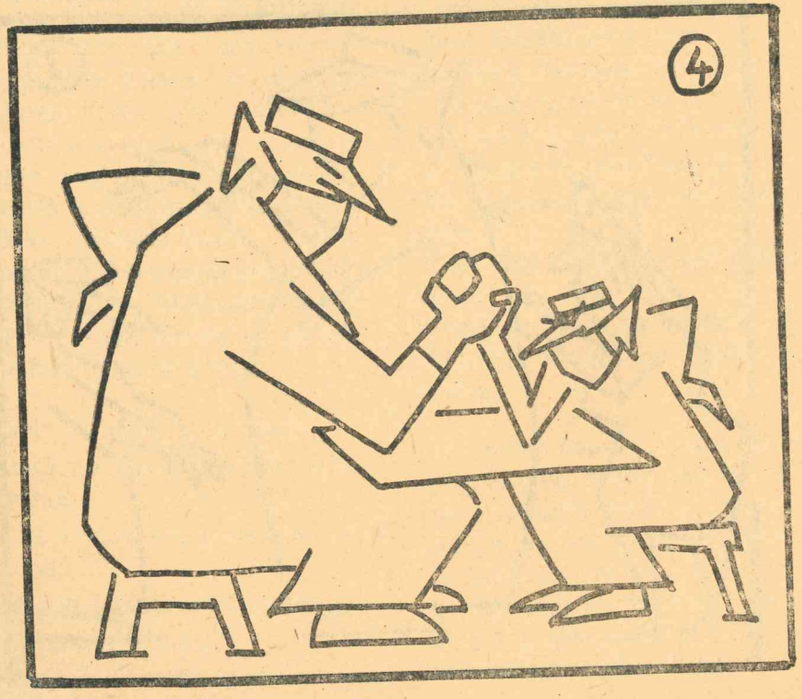
«Alevere dalavere —Kürt Memet nöbete» denilerek sağlık üretiminin en ağır yükünü paylaşan asistanlar yani SÜRÜNGENLER sınıfı bugün, varlıklarını duyurmaya başladılar. Yukardan aşağıya hıyararşinin tabanında olan asistanlar «Hak değirmende.» diye haklarını rafa kaldıranlara karşı seslerini yükseltiyor-



lar.. TÖB-DER, TÜS-DER, MÜS DER lere karşı taraf SUS-DER SUSPUS-DER leri çıkarırken haklarını arayanlar şimdi «HÖÖÖÖT!—DER»' demekten korkmuyorlar. Yasaların gösterdiği çalışma süresine göre ücret ve nöbet tazminatlarını istiyorlar..

Üretim süreci ile üretici güçler arasındaki çelişki ve terslikler su yüzüne çıktıkça vatandaş Memedin prostatı da, Mehmed beyfendinin prostatının haklarına sahip olmaya çalışacaktır.. Nöbet zammıyle birlikte emeğinin karşılığı ile birlikte Klinik şefinin paltosunu tutma, lord Profesörün önünde eğilme, şef muavininin çantasını taşıma, daha üst makamlardakine «evet efendim, sepet efendim..» diye kişiliğinden ödün verme olasılıkları da ortadan kalkacaktır..

Sadece hakettiği ücreti aramak değildi amaç.. üretilen emeğin bilincine varmaya dek varıyor iş...



Farkına Varılmayan Sağlık Sorunu: Çocuklarda Pnömoni Ölümleri

Prof. Dr. Nusret H. FİŞEK
Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Kürsüsü

Kişi için en önemli hastalık kendi hastalığı, gözünü tıp merkezinde açmış ve çalıştığı hastanenin dört duvarının dışında ne olduğunu düşünmemiş hekimler için ise teşhis ve tedavisi güç ve çok seyrek görülen hastalıklar önemli ve ilginç olanlardır. Acaba toplum için de bu önem ölçütleri geçerli midir? Değildir. Sosyal tıbbın büyük kuramcısı Albert Grotjahn önem düzeyini saptamak için «En çok öldüren, en çok sakat bırakan, en çok görülen hastalık en önemli hastalıktır» kuralını koymuştur. Türkiye'de insan sağlığını olumsuz olarak etkileyen en önemli nedeni bu kural ışığında arayalım. Bunun için elimizde tüm ülkeyi kapsayan tek istatistik, 1966—67 yıllarında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzıssıhha Okulunun yaptığı araştırmanın sonuçlarıdır. (Tablo 1). Bu araştırmanın verileri özellikle gelişmiş ülkeler ile kıyaslanınca, ülkemiz için en önemli sorunun çocuk ölümleri olduğu görülür.

Şimdi de çocukları en çok öldüren hastalıkların ne olduğunu araştıralım. Elimizde iki kaynak vardır. Bu kaynaklardan ikisi de en çok öldüren hastalığın pnömoni olduğunu göstermektedir (Tablo 2). 0—4 yaş çocuklarda pnömoni ölüm oranlarını diğer ülkelerle kıyaslarsak, durumun acındırıcılığı daha iyi belli olur. Pnömoni Türkiye'de kırsal bölgede İsveç'e kıyasla 47 kat, Batı Almanya'ya kıyasla en az 14 kat daha öldürücüdür Tablo 3).

Tablo 1 — Türkiye ve İsveç'te çeşitli Yaş Gruplarında Ölenlerin Tüm Ölümlere Oranı :

Yaş Grubu	Türkiye	İsveç
0—4	50,9	1,7
5—49	16,4	7,5
50+	32,7	90,8
Toplam	100,0	100,0

Tablo 2 — Türkiye'de İl ve İlçe Merkezlerinde ve Etimesgut Bölgesi'nde Çocuk Ölüm Nedenleri :

Hastalıklar	İl ve İlçe Merkezler (1972)		Etimesgut 1974)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Erken neonatal (0—7 gün) dönem hastalıkları	8.932	23,2	31	15,3
Geç neonatal (8—28 gün) dönem hastalıkları	4.302	11,2	26	12,9
Post ne onatal ve 1—4 yaş grubunda :				
Pnömoni	12.668	32,9	64	31,7
Enterit	6.941	18,0	20	9,9
Kazalar	623	1,6	10	4,9
Beslenme Yetersizliği	246	0,6	15	7,4
Diğer	4.770	12,5	46	22,8
Toplam	38.482	100,0	202	100,0

Pnömoninin önemini belirtmek için bir örnek daha verebiliriz. Türkiye için büyük sorun sayılan Tüberkülozdan her yıl 7-8 bin kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. Buna karşın pnömoniden ölen çocuk sayısı yılda 50.000 dolaylarındadır. Ülkemizde ne

Tablo 3 — Çeşitli Ülkelerde 0—4 Yaş Grubunda Pnömoni Ölüm Oranları :

Ülke	Oran Yüz binde	Ülke	Oran Yüz binde
İsveç	18,2	Küba	316,6
Norveç	35,0	İtalya	318,6
İsviçre	36,5	Tayland	330,2
Batı Almanya	61,2	Yunanistan	368,3
İngiltere	139,6	Türkiye (Kentler)	520,2
A.B.D.	144,3	Etimesgut (Kırsal)	855,5

için pnömoni ölümleri çok fazladır? Bunun iki ana nedeni vardır. Bunlardan biri beslenme yetersizliği olan çocuk oranının yüksek oluşudur. Beslenme yetersizliğinin solunum yolu infeksiyonlarına direnci azalttığı bilimsel bir gerçektir. İkincisi ve daha önemlisi hasta çocukların tıbbi bakımdan yararlanamamasıdır. Etimesgut sağlık bölgesinde yapılan bir inceleme pnömoniden ölen 0-4 yaşında çocukların yüzde 56 sının hekime getirilmediğini, hekime getirilenlerin yüzde 75 inde de ailenin hekim tavsiyelerini yapmadıklarını göstermiştir. Ülkemizde kırsal bölgelerde durumun bundan kötü olması gerekir. Çünkü, ülkemizde mutlu azınlık dışında kalan halk, şehirler dahil sağlık hizmetinden Etimesgut bölgesinde yaşayanlar kadar yararlanamamaktadır. Bu bölgede sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti kanun ve yönetmeliklerin öngördüğü şekilde yürütülmekte ve herkes sağlık hizmetinden yararlanma olanağı bulmaktadır.

Bir ülkede herkesin hasta olduğu zaman bakılmaları, tek tek hekimlerin sorumluluğu olmasa da, hekimlerin müşterek sorumluluğudur. Her yıl 50.000 civarında çocuğun pnömoniden ölmesini önlemek için hekimler bir çare bulmak ve sorumlu yöneticilere yol göstermek zorundadırlar. Hekimlerin ve tıp bilginlerinin halkının sorunlarını unutarak ücret ödeyen hastaların sorunları ile ilgilenmeleri veya gelişmiş ülke hekimleri ile meslekte üstünlük yarışması yapmaları yıldızlara bakarken önündeki çukuru görmeyen astrologlara (müneccim) benzer.

Dağ başındaki bir köyde pnömonili bir bebek, nasıl tedavi edilir. Kış günü bu ateşli ve öksüren çocuk evinden çıkarılarak saatlerce soğukta, karda, kışta ilçe merkezine getirilip hekime gösterilebilir mi? 60.000'i aşan yerleşme yerindeki hastaların hastalandıkları gün hekime başvurabilmeleri için buralara her gün hekim gidebilir mi? Bu iki sorunun da cevabı «Hayır» dır. O halde bu çaresiz bir sorun mudur? Değildir. Pnömoni ölümleri sorununu çözmemiz için, yurt ölçüsünde sıtma ve trahum savaşında güttüğümüz politikadan esinlenmemiz gereklidir. Bu savaşlarda başarıyı hekimlerin yönetiminde sağlık memurları ile bazı teknik işleri yapmak üzere yetiştirilen ilkokul mezunları, okul eğitimi görmemiş işçiler kazanmıştır. Sivri sinek uçkununu durduran insektisit püskürtücüler düz işçilerdir. Ev ev dolaşıp ateşli hasta arayan, teşhis için kan alan ve sıtmayı tedavi için ilâç veren sürveyans memurları ilkokul mezunudur. Alınan kanlarda sıtma paraziti olup olmadığını arayanlarda parazitoloji uzmanı hekimler değil bu iş için yetiştirilmiş ilkokul mezunlarıdır. Trahumda da durum aynıdır. Hastalığı teşhis eden sağlık memurları tedavi eden «İlâçlayıcı» adı verilen ilkokul mezunlarıdır.

O halde ya Türkiye'de çocukların pnömoniden ölmesi önlenemez deyip şimdiki gibi oturmamış veya **hekimlerin yönetim ve sıkı destekleyici denetimi altında pnömoni teşhis ve tedavisini sağlık yardımcıları ile örgütlememiz gereklidir.** Zorunlu olan sıkı denetim ise ancak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programında ön görüldüğü gibi kırsal bölgede sağlık ocakları kurmak ve bu ocakların personel, araç ve gereç noksanını tamamlayarak onları iyi bir şekilde görev yapan hale getirerek mümkündür.

araştırma-derleme

Ülkemizde Ana-Çocuk Sağlığı

İzmir Tabib Odası Halk Sağlığı Bürosu

Ana - Çocuk Sağlığı Ekibi

Bu yazıda, Türkiye'de AÇS ile doğrudan ya da dolaylı yoldan ilgilenen örgütler, kuruluşlar, AÇS uygulamalarının başarısızlığının temel neden ya da nedenleri ve başarılı olabilmesinin başlıca koşulları söz konusu edilmektedir.

ANA ÇOCUK SAĞLIĞI İLE İLGİLİ KURULUŞLAR

Türkiye'de AÇS ile doğrudan doğruya; gerek koruyucu hekimlik, gerekse tedavi edici hekimlik yönünden ilgilenen başlıca kuruluşları şöyle sıralıyabiliriz:

Koruyucu hekimlik yönünden..

1 — AÇS Merkezleri — SSBY'na bağlı.
2 — Ana okulları — MEB'na bağlı.
3 — Kreşler — SSYB'na bağlı tek bir kreş
— Özel kuruluşlara, çocuk esirgeme kurumuna bağlı kreşler
4 — Nüfus planlaması müdürlükleri — SSYB'na bağlı.
5 — Sosyal Hizmetler Müdürlükleri — SSYB'na bağlı,
6 — Ulusal Besin ve Planlama Müdürlükleri — SSYB'na bağlı.
7 — Propaganda ve İstatistik Müdürlüğü — SSYB'na bağlı.
8 — Eğitim ve Mesleki Yönetim Müdürlükleri — SSYB'na bağlı.

Tedavi edici hekimlik yönünden..

Doğum evleri, kadın doğum hastalıkları hastaneleri, çocuk hastane ve dispanserleridir. Bunlar da çeşitli kurumlara bağlı olarak çalışırlar. SSYB, SSK, Belediyeler, İktisadî Devlet Kuruluşları, Üniversite Tıp Fakülteleri, çeşitli dernek ve özel kuruluşlara bağlı olarak çalışmaktadırlar.

Yardımcı nitelikte olan kuruluşlar ise..

1. Verem Savaş Örgütleri
2. Trahomla savaş örgütleri ve benzeri gibi yerli örgütlerin yanında Uluslararası Örgütler de yer almaktadır. Bunlar..

1 — Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Fonu (UNİCEF)
2 — Birleşmiş Milletler Besin ve Tarım Teşkilâtı (FAO)
3 — Dünya Sağlık Teşkilâtı (WHO)
4 — Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Teşkilâtı (UNESCO)

Bütün bu kuruluşların tek tek ya da ortak bir biçimde neler yaptıkları, ya da yapmaları gerektiği açısından sorunu ele almaktansa, bir ülkede sağlık hizmetlerinin halka yararlı olabilmelerini belirleyici faktör, o ülkenin alt yapısını oluşturan sosyo ekonomik durumudur. Diğer faktörlerden birisi de, bu sosyo — ekonomik yapıya uyan ve bu temel üzerinde yükselen sağlık hizmetlerinin örgütlenmesidir.

ÇOCUK ÖLÜMLERİ, SAĞLIK SEVİYESİNİ BELİRLER

Halkın sağlık durumunun iyi olmadığı gerçeğinden hareketle, tüm ölümlerin % 50.9'unu 5 yaşından küçük çocuklar oluştururken, canlı olarak dünyaya gelen her 1000 bebekten 153'ü bir yaşına gelmeden ölmektedir.

Bir ülkede bebek ve 15 yaş öncesi çocukların ölüm hızı o ülkenin sağlık seviyesini gösterir derken, ölüm nedenlerini ve bu nedenlerin çeşitli gelir gruplarına göre dağılımı da o ülkenin sosyo—ekonomik yapısını yansıttığının, yadsınamaz bir gerçek olduğunu unutmayalım.

1972'de yapılan bir incelemeye göre en önemli 5 ölüm nedeni şöyle sıralanmaktadır:

0—1 yaş arasında	1. Pnömoni 2. Yeni doğan enfeksiyonu 3. Enterit 4. Özelliği belirtilmeyen hastalıklar 5. Doğum travmaları
1—4 yaş arasında	1. Pnömoni 2. Enterit 3. Diğer bütün hast. 4. Kazalar (Taşıt dışı) 5. Senilite ve meçhul nedenler
5—14 yaş arasında	1. Kazalar (taşıt dışı) 2. Pnömoni 3. Diğer bütün hast. 4. Kalbin diğer hast. 5. Taşıt kazaları

Görüldüğü gibi ülkemizde çocukluk dönemine en sık görülen ölüm sebebi pnömoni (zatürre) ve enterit olmaktadır. Bu iki hastalığın ise başlıca nedenleri:

a — Yetersiz ve dengesiz bir beslenme sonucu vücut direncinin az oluşu (hem hastalığın başlamasına hem de seyircinin ağırlaşmasına etki eder)
b — Çevre faktörü
c — Bilgisizlik

d — İlgisizlik şeklinde sıralıyabiliriz.

Böylece çocuk ve anne ölümlerinde belirleyici unsur olan, yeterli ve dengeli beslenmenin önemi üzerinde durmanın bazı sorunlara açıklık getirmesi açısından yararlı olacağı kanısındayız.

İyi ve dengeli besin alan bir toplum sağlığını sigortalamış demektir.

GEBE VE EMZİKLİ KADINLARIN BESLENMESİ

Gebe ve emzikli olan bir kadında, ana karnındaki çocuğa taşınan besin öğeleri ile süt için gerekli besinlerde annenin kendi gereksinimine ek sayılmalıdır. Ayrıca genç yaşta, özellikle 19 yaşından önce gebe ve emzikli olan kadın henüz kendi gelişimini tamamlamamış olduğundan gebelik ve emzikliliğin gerektirdiği besin gereksinimleri daha fazla önem kazanmaktadır. Yine ağır fiziksel çalışma sürdüren kadınların enerji harcamaları daha çok olduğundan, aynı önem böyle kadınlar için de söz konusudur.

Son yıllarda yapılan bir araştırma da, genellikle yetersiz ve dengesiz beslenmiş maymunlardan doğan yavrularda doğduktan sonra iyi beslendikleri halde, doğmadan önceki yaşamda oluşan beyindeki biyokimyasal değişikliklerin düzelmediği görülmüştür.

İşçi sınıfı ve emekçi ailelerde ise, yetersiz ve dengesiz beslenme olgusu doğmadan önce olduğu gibi, doğumdan sonra da devam etmektedir.

Dünya Sağlık Teşkilâtının bir organının yaptığı çalışma da düşük sosyo — ekonomik koşullarda yaşıyan çocuklarda, doğumu izleyen ilk haftalarda kafa tası çapında olması gereken büyümenin yeterli olmadığı görülmüş, erken doğum ve zeka geriliği yüzdeleri oldukça yüksek olarak saptanmıştır. % 13.7 gibi. Yine A vit. yönünden de yetersiz ve dengesiz beslenen kadınlardan doğan çocukların, bir göz kusuru olan myopi'ye daha duyarlı oldukları saptanmıştır.

Gebelikte beslenme yetersizliği çocuk kadar anneyi de etkilemekte, çeşitli hastalıklara (anemi, diş çürüklüğü, kemik hastalıkları) yol açmakta, doğum sırasında ise anne ölüm oranını yükseltmektedir. Bu oran binde 15 olarak saptanmıştır.

Gebe ve emzikli kadınların günlük normalde almaları gereken, besin miktarına ek olarak şunları almaları salık verilmektedir:

	Gebelikte ek	Emzikli kadında ek
Protein	5 Gm.	15 Gm.
Demir	10—12 mg.	5 mg.
Kalsiyum	500 mg.	500 mg.
A vit.	1000 İ.Ü.	3000 I.Ü.
C vit.	30 mg.	30 mg.

ve benzerleri gibi örneklerle çoğaltılabilir.

Ancak bu besinlerin normalini alabilme koşullarında olmayan emekçi aile kadınlarına bu gibi yüzlerce tablolar önlerine koysak bile bir yararı olmayacaktır.

Böylece yeterli besin alamadığı gibi, bu besinlerin hazırlanıp saklanmasında da eğitim yoksunluğundan dolayı sağlık kuralların bilemeyen kadınlar, kısıtlı olarak aldığı besinden bile yeteri kadar yararlanamamaktadırlar.

ÇOCUKLARIN BESLENMESİ

Doğrudan doğruya beslenme yetersizliğinden dolayı olan çocuk ölümleri yüksek değildir. Örneğin Kansu'nun Turhal bölgesinde yaptığı araştırma da 0—1 yaş arasında ölen çocukların % 3.2'sinin, 1—4 yaş arasında ölen çocukların % 3.2'sinin ağır beslenme bozukluğundan öldükleri saptanmıştır.

Ancak beslenme yetersizliğinin en önemli etkisi, diğer hastalıkların oluşumuna zemin hazırlaması ve hastalığın seyrini ağırlaştırmasıdır.

Örneğin kızamık ve arkasından gelen pnömoni gibi.

Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda fizik gelişimde de yetersizlik görülür. Örneğin ABD de geliştirilen boy ve ağırlık standartlarına göre, İstanbul'un Rami gecekondu semtinde yapılan araştırmada 100 çocuktan 29—30'u, Istranca köyünde 100 çocuktan 46—47'sinin bu standartlar altında olduğu saptanmıştır.

Her ne kadar yetersiz ve dengesiz beslenmede etkenlerden biri eğitimsizlik ve bilgisizlik ise de, eğitimsizlik yine düşük sosyo—ekonomik yapılı kesimlerde söz konusudur. Eğitimin bu kesime verildiğini varsaysak bile, eğer

kitlelerde bunları sağlayacak maddî olanak yoksa, ayakları yere basmayan bir eğitim olmaktan öteye gidemeyecektir.

Et, süt, yumurta gibi temel besin maddelerinin beslenmede ne denli önemli olduğunu ayrıca belirtmeye fazla bir gerek yoktur.

Ancak 0 — 5 yaş arasında çocuklarda % 54 ünün, köylerde % 48'inin alabildiği günlük süt ve yoğurt miktarı 200 Gm. dan azdır.

İzmir Tabip Odası Ana Çocuk Sağlıkı ekibinin yaptığı anket çalışmasında gelir gruplarına göre günlük kişi başına düşen süt, et, yumurta ve ekmek miktarları şu şekilde saptanmıştır:

Beslenme ile satın alma gücü arasında şöyle bir ilişki var:

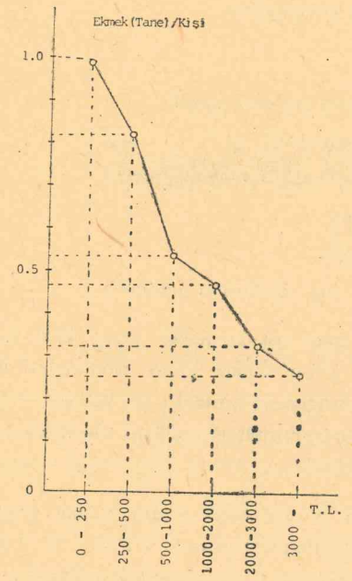
GÜNDE Kişi BAŞINA	0—250	250—500	500—1000	1000—2000	2000—3000	3000,—...
ET (Gr)	11,94	26.4	51	145	145	149
SÜT (LT)	27,6	82	123	226	226	305
YUMURTA (TANE)	0,14	0.29	0.5	0.73	1.0	1.05
EKMEK (TANE)	1.00	0,82	0,55	0.45	0.31	0.30

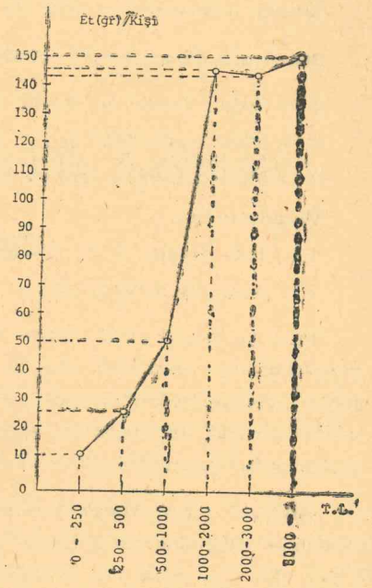
Bu 3 temel gıda maddesinin gelire bağlı olarak dağılımını karşı sayfadaki grafiklerde daha iyi görebiliyoruz.

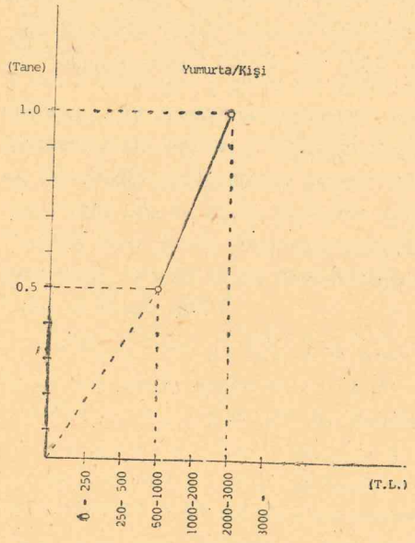
ÇALIŞAN KADINLAR

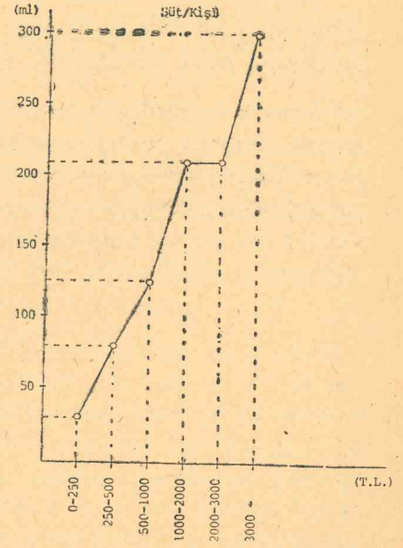
Beslenme konusunda diğer bir etmen de şudur: Türkiye'de kapitalizm geliştikçe iş hayatına kadın daha fazla çekilmektedir. Bugün 5 milyondan fazla kadın tarlada, fabrikada ve büroda çalışmakta. Günden güne artan çalışan kadınlarda çocuk besleme ve yetiştirme sorunu vardır. Bir kere çalışan gebe kadına doğum öncesi ve sonrası izin herne kadar yasalarca (İş yasası madde 70) 6 hafta olarak belirlenmişse de ,bu yeterli değildir ve en azından 12 şer haftaya çıkarılmalıdır.

İzinden sonra ise bu sorun devam etmektedir. Dolayısiyle çocuğun devamlı bırakılabileceği iş yerlerinde kreş ya da emzirme odaları olması zorunluluğu vardır. Bu iş yasası ile 100 kadın işçiden fazla kadın çalıştıran işyerlerinde









emzirme odası, 300 kadın işçiden fazla kadın çalıştıran işyerlerinde kreş açılma zorunluluğu varken. bunun uygulamada % 13 oranında yapıldığını görmekteyiz.

Kreşler konusunu 1—2 ülke ile şöyle karşılaştıralım :

Demokratik Alman Cumhuriyetinde :

1 — Doğum öncesi ve sonrası izni 18 hafta ve tam ücretli

2 — 17bin kreşte 210 — 750 çocuk bakılmakta

3 — 660 bin çocuğun yararlandığı çocuk bahçeleri bulunmakta

Macaristan'da :

1 — 1043 kreşte 40154 çocuğa bakılmakta

2 — 3—6 yaş arası çocukların % 59'u ana okullarına gitmekte.

Tedaviye yönelik AÇS hizmetlerinde de aynı şekilde halkın geniş kesimleri yararlanabilme olanağında değildir. Nedeni yeteri kadar çocuk hastaneleri ve doğum evlerinin açılmamış oluşu (Türkiye'de toplam 31 tane) ve açılmış olanların da büyük çoğunluğunun sanayi bakımından gelişmiş büyük merkezlerde toplanmış olmasıdır. (% 34)

Yine 281 çocuk hastalıkları uzmanından % 43'ü, 257 kadın doğum uzmanından % 37'si yine bu üç büyük il merkezinde toplanmıştır.

SONUÇ :

Kapitalist üretim tarzının ana karekteri kâr için üretim, tüketime yönelik üretim olduğundan bu özellik sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu düzende sağlık hizmetlerinden sadece mutlu bir azınlık yararlanabilmektedir.

Ülkemizde vergilerin büyük kısmı fakir halktan alınmaktadır. Bu durumda AÇS'nin yükünü fakir halk çekmekte fakat hizmetlerin yetersiz oluşu nedeniyle yararlanamamaktadır. Tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi, AÇS'de de çözümü düzende görüyoruz.

Topyekün Üretkenlik Kavramı Üzerine

Dr. Osman Nuri KOÇTÜRK

Dilimize girmiş, kurumlaşmış, kapitalist düzenin ilke ve ihtiyaçlarına uygun biçimde geliştirilmeye çalışılan prodüktivite konusu, işçi sınıfı aleyhine istismar edilmeye çalışılmaktadır.

1967 yılında ABD'nin Türkiye'deki AID Misyonu Başkanı **James P. Grant**'ın Amerika'da bir koşullandırma gezisine çıkarılmış ve yurda dönmüş olan sendika liderlerine, işçi başına verim geniş çapta artırılmadan ücretlerin yükseltilemeyeceğini, yükseltilse bile bu düzeyde uzun süre tutulamayacağını söylüyor, Ereğli'de çalışan işçilerin, Karabük'teki çalışan işçilerden birkaç kat daha üretken olduklarını, bir Amerikalı işçinin ise Ereğli'de çalışan işçilerden beş misli fazla üretim yapabildiğini ifade ederek, emekçilerin kafasında yanlış ve sermaye çıkarları ile bağdaşan bir prodüktivite kavramı yaratmaya çalışıyordu. Kaynaklarımız ötesinde, emekçilerimizin işgücünü de en üst düzeyde sömürebilmek için temel konulara ve yapıcı nedenlere değinmeden işveriminin artırılmasını isteyen yabancı sermaye sözcüsünün işlediği tema, bugün bazı yerel sermaye sözcüleri tarafından da sık sık tekrarlamakta, işveriminin düşüklüğünden yakınılmaktadır. **(Yeni Gazete, 4 Mart 1967)**

1975 sonbaharında İstanbul'da VİTRA Bayiler toplantısında konuşan ünlü işadamı Nejat F. Eczacıbaşı, Almanya'da çalışan bir Türk işçisinin günde 45 lavabo döktüğünü, Türkiye'de ise ayni teknik ve makinelerle çalışan işçilerin 26 lavabo dökebildiklerini, Avrupa ülkeleri seramik tesislerinde çalışan işçilerin bir ton mamul üretimi için 80 saat çalışmalarına karşın, bu sürenin Türkiye'de 132 saat olduğunu söylemiş ve işveriminin düşüklüğünden yakınmıştı. **(Ay. Haber. 30 Kasım 1975)**

Ege Sanayi Odası Başkanı Yılmaz Adıgüzel ise, bir konuşmasında, «Türkiye'de ortalama işçi verimliğinin, AET ülkeleri arasında en düşük verimli işçi olarak bilinen İtalyan işçilerinden 3.5 kez daha düşük olduğunu» ifade ediyor, ihracata yönelik girişimlerin başarıya ulaşamamasının nedenlerinden biri olarak, işçi veriminin ve insangücü üretkenliğinin düşük oluşunu göstermeye çalışıyordu. **(Milliyet. 27 Mart 1976)**

Her münasebetle tekrarlanan ve sonunda sözü ücretlerin yüksekliğine, işveren kârlarının düşüklüğüne getirerek, faşist ülkelerde olduğu gibi ücretlerin dondurulması için kamuoyu hazırlamayı amaçlayan bu yakınmaların gerçekle hiçbir ilişkisi olmadığı aşıkardır. Ancak yalan ve yanlışların bile birçok defa tekrarlandığı takdirde, bu konularda derinliğine bilgisi olmayanları saptıracağını iyi bilen sermaye sözcüleri, bu suçlamayı sık sık tekrarlamaktadırlar.

BİLİMSEL GERÇEKLER :

Türkiye'nin bugünki ortamında bilimsel gerçeklerin bilinmesinin bir yararı olmadığı açıktır. Ancak bilimsel gerçekler değerlerini her dönemde korumuşlardır. Zamanı gelince bütün güçleriyle çalıştıkları halde, karnı doymayan ve karnı doymadığından üretken olamayan işçiler de durumun nedenlerini araştıracak, kendilerini sürekli olarak suçlayan politikacılarla işverenlerin haklı olup olmadığını araştıracaklardır.

İşçilerimizin üretkenlik (prodüktivite) bakımından diğer kapitalist batı ülkelerinin gerisinde kaldıklarından kimsenin şüphesi olmamalıdır. Ancak yapılan incelemeler bir örnek olarak ele aldığımız Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) işçilerinin bizim işçilerimize nazaran çok daha yüksek ücretler karşılığı çalıştırıldıklarını, bu ülkelerde temel ihtiyaç maddeleri fiyatları yüksek görünse de, satın alma yeteneklerinin bizim işçilerimizden yüksek olduğunu açık olarak göstermektedir. Bunun batılı kapitalistlerin daha insaflı ve işçilerini daha çok düşünen, onların çıkarlarını gözeten kişiler oldukları biçiminde değerlendirilmemesi lâzımdır.

Patron, Dünya'nın her yerinde, ne kadar uygar olursa olsun, kâr ve çıkarının adamıdır ve artı değeri yüksek tutabilmek için yapmayacağı şey yok gibidir.

Ancak batılı işçiler uzun mücadelelerden sonra, haklarını tam değilse bile, ona yakın biçimde almayı başarmış, yasaların kendilerine tanıdığı hakları eksiksiz kullanacak bir bilinç düzeyine ulaşmışlardır.

Avrupa Ekonomik Topluluğu ve Türkiye'de bir işçinin bir saat çalışarak satın alabileceği besin maddesi miktarları · (saat/gram)

ÜLKELER	ET	PATATES	TEREYAĞ	MARGARİN	PEYNİR	TAVUK	BALIK	EKMEK	SÜT
	Saat/gr. olarak								
F. ALMANYA	497	12000	1139	2250	684	1988	1026	2800	8500
FRANSA	447	8000	816	1817	420	779	556	3600	6000
İTALYA	202	4000	336	804	388	673	889	2000	2900
HOLLANDA	666	11000	1286	4108	1013	1608	942	7400	7800
BELÇİKA	430	13000	1122	1809	836	1834	602	4600	9400
LÜKSENBURG	481	13000	1083	2321	764	1326	812	4000	7100
İNGİLTERE	340	5000	1260	1428	874	1648	702	4800	5000
DANİMARKA	715	12000	1400	4037	1234	2448	1544	4000	8600
İRLANDA	542	9000	1049	1428	739	1190	765	3600	6500
TÜRKİYE Cari Ort. Ücret	799	2000	122	573	243	348	330	2100	1000
TÜRKİYE, 40 TL. Asgari Ücret	78	600	48	228	97	138	155	900	500
TÜRKİYE, 60 TL. Asgari Ücret	108	1000	67	316	134	192	215	1100	800

KAYNAK : AET — Ankara Basın ve Enformasyon Bürosu, Guardian'dan Ayrıntılı Haber, 24 Şubat 1976 verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Yukardaki tablo Türk işçilerinin neden dolayı üretken olamadıklarını açık olarak göstermektedir. İnsangücünün kaynağı olan besin maddeleri çeşit ve miktar bakımından optimal düzeyde sağlanamazsa, makineler gibi termodinamik yasalarına göre güç üreten insan uzviyetinin gerilemesi mukadderdir.

Avrupa Ekonomik Topluluğuna giren ülkeler arasında ücret- ve fiyat ilişkileri bakımından en zor durumda olan işçiler İtalyan işçileridir. Bir saat çalışarak satın alabilecekleri temel besin maddeleri miktarları en düşük işçiler olan İtalyan işçilerinin bu topluluğun en düşük verimli işçileri olmalarında şaşılacak veya kınanacak birşey göremiyoruz.

İtalyan işçilerinden çok daha zor koşullar altında olan Türk İşçilerine gelince, onların bir saat çalışarak satın alabildikleri, et, patates, tereyağ, margarin, peynir, tavuk eti, balık, ekmek ve süt miktarlarının çok daha düşük olduğunu, 40 tl. asgarî ücret karşılığı çalışan çoğunluğun açlığa mahkum edildiğini açık olarak görebiliyo-

ruz. Türk işçilerinin batı ülkeleri işçileri kadar üretken olmaları samimi olarak arzu ediliyorsa, ücretler yükseltilmeli veya fiyatlar düşürülerek işçilerimize batıda geçerli beslenme ve yaşama olanakları sağlanmalıdır. Siyasal zorlamalar verimi artırmayacağı gibi, sosyal ve toplumsal patlamaların nedeni olabilir.

İşçilerin bu bilinç düzeyine ulaşmış ve isteklerini bilimsel verilerle donatmayı bilmiş olmaları, batı ülkelerinde insangücü üretkenliğinin patronların yakınamayacağı bir düzeye yükselmesini sağlamıştır. Bizim patronlarımız ise, siyasal kadrolarla bütünleşerek gerçekleştirdikleri, çağdışı baskılarla sürdürmeye çalıştıkları, düşük ücret düzeyinde, emekçilerden üstün verim istemekle, fizik, fizyoloji ve termodinami yasaları açısından mümkün olmayan bir talepte bulunmaktan öteye birşey yapmıyorlar.

İşçilerin yüksek verimle çalışmalarını arzu edenler, evlerinin mutfağı kadar işyerlerinin mutfağı ve işçilerin almakta oldukları ücretlerin işçi ile ailesinin beslenme ve beslenme dışı ihtiyaçlarını optimal düzeyde karşılamaya yetip, yetmediğini incelemek ve araştırmak durumundadırlar. Etin kilosunun 50 TL., peynirin kilosunun 40 TL., bir kilo ekmeğin 4.38 TL.'na satıldığı bir ülkede işçiye 40 TL. ücreti yeterli görüp, bundan 9. TL. kesinti yaptıktan sonra, bir kadınla 5—6 çocuğun nafaka beklediği, tek odasına 200 TL. kira ödenen gecekondusuna gönderenler, verim düşüklüğünden yakınmakla haksızlık etmiyorlar mı?

Bilimsel gerçekler maalesef patronların aleyhinedir. Yaptığımız hesaplamalar Ankara'da yaşayan üç çocuklu ve beş nufuslu bir işçi ailesinin temel ihtiyaçlarını optimal düzeyde karşılayabilmesi için, günde net 180 TL. geliri olmasını gerektiğini göstermektedir. İşçiye bu parayı ödemeden ondan üstün verim beklemek, bir insanın ellerini bağladıktan sonra düz duvara tırmanmasını buyurmaktan farklı olmuyor.

TOPYEKÜN ÜRETKENLİK :

Özendiğimiz ve yaşam düzeyine ulaşmaya çalıştığımız ekonomileri güçlü ülkeler, çok şey biliyorlar. Önemli olan kaynakları, insan ve makine gücü potansiyelini en iyi biçimde değerlendirmek ve bunu yaparken hem bilime hem de geçerli yasalara uymaktır. Demokratik düzeni hırpalamadan, sermaye ve emek arasındaki çelişkileri kollamak, özellikle emeği ve emekçiyi patronun saldırılarından korumak suretiyle kalkınmak elbette kolay değildir. Güneşten ülkemize akan enerjinin her zerresini değerlendirebilmek için, tarım kesiminden başlayıp, en karmaşık endüstri uygulamalarına kadar, her safhada bilinçli olmamız, çıkarlarımızdan çok toplum çıkarlarını kollamamız gerekiyor. 3 milyona yaklaşık insanın işsiz ve çalışan çoğunluğun yarı aç olduğu bir toplumda kağıt paralar kimin elinde toplanırsa toplansın kalkınma mümkün olamayacak, karşılıklı suçlamaların ardı arkası gelmeyecektir.

Çelişkilerin büyümesi ve üretime, bilerek güçsüz bırakılmış, beden ve beyinleri ile katkıda bulunan işçi kesiminin sürekli olarak suçlanması, sosyal patlamaların nedeni olabilir. Bu nedenle hem patronlar ve hem de politikacılar çok daha dikkatli konuşmak bilimsel gerçekleri inkâra sapmadan kendi yetersizliklerinden de söz etmek durumundadırlar.

Sermayesinin çoğunluğu yabancıya ait, makinesi, ilkel maddesi, teknolojisi ithal malı, pazarı ise Türkiye olan bir tüketim endüstrisinin işvereni, toplum zararına işleyen bir ithalat ve ihracat mekanizmasının komisyoncusu, işçinin emeğini ve işgücünü aşırı ölçülere göre sömürerek palazlanmış bir zengin olmak, insana her konuda konuşma yetkisi kazandırmaz.

Türkiye'de üretkenlik düşük ise bundan üretime katılan bütün kesimlerin, üretim biçimini saptayan siyasal kadroların ayrı ayrı kusuru vardır. Kanımızca bunlar arasında en suçsuz kesim işçi kesimidir. Çünkü üretim için gerekli ve yeterli biçimde beslenemeyen, beslenme dışı ihtiyaçları optimal düzeyde karşılanmayan, ücret ve fiyat ilişkileri bakımından olanaksız bırakılmış bir işçi kesiminden, bu sorunları çözümlemiş ülkeler işçileri düzeyinde üretkenlik beklemek, çağdışı ve bilime ters düşen bir öneride bulunmak oluyor.

Türikye'nin topyekün üretkenliğinin düşük olduğu saklanmaz bir gerçektir. Bütçe açıkları, dış ticaret açıkları, sürekli devalüasyonlar, işsizlik, istikrarsızlık gibi göstergelerle toplumsal düzeyde aşikar olmuş bir geri kalmışlığın suçunu çalışanlara yüklemek, böylece oluşturulacak kamuoyuna yaslanarak işçi ücretlerini dondurmaya kalkışmak, insaf ve iyi niyetle bağdaştırılamaz. Toplumsal üretkenliğin düşük oluşunda başta işverenler olmak üzere politikacıların, topluma birşey veremeyen ve mütemadiyen alan Üniversite öğretim üyelerinin, toplum çıkarından çok kendi çıkarlarını kollayan kapıkulu bürokrat ve teknokratların, bunun ötesinde ülkemize dost olarak girdikleri halde, bize yapmadık oyun bırakmayan yabancıların küçümsenmeyecek payları var.

Suçlu aranıyorsa, bunlar arasında aranmalı, çalışkan ve vatansever işçileri suçlamaya kalkışanlar utanmalıdırlar .

Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı

Dr. Recep AKDUR

TARİHÇE

19. yüzyılda Avrupa ve birçok diğer ülkede halkın alım gücünün düşmesi, sağlık hizmetlerinin satın alınması ve diğer sosyal yardımlar yönünden çeşitli yardım kurumlarının örgütlenmesine yol açmıştır. Bu dernekler ülkenin sosyal, siyasal ekonomik ve coğrafi yapısından etkilenerek çeşitli gruplardan üyeleri bünyelerine alıyordu. Örneğin üyeler bazen bir politik parti üyelerinden, bazan bir dini grup üyelerinden, bazen ise bir bölge hakından veya düşünce akımından üyeleri bünyesinde topluyordu. Örneğin, o tarihlerde Belçikada bu türden beş konfederasyon bulunması buna gayet iyi bir örnek teşkil etmekteydi.

Bu kurumların hizmetle uzaktan yakından bir ilişkisi olmayıp sadece finansman kuruluşları olarak çalışmaktaydı. Yani tıbbi hizmet ihtiyacı olan üyelere bu hizmeti alabilmesi için parasal yardım yapıyordu.

1928—30 büyük ekonomik buhranının, kişilerin satın alma düzeylerinin iyce düşmesinin doğal bir neticesi olarak, hekim ve hastaneleri iş yapamaz, dolayısiyle kâr edemez hale getirmişti. Bu durum, özellikle hakim ve hastane yöneticilerinin aktif katkılariyle, bu türden sosyal yardım kuruluşlarının sayısının artmasına ve büyümelerinde oldukça önemli bir etken olmuştur.

2. Dünya savaşına dek bağımsız olarak çalışan bu cinsten kuruluşlar arasında kıyasıya bir rekabete süregelmiştir. (Kâr, politik, dini nedenlerle üye sayısını arttırmak için) Ancak 1940'lardan sonra ABD. ve Almanya hariç diğer ülkelerde bu kuruluşların tümü merkezleştirilmiş ve devlet kontrolüne alınmıştır.

Bu dernekler Fransa ve İtalya'da mutlak devlet kontrolü özel sigortalara İngiltere'de (Bizde düşünülen benzer) merkezi kontrollü genel vergilendirme sistemine İsveç, Danimarka ve İspanya'da ise çeşitli Bakanlıklara bağlı genel vergilendirme ve devlet kontrollü sistemlere dönüşerek günümüze ulaşmıştır.

A.B.D. de ise I—Kâr amacı gütmeyen vergiden muaf örgütler (Blue Cross Chielt) 2—Kâr amacı güden ticari sigorta şirketleri (sayıları bin kadardır.) olarak günümüzdeki son şekillenmesini almış ve finansman görevini yerine getirme işini yüklenmiş bulunmaktadır.

Oysa, günümüzde, tüm adı geçen ülkeler'de bu şekilde tedaviye yönelik sağlık sigortası sisteminin bütün olumsuz yönleri anlaşılmış, buna karşılık daha ucuz ve kolay olan, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelmiştir. Örneğin, bu gün bizdekine çok benzeyen bir şekilde uygulanan İngiltere'de sağlık sigortası tamamen bir kenara bırakılmış ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine hızla girişilmiştir.

Özellikle Dünya Sağlık Teşkilâtı bugün sağlık sigortası uygulamasının tamamen karşısında bir politika izlemektedir. Çok çeşitli çalışmalarla tüm dünyada sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için yoğun bir çaba sarfetmektedir.

A.B.D. ve Almanyada sağlık sigortası sistemi halâ uygulanmakta ise de, son zamanlarda bizzat kendi sağlık otoriteleri tarafından, çok ağır eleştirilere hedef olmaktadır.

BİZDE TARİHÇE

Ülkemizde 1920'lerde SSYB ilk kurulduğu zaman, ilk SSYB'larından Refik Saydam Koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık vermiş ve örgütlenmenin bu yönde gelişmesini başlatmıştır.

1946 larda 2. Dünya Savaşının sonucu olan ekonomik buhranın bir yansıması olarak sağlık hizmetlerinde büyük bir boşluk belirmiş ve zamanın Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz konuyu yeniden ele almak geregini duymuştur.

1945'lerde sadece işçi kesimini kapsayan SSK Kanunu kabul edilmiştir. İlk önce sadece bir finansman örgütü olarak kurulan bu örgüt, SSYB teşkilatı hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle, kendi hizmet örgütlerini de kurmaya yönelmiştir. Bu durum önceleri çok iyi karşılanmışsa da neticeleri ortaya çıktığında ülkemizde sağlık hizmetlerinin daha da çarpıklaşmasında önemli bir etken olarak devreye girdiği görülmüştür.

SSK hizmet örgütleri ülkemizde az gelişmiş bölgelerde yaşayanların aleyhine, hatta ülke sağlığının aleyhine gelişmiştir. (Türkiye de 2190 kişiye bir hekim düşerken, SSK da 700 kişiye bir hekim düşmektedir). Örneğin, bugün doğuda hastahanelerde mütehassıs hekim bulamamanın en önemli nedenlerinden birisi de SSK'nin batıda yarattığı iş olanaklarıdır. SSK nin üç büyük kentte Pratisyen hekime, sosyalizasyon bölgelerindekine yakın bir ücret ödemesi, sosyalizasyon uygulanan bölgelere burslulardan başkasının gitmemesinin diğer bir nedeni olmuştur.

Kanuna tekrar dönelim. Sağlık s i g o r t a s ı konusu çeşitli zamanlarda gündeme alınmış ise de, 1961 de 224 sayılı sağlık hizmet-

lerinin sosyalleştirilmesi kanununun kabul edilmesinden sonra konu bir müddet geri plâna itilmiştir.

Özellikle 1970 tarihlerinden sonra konu tekrar gündeme alınmış ve 1972 yıllarında Dr. Osman Yaşar başkanlığında kurulan komisyonun çalışmaya başlamasiyle, bu konudaki faaliyetler, hız kazanmıştır. Nihayet 14.5.1975 tarihi ve 71/1457/2526 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile meclis onayına sunulmuştur.

KISACA GSS YASA TASARISI

— GSS kapsamına SSK ve MSB mensupları hariç geri kalan tüm kesimler alınacaktır, ve 40 milyon kişiyi kapsayacaktır. Bunlar şu başlıklar altında toplanabilir. 1 — Memurlar, 2 — Esnaflar 3 — Serbest meslek erbabı, sanayici ve tüccarlar 4 — Kır kesimi

— Hizmetler muayene, tetkik, ayakta veya yatarak tedavi İlâç ve gereçlerin, diş protezleri hariç, yüzde 75 kurum, yüzde 25 mükellef tarafından karşılanmak suretiyle), analık yardımları (Doğum ve doğum sonrası,) ölüm yardımları şeklinde özetlenebilir.

— Finansman üyelerin gayri safi aylık gelirinden yüzde 4 sağlık pirimi kesmek suretiyle sağlanacaktır.

— Finansman açıkları devlet tarafından karşılanacak ve bunun yıllık üç milyar TL. olacağı sanılmaktadır.

— Hekimin yaptığı hizmetin karşılığını, ilan edilen tarifeler üzerinden kurum, ödeyecektir. Tarifeyi aşan fiat farklarını vatandaş tamamlayacaktır.

— Vatandaş elindeki karneyle hekimini ve hastanesini kendi seçecektir. Hatta özel hastane ve hekim bile olacaktır. (Madde 47)

— Tasarı vatandaşa sağlık yardımı yapmak ve tedavi güvencesi getirmek amacına yöneliktir. (1/288 sayılı GSS tasarısı ve SSY Bakanının çeşitli dergi ve gazetelere beyanlarından).

GEREKÇE :

— Sosyalleştirmenin büyük yükü SSYB'na kalmış ve işler iyi gitmemiştir. Bundan dolayıdır ki bir sağlık sigortasına gidilme lüzumu hasıl olmuştur.

— Sosyalizasyon başarısızdır ve sosyalizasyonun takviyesi için GSS'na gidilmelidir.

— Hekimlerin yüzde 65 i üç büyük kentte toplanmıştır. Bunları kırsal alanlara göndermek olanaksızdır. Bu şartlarda GSS'na gidilmesi zorunludur ve bu koşullarda GSS'nın uygulaması mümkündür.

— Hastanelerde yatan hastaların ancak yüzde 3'ü ücret ödemektedir. Bütün yük SSYB üzerindedir.

— Sağlık tesisi olarak bakanlık hastanelerinden ve hekimlerinden başka tüm kurum ve şahıslara ait hastane ve hekimlerle anlaşma yapılacaktır. Bu nedenle hastane ve

hekim yönünden, GSS çıkarıldığında, bir sıkıntımız olmayacaktır.

— İlaçlardan acil olanlar kurumdan, diğerleri ise sigortalı katkısı ile karşılanabilecektir. (18.10.1972 Osman Yaşar başkanlığındaki komisyon raporu ve adı geçen tasarı gerekçesi).

YENİ BİR KANUNA GEREK VAR MI?

1961 yılında yasalaşan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, gerekleri yerine getirilmek suretiyle uygulandığında, ülkemizin tüm sağlık gereksinmelerini tam olarak karşılayabileceği deneylere sabittir. (Eğitim bölgeleri uygulaması) Bu kanun yönetici, koruyucu, tedavi edici ve adli hekimlik hizmetlerini kapsamaktadır.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununun 17. maddesi aynen şöyle der. «Bu bölgede tüm araç, gereç ve koşullar tamamen sağlanmadan, o bölgede sosyalizasyon uygulamasına geçilemez.» Oysa bugün Türkiyemiz'de tam bunun aksine hareket edilmiş ve neticede, uygulama ve uygulayıcılar değilde kanun suçlanır duruma düşülmüştür.

Bugün sağlık ocaklarının yüzde 70 inde hekim yoktur. Hekim başına düşen sağlık personeli sayısının ise 1977'de 1,8'e ulaşacağı söylenmektedir. Oysa sosyalizasyon bir ekip işidir. Bu meselenin sadece personel yönüdür. Diğer maddi olanakların, araç ve gereçlerin durumu bilinen bir gerçektir. Bu durum 17. madde ile taban tabana zıttır.

Türkiyemizde 18414 hekimden, 12922 si uzman, 6122 si ise pratisyendir. Pratisyenlerin 1/5'nin ise ihtisas yapmakta olan asistanlar tarafından oluşturulduğu bilinmektedir. Buna karşılık sosyalizasyon pratisyen hekimi esas alan bir hizmet şeklidir.

Bugün ülkemizde 2190 kişiye bir hekim düşmekte ve bu dağılım homojen değildir. Tüm hekimlerimizin yüzde 65'i üç büyük kentte, yüzde 35'i ise diğer kent ve kırsal alanlarda bulunmaktadır. Diğer bir anlatımla nüfusu 10.000 den az yerleşim merkezlerinde 23063 kişiye bir hekim düşerken, 100.000 den fazla olan yerlerde ise 642 kişiye bir hekim düşmektedir. (1973 D.İ. Enst. yıllığı).

Bu rakamlar göstermektedir ki, bugünkü sosyalizasyonun başarısızlığı, kanunun kendisinden gelmeyip tamamen uygulama şekliyle ilgilidir. **Eğer kanun gereğiyle uygulanırsa, çağdaş hekimlik hizmetlerine en iyi cevap verecek bir kanundur . yeni bir kanun ve örgütlenmeye gerek yoktur.**

Yine aynı rakamlar göstermektedir ki, ülkemizin esas sorunu finansman sorunu olmayıp, kırsal kesimlerde hekim bulma ve hekim gücü açığı sorunudur. Acaba teklif edilen GSS kanunu bu soruna bir çözüm getirecek midir? Bu konuya daha incelikleriyle ileride değinilecektir.

SOSYALİZASYON TEDAVİ EDİCİ HİZMETLERİ DE KAPSAMAKTADIR.

GSS gerekçesinde sosyalizasyonun tedavi sahasını boş bıraktığı bu nedenle tedavi güvencesi getirmek ereğiyle yeni bir kanuna ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

224 sayılı Sosyalizasyon Kanununun ikinci maddesinde her türlü sağlık hizmetlerinden eşit ve ücretsiz yararlanılacağı açıkca belirtilmektedir. Ayrıca 12. ci maddede aynen şöyle denilmektedir; «Hastaneler sağlık ocaklarından ve sağlık merkezlerinden veya diğer hastanelerden gönderilen veya durumları acil müdahaleyi gerektiren veya 13. cü madde hükümlerine göre, (Hasta sevki prosedürü ile ilgili teknik madde) müracaat eden hastaları ayakta veya yatarak tedavi etmek ve uhdelerine verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini yapmakla mükelleftirler» der. Tüm bunlar göstermektedir ki, sosyalizasyon tedavi hizmetlerini de kapsamaktadır, ve de ücretsiz olmasını öngörmektedir. Ancak bu yöneticilerce uygulanmamıştır.

SOSYALİZASYON KANUNUNDA PİRİM KESİLMESİ ZATEN VARDI.

GSS Kanun Tasarısı bir finans kaynağı yaratmak gerekçesiyle hazırlanmıştır. Sosyalizasyonun tüm yükünün SSYB'ğına kalması nedeniyle bu gereklidir denilmiştir. Oysa Sosyalizasyon Kanununun 2. ci maddesinde finans yaratılmak üzere pirim kesilmesi esası öngörülmektedir.

Kanunun 2. ci maddesinde Sosyalizasyon konusunda kullanılan terimlerin delalet ettiği manalar aşağıda gösterilmiştir denilerek, sosyalleştirme terimi şöyle tarif edilmiştir: SOSYALLEŞTİRME : Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi; vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri pirim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.

Buradan da anlaşılmaktadır ki, şayet erek finans kaynağı yaratmak ise bu sosyalizasyon çerçevesinde de sağlanabilir. Bu gerekçe ile ikinci bir kanun ve örgütlenmeye gerek yoktur.

TENİK YÖNDEN GSS :

Başında da belirttiğim ve de tasarısının birinci maddesinden de anlaşılacağı üzere GSSK bir hizmet örgütü olmayıp sadece bir finansman kuruluşudur. Yani vatandaşa tedavi güvencesi getirmek adı altında, vatandaşın tedavi ücretleri bir seferde değil de, devamlı vergilendirme yoluyla alınacaktır.

Bu koşullarda, salt bu yönüyle bile kurum, bu finansman görevini yerine getirebilecek midir? Bizce hayır. Bunu SSK uygulamalariyle (Bizdeki bir uygulama olduğundan karşılaştırılması mümkündür.) karşılaştırarak açıklamaya çalışalım.

Tasarıya göre herkes istediği zaman ve istediği kadar hekime baş

vurabilecektir. (Madde 47) Örneğin, gribal enfeksiyon geçiren bir kişi istediği kadar (Mesela on kez) hekime gidecek ve istediği reçeteyi yaptırabilecektir. (SSK da böyledir, ayrıca özel hekim hastanın istediği reçeteyi yapmak zorunda kalacaktır. Aksi bir davranışta hasta sayısı azalacaktır). Kurum bunların karşılığını ödeyecektir.

SSK nın yıllık istatistiklerine göre bir hesaplama yapmaya çalışalım.

1 — SSK da 700 kişiye bir hekim düşmesine, üstelik kurum yüzde 10 prim almasına rağmen, herkes istediği hekime muayene olamamaktadır. (Oysa Türkiye'de 2190 kişiye bir hekim düşmektedir) Ayrıca yine aynı kurumda primin hasta birikimine yol açması nedeniyle hizmet kalitesi oldukça düşmektedir.

2 — SSK da her üye yılda 5,2 kez hekime başvurmaktadır. (Tasarı da bu sayı 2,5 olarak hesaplanmıştır.) SSK bu poliklinikler nedeni ile yılda kişi başına 448 TL.'lık bir gider ödemektedir.

Tasarı hizmeti 40 milyon kişiye götüreceğine göre, yukarıdaki gidere göre bir hesap yaparsak 40 milyon X 448=17 milyar 290 milyon TL. yıllık poliklinik ödemesi gerekmektedir. Bu meblağın Türkiye'deki tüm dolaylı ve dolaysız vergilerin 1/5 olduğunu belirtmek isterim. Yine bu miktarın kişilerin gayri safi aylık gelirlerinden alınan yüzde 4 lük primle karşılanabilmesi için, kişi başına düşen yıllık gelirin 11.200 TL. olması gerekmektedir. Oysa bu gün kişi başına yıllık gelir ancak bunun yarısı kadardır. Ayrıca 40 milyonun hepsinin çalışmayacağı meselenin ayrı bir yönüdür.

3 — Diğer giderlere şöyle bir göz atalım.

Ülkemizde yılda 1,5 milyon doğum olmaktadır. Doğum yardımının 500 TL. olduğunu kabul edelim 1,5 milyon X 500 = 750 milyon TL. doğum yardımı, ülkemizde ölüm oranı bin de 17 dir. Hesap edersek yılda, 680 bin ölüm eder. Yine ölüm yardımı 500 TL. olsun 680 bin X500 = 340 milyon lira ölüm yardımı ödeneği.

4 — Herkesin tasarının kabul ettiği gibi, yılda üç kez hekime baş vurduğunu kabul edelim. Bu yılda 120 milyon poliklinik eder. Muayene ücretini 40 TL. ve tetkik için 30 TL. kabul edersek toplam gider 8 milyar 400 milyon TL. sı edecektir. (Verdiğimiz ücretlerin bugün için gülünçlüğü ortadadır.)

Her seferinde 50 TL. reçete yapıldığını kabul edersek, 6 milyar, hastaların yüzde 3 ünün hastaneye yatırıldığı ve ortalama yatış süresinin on gün. günlük hastane giderini ise 100 TL. kabul edersek, tüm harcama 3 milyar 600 milyon TL. olur.

Diğer ihtiyarlık, analık, yol, otel, yiyecek ve kurumun kendi harcamalarını bir yana bırakalım, tüm yukardaki giderlerin toplamı 30 milyar 380 milyon liralık bir toplam eder. Bunun yüzde 4 lük primlerle finanse edebilmesi için gayri safi yıllık gelirinin 759 milyar 500 milyon olması gere

kir. Oysa ülkemizin gayri safi milli geliri 237 milyar 550 milyon TL. dır. (1974. D.İ. Enst. yıllığı).

Tüm bu malî portre, göstermektedir ki, bu tasarı tek başına finansman görevini bile yerine getiremeyecektir. Bırakın bunu 3 milyarlık devlet katkısıyla, bütçenin 1/5'i bu tasarıya ayrılsa bile zor karşılanabilecektir.

Ülkemizde tüm sağlık hizmetlerine bütçeden yüzde 3,5—4 lük bir ödenek ayrılmaktadır. Bunun ise çok az bir kısmı sosyalizasyona verilmektedir. Yukarıda bahsedilen 3 milyarın (tasarıyı hazırlayanların beyanlarından) sosyalizasyona ayrılması sosyalizasyonun başarılı olmasına yardımcı olacak daha gerçekçi ve doğru bir yaklaşım olacaktır.

YÜK KİME YÜKLENECEK?

GSS kapsamına alınacak kesimler 1 — Memurlar 2— Esnaflar 3— Serbest Meslek sahibi, Sanayici ve tüccarlar 4— Tarım sektöründe çalışanlar başlıkları altında toplanmaktadır.

Ülkemizdeki vergi sistemi incelendiğinde bu gruplardan sadece memurlardan prim kesilebileceği aşikar olarak görülür. Ayrıca tasarı memurların zaten yararlandıkları ücretsiz tedaviye, yeni bir maaş kesintisinden başka birşey eklemeyecektir.

Diğer meslek gruplarından prime esas bir yıllık gayri safi gelirlerinin 1/12 si maaş olarak kabul edilmek suretiyle yüzde 4 lük prim kesilecektir. (Madde 15) Serbest meslek erbabından gerçek gelirine göre prim alma olanağı yoktur. Eğer olsaydı önemli bir sorun olan vergi kaçakçılığı önlenebilirdi.

Türkiye'de gelir vergisinin yüzde 66 sı memur ve ücretli işçilerden yüzde 34'ü ise tüccar ve sanayicilerle diğer serbest meslek erbabı tarafından ödenmektedir. Gelir vergisi cetvellerine göre Türkiye'de 575 bin beyannameye tabi vergi mükellefinden 436 bini küçüklü büyüklü tüccar ve iş adamlarından oluşmaktadır. Bu 436 bin vergi mükellefinden 375 bini yıllık gelirlerini 10 bin TL. sının altında göstermişlerdir. Yani bu hesaba göre, tüccar ve iş adamlarımızdan 375 bininin ortalama aylık gelirleri 833 TL. sının altındadır. Vergi sistemimimiz bunu doğru verilmiş olarak kabul etmekte ve kontrol yetersizliği nedeni ile vergiler bu hesaba göre tahakkuk etmektedir. (Türk—İş 1976 için hazırlanan faaliyet raporu)

Tarım sektöründe çalışanların ise durumları ortadadır. Çiftçiler için asgari ücret uygulamasındaki başarısızlık malumdur.

Bu durum şunu göstermektedir. Sağlık primi de yine geliri sabit olan gruplardan alınacak, diğerlerinden ise ya alınmayacak, ya da gelirine göre çok az alınacaktır. Zaten mevcut olan vergi dengesizliğine yeni bir öğe (unsur) daha eklenecektir.

Yukarıdaki hesaplardan anlaşılacağı üzere, kurumun giderlerinin yüzde 4 lük bir prim ve 3 milyarlık devlet katkısıyle karşılanamayacağı açıktır. Bu ise prim yüzdesinin giderek artması demektir. Ayni şekilde SSK da yüzde 5 lik bir primle başlamışken bugün yüzde 10 luk prime ulaşmıştır.

Zaten tasarının 20. maddesinde bu konuya değinilmekte ve denilmektedir ki, tedavi maliyetleri ve GSS kurumunun mali denge durumu iki yılda bir veya gerikirse daha önce incelenerek varılacak sonuçlara göre mali dengede bir bozukluk tesbit edildiği takdirde gerekli tedbirler alınır. Bu maddeden de anlaşılacağı gibi prim gittikçe yükselecektir. Çünkü yapılan iyimser hesaplara göre gerekli olan harcama 30 milyar 380 milyon TL dır. Oysa prim yoluyla toplanacak para 7 milyar civarında olacaktır. Ya hizmetler tedavi yönüyle bile yürümeyecek, ya da prim yüzde 4 den yüzde 10'a yükselecektir. Dar gelirlilere büyük bir yük daha yüklenecek ve vergi dengesizliği daha da arttırılacaktır.

SSK da toplanan primlerin yüzde 47,5'u üyelere harcanırken yüzde 52,5 günun ise bankalarda iş çevrelerine kredi finansmanı olarak kullanılması da meselenin diğer bir yönü için gösterge olmaktadır.

YENİ BİR SOSYAL ADALETSİZLİK

Yukarıda belirttiğim gibi, ülkemizde halk düzeyinde **esas sağlık sorunu, finansman sorunu olmaktan çok kırsal kesimlerde hekim bulma ve hekim ile sağlık personeli açığı sorunudur.** Bunlar çözümlenmeden finansman kaynağı yaratmanın tıp ticaretini hızlandırmaktan başka anlamı yoktur. Ayrıca GSS şimdiki hekim dağılımını düzeltmek bir yana, aksine daha da bozacaktır.

Kentsel bölgelerimizde yapılan araştırmalara göre, hekime gitmesi gereken 4 hastadan ancak biri hekime müracaat etmektedir. Pirim ödenince bunun 4'ü de hekime müracaat edecektir. 2190 kişiye 1 hekim düşen ülkemizde, normalde her 100 kişiden birinin hekime baş vurması gerektiği düşünülürse ve tüm hekimlerimizin poliklinik yaptığı kabul edilirse, günde hekim başına 21 müracaat olacaktır. Bu da hizmetin kalitesini düşürecektir.

Kanun hükmüne göre sigortalı kişi özel muayenehane ve klinikler dahil istediği hekim ve hastaneye gitmekte serbesttir. (Madde 47) Bunun anlamı şudur, o zaman hiç bir hasta devlet sağlık tesislerine gitmez. Gitse bile hekim, «arkadaş sen devletle ortak mısın?» niye öğleden sonra muyenehaneme gelmiyorsun? Sanki parayı sen mi vereceksin,» diyerek hastayı muayenehanesine çekecektir. Zaten hekim bunu dese de demese de, bugünkü kargaşada vatandaşa muayenehane daha cazip gelmektedir. Tasarı vatandaşı iyice bu yola itecektir.

Bu taktirde muayenehanelerde ve özel hastahanelerde iş ve kazanç o kadar artacaktır ki, bu da hekimin iş hacminin daha büyük olduğu büyük kentlerde toplanması için yeterli bir sebep olacaktır. Neticede şimdi az da olsa orta büyüklükteki kentlerde hekim varken, ileride buralarda dahi hekim kalmayacaktır.

Önerilen sistem kırsal kesimin sağlık durumunun daha da kötüleş-

mesi pahasına tedavi hizmetlerinde çalışan hekimlerin gelirlerini daha da arttıracak. Böylece hekimlerin koruyucu hekimlik hizmetlerinden bu alana kaymalarını sağlayacaktır. Hekim hastasının başka hekime gitmesini önlemek için ilaç sayısını arttıracak neticede, zaten çok fazla olan ilaç tüketimi daha da artacaktır. 1970 ilaç tüketimi 1 milyar 350 milyon, 1973 ilaç tüketimi ise 2 milyar 829 milyondur. İlaç hammaddelerinin yüzde 80'inin dışarıdan alınması, meselenin diğer bir yönüdür.

Özellikle tıp mesleğini ticaret metaı gibi gören hekimler bu tasarıyı hararetle desteklemişlerdir. Koruyucu hekimlik hizmetlerinin geriye itilmesi suretiyle kârlarının da da artacağını düşünmüşlerdir. Aynı şekilde ilâç firmaları ve eczacılar da ilâç tüketimini son derece arttıracak olan bu tasarıyı desteklemektedirler. Kanunun en çok nereden destek aldığını gözlemek bile, koruyucu hekimliği destekliyen hekimler için iyi bir kıstastır.

Son günlerde adı büyük bazı hekimler GSS nin bir an önce çıkması için canı gönülden çalışmakta ve imzalar toplamaktadırlar. Neden? Bu hekimler GSS olsa da olmasa da zaten kazanabilecekleri kadar para kazanmaktadırlar. İstenen şey muayenehane hekimliğinde kazanç olasılığını arttırarak hekimlerin büyük çoğunluğunu muayenehane hekimliğine bağlamak ve tüm halka eşit hizmet götürmek isteyen sosyalizasyon çalışmalarını baltalamaktır.

Liberal hekimlik ile çağdaş hekimlik arasındaki fark, birincide hizmet üretimi pazar ekonomisi kurallarına göre düzenlenir. İkincide ise devletin maaşla çalıştırdığı hekimlere hizmeti yaptırması şeklindedir. Pazar ekonomisinin en belirgin özelliği ise, hizmetin kazancın fazla olduğu yerde gelişmesidir.

O halde tasarıyla yerleşecek olan liberal hekimlik, pazar ekonomisinin doğal bir neticesi olarak hekimlerin aşırı ölçüde ihtisaslaşmaya kaymasını ve büyük kentlerde toplanmasını kaçınılmaz kılacaktır.

GSS sağlık hizmetlerinde talebi arttıracağından pazarı genişleterek hekimlere her yerde, bu arada büyük kentlerde daha çok iş sahası açacaktır. Büyük kentlerin diğer sosyal avantajları da düşünülürse, bu durum karşısında hekimlerin çok büyük bir kısmının üç büyük kentte toplanmaları kaçınılmaz bir olgu olacaktır.

SSY Bakanlığı bugünkü ortamda bile hekim bulamamaktadır. Tasarısının getireceği ortamda nasıl hekim bulacaktır?

TASARI SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLEŞME SÜRECİNİ HIZLANDIRACAKTIR.

Tasarı özel hastane girişimciliğine prim vermektedir. Hastanelerimizdeki bügünkü kargaşa hastayı tamamen özel hastanelere yöneltecek ve hastalar özel hastanelere gidecektir. (Madde 47.) Bu durumda kâr üzerine kâr yapan, bu kurumlar mantar gibi ürerken, devlet sektörü ve kır kesimindeki hekimleri de kendi bünyesinde toplayacaktır.

Özel hastahane ve muayenehanelerin çok kazanması nedeni ile bazı çok kâr getiren ihtisas bölümlerinde, ihtisas için, talep çok büyük rakamlara ulaşacak hem kır/kent dağılımın kırsal bölge aleyhine, hem de pratisyen/Uzman oranını uzmanlar lehine, ayrıca uzmanlık bölümleri arasındaki dağılımı ise, çok kâr getiren bölümler lehine bozulacaktır. Oysa bugün ülkemizin mütehassıs hekime değil, pratisyene ihtiyacı vardır. Sosyalizasyona bir darbe de bu yönüyle vurulacaktır.

KANUN SOSYAL GRUPLARIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMALARINDA EŞİTLİĞİ GETİRMEYECEKTİR

Kanun sosyal grupların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında eşitliğe doğru bir gidiş getirmeyecek. Aksine bu eşitsizliği körükleyecektir. «İlaç ve tedavi gereçlerinin listesi kurumca yayınlanacaktır.» (Madde 48) Tarifeye uymayan durumlarda vatandaş farkı ödeyecektir. Sosyo—ekonomik seviyesi yüksek kesim bu farkı vererek yine en iyi imkânlardan yararlanacak, düşük seviyedeki kesimler ise, yine aynı kargaşadan kurtulabilmek için etinden dişinden arttırarak bu farkı karşılamaya çalışacaktır. İlaç listelerinin tesbitinde ilâç tekellerinin etkisi meselesinin başka bir yönü olacaktır. Pahalı ilaç listeye girmeyecek vatandaş yine cebinden almak zorunda kalacaktır.

Tarife çerçevesinde hareket eden devlet kurumlarındaki (Şayet çalıştıracak hekim bulursa), talepte artma nedeni ile yığılma daha da artacaktır. Hekim ve vatandaş çatışması bu kurumlarda bugünkünden daha belirgin hale gelecek, hem vatandaş hem de hekim burdan kaçmak için çare arayacak ve çareyi de özel klinik ve ya muayenehanelerde bulacaktır.

SONUÇ :

— Ülkemizin esas sağlık sorunu kırsal kesimlerde hekim bulma ve hekim gücü açığıdır. GSS sadece finansmana yöneliktir. Bu sorunlara cevap veremiyeceği gibi, finansmana göre vini de yerine getirmesi olanaksızdır.

— Bizdekine en çok benzeyen şekliyle 1940'lardan beri uygulanmakta olan, İngiltere'de bu sistemin verimsizsiği görülerek terk edilmiştir.

— Ekonomik ve sosyal koşulların uygun olmaması nedeniyle, GSS'nin uygulaması ve yaygınlaştırılması imkansızdır. Hizmetlerin yapılmasına olanak olan yerlerde başlanması (geçici madde 1) sigortanın üç büyük kentten başlaması demektir. Sigorta imtiyazı verilen vatandaşa yapılan hizmetin yükünü, bu hizmetten yararlanamıyanlara yükleyecektir. (Kurum açıkları genel bütçeden karşılanacaktır.)

— GSS hekim dağılımındaki dengesizliği daha da arttıracak ve sağlık hizmetlerinin özelleşmesi sürecini hızlandıracaktır.

— Tasarıda koruyucu hekimlikle ilgili bir tek kelime bile yoktur. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerinin yüzde 70'i koruyucu hekimliğe yönelik olmalıdır. Oysa tasarı sağlık hizmetlerine tamamen tedaviye dönük bir yön verecektir. Tasarının asıl ergi

(amacı) sosyalizasyonun ertelenmesi ve yaygınlaşmasının engellenmesidir.

— Tasarıda koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesi ilkesi temelden yıkılmaktadır. Tedavi Hizmetleri Sosyal Güvenlik Bakanlığına koruyucu hizmetler ise SSYB bırakılmaktadır. (Madde 17) Zaten bugün bozuk olan merkezi plan ve otorite yokluğu iyice körüklenmektedir. (Ülkemizde bugün SSYB'den başka 49 sağlık teşkilatı vardır.) Bütçesi SSYB'lığından ayrılacak, harcamasını ise Sosyal Güvenlik Bakanlığı yapacaktır. (Madde 42) Bu durum diğer satlık hizmetlerine ve özellikle de sosyalizasyona ayrılan ödemelerin kısılması demektir.

Yönetim kurulunun dokuz kişisinden beş kişisi hükümet tarafından tayin edilecektir. Bunların tıpla ilgili bir okuldan mezun olmuş olması şart koşulmamıştır. (Madde 27) Zaten sağlık hizmetlerimiz yeteri kadar politikaya alet edilmektedir. Bu durum daha da arttıracaktır.

— Prim talebi arttırarak, hekim zamanı ve ilaç israfını getirecektir. GSS ilaç listesinin tesbiti ilaç tekellerinin etkisiyle olacak ve zaten etkilemekte oldukları sağlık politikamıza iyice el atacaklardır.

— Listeye alınan ilaçlar sınıflı olacak, pahalı, ilaçlar yine hasta tarafından alınacaktır, Özel tedavilerde vatandaş yine ödeme de bulunacaktır. Ücret sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitliği bozan en büyük etkendir Sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki farklılığı daha belirgin hale getirmemek için sağlık sigortasından kaçınılmalıdır.

ÇÖZÜM

1 — Anayasamızın 49. maddesinde belirtildiği gibi, sağlık hizmeti devletin görevi olmalı ve hizmetler için ücret alınmamalıdır. Herkes koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkına sahip olmalıdır.

2 — Sağlık hizmetleri tek elde toplanmalı, merkezi olarak planlanmalı ve istatistiki verilere dayanarak yön verilmelidir. (Ölçünün olmadığı yerde bilim olmaz) Sağlık hizmetleri politik çekişmelerden uzak olmalıdır.

3 — Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun getirdiği model ülkemiz koşullarına uygundur ve kanunun öngördüğü koşullar yerine getirilirse, başarı sağlanacaktır.

4 — Öncelikle hekim gücü açığı ve diğer personel açığı hızla kapatılmalı. Kırsal kesimlerde haekim bulmk problemi halledilmeli, çalışmaya yurt çapında ayrıcalıksız rotasyon ve tam gün çalışma ile hekim ve diğer hizmetlilerin katılması sağlanmalıdır. Çalışmalar ekip çalışması prensibine göre düzenlenmelidir.

5 — Sağlık sadece sağlık personeli ve SSYB ile ilgili bir konu değildir. Çevre sağlığını sağlayacak tüm koşulların sağlanmasında diğer Bakanlıklar kendine düşen görevleri yerine getirmede, diğer işlerine göre, öncelik tanımalı.

SSY Bakanlığına bütçeden ayrılan yüzde 3,5—4lük oran çok düşüktür. (Bu oran, isveçte: yüzde 20,4 Suriyede yüzde 17 Seylanda yüzde 15,5 Cezayir yüzde 9) Yeterli düzeye çıkarılmalıdır.

7 — İlaç sanayisi devletleştirilmeli ve SSY Bakanlığı kontrolüne alınarak ilaçlar standardize edilmelidir.

İngiltere'de Sağlık Hizmetleri

Derleyen: Dr.MehmetTUNCA

İngiltere egemen olduğu Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda ile birlikte «Birleşik Krallık» adını alır. Bu yazıda İngiltere'den söz ederken vereceğimiz sayı ve bilgiler Galler'i de kapsamaktadır.

1971 sayımına göre İngiltere'nin nüfusu 48,7 milyondur. Km2 ye ortalama 323 kişi düşer, halkın % 80'i toprakların % 20'si üstünde yaşamaktadır. Ülkenin sağlık düzeyi hakkında genel bir fikir verebilecek bazı sayılar aşağıda topluca gösterilmiştir:

Nüfus artış hızı (%) 0.44
Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda) 17.5
Anne ölüm hızı (1000 canlı doğumda) 0.17
Beklenen ömür süresi :
Erkeklerde ..... 69 yıl
Kadınlarda ..... 75 yıl
Doktor/Nüfus oranı 1/790
Hastane yatağı/Nüfus oranı 9.1/1000
Tüm sağlık personeli/Çalışan nüfus oranı 3.5/100
(1971 yılı istatistikleri)

Ölüme neden olan hastalıklar sırasıyla iskemik kalb hastalığı, malign neoplazmalar (erkeklerde akciğer kadınlarda meme kanseri) ve serebrovasküler hastalıkdır. En sık görülen bulaşıcı hastalıklarda ilk 5 sırayı kızamık, enfeksiyöz hepatit, kızıl, tüberküloz, ve dizanteri alıyor. Bu hastalıkların tümünde 10 yıl içinde ortalama % 50 azalma görülürken aynı dönemde zührevî hastalıklar 2 misli artmıştır, nitekim yukarıdaki sıralamaya o sene zührevi hastalıklardan dolayı tedavi olanlar eklenseydi birinciliği aldıkları görülecekti (sayı olarak ilk 5 bulaşıcı hastalık vakalarının toplamından daha fazla.)

SAĞLIK ÖRGÜTÜ :

İkinci Dünya Savaşı'nın «galiplerinden» olan İngiltere sömürgelerinden çoğunu yitirmiş ve anayurdu ağır bombardımanlarla yıkılmış olarak barış dönemine girdi. Üstünde güneş batmayan imparatorluğun merkezinde bile ortalık karanlıktı. Zor günlerde yeni fedakârlıklar gerekince işçi Partisi öne sürüldü. «Memlekete sosyalizm gerekiyorsa onu da burjuva sınıfı getirecekti.» Gelen burjuva sosyalizmi sağlık konusunda Ulusal Sağlık Servisi'ni kurdu. Bu örgüt ufak tefek değişikliklerle günümüze kadar aynen korunmuştur. Servise her çalışan İn-

giliz vatandaşı yılda ortalama 8 sterlin ödemekte, bunun karşılığı olarak muayene ve tedavi masrafları karşılanmaktadır. Servis harcamalarının % 4,5'i hastalardan, % 80'i ise merkezî hükümetten karşılanmaktadır. Diş tedavileri için hastalar ek bir para ödemektedir. Sağlık Servisi ayrıca ödeme gücü yüksek olanlara para karşılığında hastane hizmetlerini açık tutmuştur. Özel (yani paralı) hasta bakımı yalnız konsültan doktorlarca yapılabilmekte ve bu yolla 6000 kadar doktora yılda toplam olarak 12 milyon sterlin kazandırılmaktadır. Sistemin bu yönünün neye yol açtığını Manchester Üniversitesi'nden Gordon Forsyth şöyle anlatıyor: «Uzman doktor hastasına, meselâ hernia tamiri için, 2 yıl sıra beklemesi gerekeceğini söylemekte fakat aynı hasta konsültasyon odasına özel hasta olarak başvurunca Sağlık Servisi hastası sıfatı ile Servis hastanesine 2 hafta içinde yatırılabilmektedir.»

Hastane yatakları üzerinde hiç bir yetkisi olmayan genel pratisyenler için «piyasada» özel hasta yok denecek kadar azdır. İngiliz Tıp Birliği, özel hasta yoluyla pratisyenlere de kazanç sağlanması amacıyla 1965 yılında Bağımsız Sağlık Servisleri adında bir sigorta sistemine önayak olmuş, fakat hastaneler egemen uzman doktorla rekabet edemeyeceklerini gören pratisyenler den yeterli desteği bulamamıştır. (Bu projeye pratisyenlerin sadece % 1'i katılınca 1969 yılında projeden vazgeçilmiştir.) Her İngiliz vatandaşı hastalandığı zaman bağlı olduğu pratisyen doktora başvurmak zorundadır. Pratisyen gerekli görürse hastayı hastaneye sevkeder fakat hastane o şahsı yatırmak zorunda değildir. Buna karşılık son yıllarda pratisyenlere hastanelerin laboratuarlarından yararlanma hakkı verilmiştir. Beri yandan hastaneler 20 yıl öncesine göre Ulusal Sağlık Servisinden daha çok pay almakta (% 55,7 % 62,6), pratisyenlerin aldığı pay ise düşmektedir (% 9,6— %8,5). Pay dağılımındaki bu değişmenin başlıca nedeni hastanelerdeki masrafların her geçen gün biraz daha artmasıdır. İsveç'de olduğu gibi İngiltere'de de hükümet 200 yataklı hastanelerin yerine 1200—1500 yataklı büyük hastaneler kurmayı, böylece hastane masraflarını biraz olsun azaltmayı planlamaktadır. Diğer taraftan hasta sirkülasyonunu hızlandırmaya çalışmaktadır ama bugüne kadar hastanelerdeki yığılmanın önüne geçememiştir. Hastanelerin % 75'inin en az 60 yaşında olduğunu hatırlatalım.

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmeye başladığı ilk yıllarda mahallî idarelere önemli roller verilmiştir.

Zamanla daha verimli bir hizmet götürülmesi için örgütün merkezileştirilmesinin şart olduğu görülmüştür. Bu düşünce ile 1968 yılında yayınlanan «Green Paper» diye bilinen yeniden örgütlenme önerisi ortaya çıkmıştır. Amaç otoritenin belirli bir hiyerarşi içinde merkezileştirilmesidir. Hasta nelerde çok yetkili az sorumlu uzmanlar başta olmak üzere buna karşı çıkanlar da vardır.

1974 yılından itibaren İngiltere sağlık örgütlenmesi 14 bölge şeklinde ülkeye dağılacaktır. Her bölge bir Üniversite'ye bağlı olacak, hastanelerin idaresi bölge otoritelerinde denetlenirken pratisyenlerin statüsünde belirgin bir değişme olmayacaktır. Pratisyenlerin 12 kişilik doktor ekibi halinde yaklaşık 30.000 nüfuslu bir alanda çalışması ve içlerinden isteyenlerin, ekibin için de kalmak şartıyla, istedikleri dallarda uzmanlaşmaları önerilmiştir. 1966'da alınan bir karar ile pratisyenlerin kazançları uzmanlarınkine yakın bir düzeye çıkarıldığı halde 1960-1970 yılları arasında hastane doktorlarının sayısı % 36 artarken pratisyen sayısındaki artış sadece % 2 olmuştur.

Her geçen gün ekonomisi daha da kötüye giden İngiltere'nin sağlık hizmetleri de bütün «iyi niyetli» çabalara rağmen artan bir hızla aksayacaktır. Bugün bile İngiltere Avrupa'da sağlık hizmetlerine en az para harcayan ülkedir.

NOT : Bu yazı sergisindeki bilgiler söz konusu ülkelerin yetkililerinin Batı'da yayınlanmış resmî raporları ile Dünya Sağlık Örgütü'nün yıllık istatistiklerinden derlenmektedir.

Belediyeler ve Halk Sağlığı Üzerine Görevleri

Dr. Şükrü GÜNER

SSK İstanbul Hastanesi Ortopedi Asistanı

Özellikle, 1580 sayılı Belediyeler Kanunu ve 1593 sayılı genel Hıfzısıhha Kanunu ile, belediyelere halk sağlığını korumak üzere bazı görevler verilmiştir. (1) Belediyelerin «Sağlık ve Sosyal Yardım Görevleri» adı altında toplayabileceğimiz bu işleri üç bölüm halinde inceleyebiliriz.

A) Belediyelerin çevre sağlığı üzerindeki görevleri

B) Belediyelerin sağlık tesisleri kurmak ve yönetmek görevleri

C) Belediyelerin sosyal yardım görevleri

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin karakteri tedavi edici hekimliktir. Tedavi edici hekimliğin tanımını yaparsak: İnsanı hastalandıktan sonra ele alan, hastalık öncesi insan hayatı ile ilgilenmeyen, koruyucu hekimlik çalışmaları ihmal edilmiş bir teşkilatlanma ve hizmet anlayışıdır. (2)

Gerçekten de ülkemizde sağlık hayatı, eğitimden uygulamasına dek bu özellikleri gösterir. Koruyucu hekimlik çalışmaları kâğıt üzerine alınmış, uygulanmayan, uygulanamayan kararlar olarak kalmıştır. Bu yazımız bunun en güzel örneklerinden birini teşkil edecektir.

Biz bu yazımızda yukarıda adı geçen kanunların belediyelere halkın sağlığı üzerinde verdiği sorumlulukları inceleyeceğiz. Bu sorumlulukların ne denli yapıldığını ortaya koyacağız. Görevin yerine getirilmesindeki olanaksızlıklar yazımızın dışında kalacaktır. Bu konuda belediye yetkilileri ile yapmayı tasarladığımız röportajlar bu sorunu aydınlatır kanısındayız.

A) Belediyelerin Çevre Sağlığı Üzerine Görevleri :

1) Salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda merkezi hükümet örgütü ile birlikte çalışmak ve bu örgüte yardım etmek.

(1580 sayılı kanun Madde 15/4)
(1593 sayılı kanun Madde 20/10)

Araştırmalarda bu görevin genellikle az, her belediyede farklı ve belli bir sistem ve programdan yoksun olarak yürütüldüğü ortaya çıkmıştır. (3)

2) Sağlık Denetimleri Yapmak

a) Genel yerleri, yenilecek, içilecek ve kullanılacak şeyleri ve bunların bulunduğu yerleri denetlemek,

(1580 sayılı kanun Madde 15)
(1593 sayılı kanun)
(224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun Madde 33)
(Gıda maddeleri tüzüğü)

b) İçme, kullanma ve kaynak sularının sağlık denetimini yapmak,

(1580 sayılı kanun Mad. 15/25)
(1593 sayılı kanunun ilgili maddeleri)
(2659 sayılı kanun madde 7)
(Gıda maddeleri tüzüğü)

c) Konutların sağlık denetimini yapmak,

(1593 sayılı kanun Mad. 20—250—257)
(6785 sayılı İmar Kanunu Mad. 16)

d) Fabrika ve iş yerlerinin sağlık denetimini yapmak,

(1580 sayılı kanun Madde 15/76)

e) Kanalizasyon, lağım ve çukurları denetlemek,

(1593 sayılı kanun Madde 244—245)

f) Sınai kuruluşlar etrafındakilerin sağlığı, huzuru ve rahatı üzerinde yaptığı etkiler yönünden denetlemek,

(1580 sayılı kanun madde 15/38)

g) Bütün helaları sağlık bakımından denetlemek,

(1580 sayılı kanun madde 15/27)
(1593 sayılı kanun madde 249)

h) Hizmet erbabının sağlık denetimini yapmak,

(1580 sayılı kanun madde 15/61)

i) Süthanelerin sağlık denetimini yapmak,

(1580 sayılı kanun madde 15/61)

j) Ilıca, hamam ve her nevi yıkanma tesislerini denetlemek,

(1580 sayılı kanun madde 15/56)

k) Yazılı ve basılı kağıtların kese kağıdı olarak kullanılmasını önlemek,

(3517 sayılı kanun madde 1—2)

«Bütün bu görevler, belediyelerin büyüklüğüne, sahip olduğu örgüt, personel ve tesislerin hacmine, görevin yapılması için ayrılan kaynağa ve yetkililerin ilgisine göre çok farklı uygulamalara sahne olmakta, görevin yapılış biçimi ve derecesi, etkinliği verim ve kalitesi beldeden beldeye büyük değişmeler göstermekte ve **genellikle hizmetler etkili ve verimli olarak yapılmamaktadır.** Gıda ve içme sularının kontrolü için tahlil laboratuarlarına sahip belediye yoktur. (3)

2) Genel yerleri temizlemek, özel yerlerin süprüntülerini toplamak ve pislik maddelerini kaldırıp yok etmek,

(1580 sayılı kanun Madde 15)
(1593 sayılı kanun Madde 20/5—248)

Belediyelerce benimsenen görevlerin başında gelen bu çalışma ne var ki beldeden beldeye farklılıklar göstermektedir. Bu görevde nüfus başına düşen harcama bakımından beldeler arasında on bir misli fark olduğu hesaplanmıştır. (4)

4) Mezarlıklar ve cenaze yıkama yerleri kurmak ve ölülerin muayenelerini, yıkanmalarına, kefenlenmelerine, taşınmalarına ve gömülmelerine ilişkin hizmetleri yürütmek,

(1580 sayılı kanun madde 15)
(1593 sayılı kanun madde 234)
(Mezarlıklar tüzüğü ve yönetmeliği)

«. ....Mezarlık işlerini yürütme görevlerine belediyeler genellikle ilgi göstermekte ve bazı hizmetleri yapmaktadırlar. Ancak her belediyedeki uygulama ve görevin yapılışına ayrılan kaynaklar farklı olmakla, özellikle **küçük belediyelerde hizmet, ilkel bir biçimde yürütülmektedir.»**

B — Belediyelerin Sağlık Tesisleri Kurmak ve Yönetmek Görevleri

1) Belediye Hastaneleri kurmak ve işletmek,

(1580 sayılı kanun madde 15/53)
(1593 sayılı kanun madde 20/13)

Belediyelere ait tümü 2617 yataklı 10 hastahane mevcuttur. Yetersizlik ortadadır. (6)

2) Akıl hastahaneleri kurmak ve işletmek,

(1580 sayılı kanun Madde 15/45)

Akıl hastahanesine sahip belediye mevcut değildir.

3) İlk yardım ve imdat merkezleri kurmak ve işletmek,

(1580 sayılı kanun madde 15/52)

İlk yardım ve imdat merkezine sahip belediye yoktur.

4) Muayenehane ve Dispanserler kurmak ve işletmek,

(1580 sayılı kanun Madde 15/57)
(1593 sayılı kanunun Madde 20/13)

Bu görev genellikle belediyelerce yapılmamaktadır.

5) Doğuma yardım edici tesisleri ve örgütleri kurmak, işletmek,

(1580 sayılı kanun madde 15)
(1593 sayılı kanunun ilgili maddeleri)

Araştırmada belediyelerin hiçbiri doğumla ilgili tesislere sahip olmadığı anlaşılmıştır.

6) Eczane olmayan yerlere eczane açmak,

(1580 sayılı kanun madde 15/57)
(1593 sayılı kanun madde 20/11)

Araştırmada eczane açan ve işleten belediyeye rastlanmamıştır.

C — Belediyelerin Sosyal Yardım Görevleri :

1) Yetim evleri kurmak ve işletmek,

(1580 sayılı kanun madde 15/45)

Böyle bir kuruluşa hiçbir belediye sahip değildir.

2) Eceze ve ihtiyar yurtları kurmak ve işletmek,

(1580 sayılı kanun madde 15/45)
(1593 sayılı kanun madde 20/13)

Bütün yurtta 11 adet belediye ihtiyarlık bakım yurduna sahıptir.

3) Fakirler için yatı evleri kurmak, yönetmek,

Görevi yapan belediye tespit edilmemiştir.

4) Bırakılmış ve bulunmuş çocukları koruyup gözetmek, kimsesiz çocukları korumak, terk edilmiş çocukları 6 yaşını bitirinceye kadar himaye etmek,

(1580 sayılı kanun madde 15/18—15/45)
(1591 sayılı kanun Madde 161)

Belediyeler bu görevi yapmak için herhangi bir örgüte sahip değildir. Ancak bireysel yardımlarla yetinildiği tespit edilmiştir.

5) Muhtaçlar için yardım sandıkları kurmak ve yönetmek,

(1580 sayılı kanun madde 15/71)

Bu görevi yapan belediye mevcut değildir.

Belediyelerin bunlardan başka;

- Muhtaç asker ailelerine yardım etmek;
- Dilenciliği önleyici tedbirler almak;
- Fakir hastalara, sakat olup kimsesi olmayanlara yardım etmek;
- Kimsesiz kadınları korumak;
- İşsizlere iş bulmak, memleketlerine göndermek gibi sosyal yardım ve görevleri olduğunu sıralayabiliriz. Bu görevlerde

diğerleri gibi uygulamada son derece yetersiz kalmakta genellikle de uygulanamamaktadır.

NOT · Faydalanılan Kitap :
İç-Düzen Genel Rapor 2. Belediyeler. T.C. İçişleri Bakanlığı İç-Düzen yayınları : 5 yıl 1972.

(1) 1580 sayılı kanun 3 Nisan 1930; 1593 sayılı kanun yine 1930 tarihlidir. Bu denli eksikliğine rağmen bu kanun maddeleri halen yürürlüktedir. O tarihten bu yana değişen koşullar çerçevesi içinde bazı ilaveler yapılmıştır. Bunların en önemlisi 1963'de çıkartılan 307 sayılı kanundur.

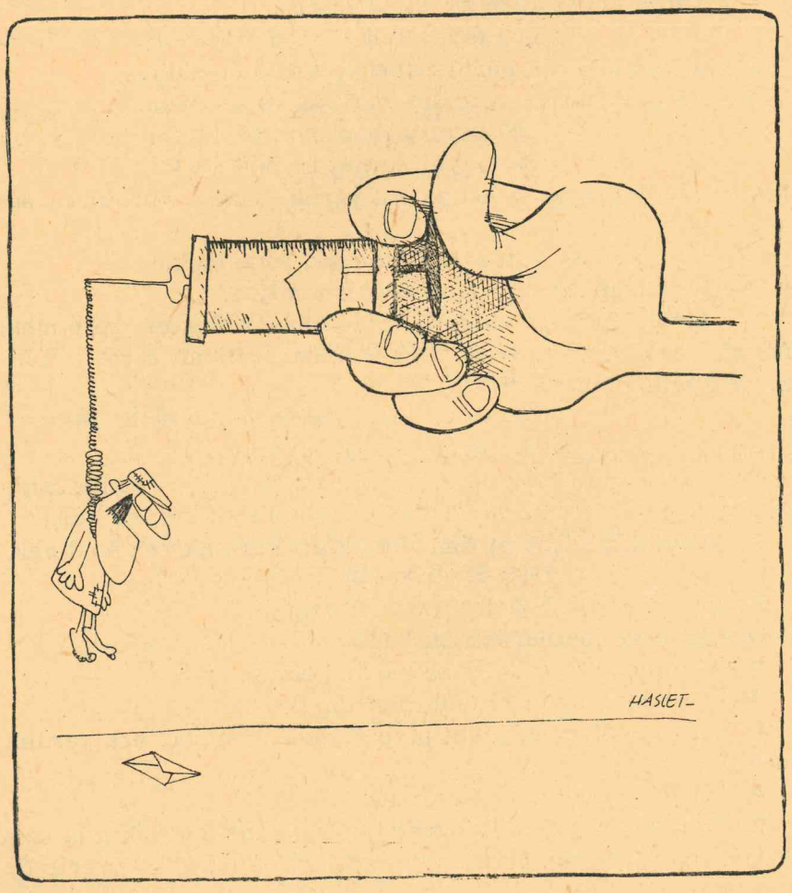
(2) Tedavi edici hekimlik anlayışı hakkında geniş bilgi ve bu görüşün eleştirisi bu dergide «Halk Sağlığının Sınıfsal Temelleri» adlı yazı dizisinde yer almıştır.

(3) T.C. İçişleri Bakanlığı İç—Düzen Yayınları : 5 Sayfa 12—13

(4) a.g.a.e. Sayfa 21

(5) a.g.a.e. Sayfa 22

(6) Rakamlar 1967 yılına aittir.



Kalkınma Planı ve Sağlıkla İlgili Önerilerinin Gerçekleşme Oranı

Cevdet DURANOĞLU

PLAN NEDİR ?

Memleketin bütün iktisadi imkanlarını harekete geçirmek ve bunların belli bir süre içinde, belli hedeflere erişmek üzere kullanılmalarını sağlamak için, alınacak tedbirlerin bütününe plan denir. (1) Planlama, belirli bir amacı gerçekleştirmek için düzenlenen önlemler bütünüdür. (2)

Gelişmekte olan ülkeler ellerindeki imkanları en iyi şekilde kullanabilmek amacıyla, kalkınmalarını planlı bir şekilde yürütmek zorundadırlar. Kalkınma politikası, bir kalkınma planı yapmak ve bunu yürütmek demektir. Hemen hemen tüm ülkelerde bugün planlama örgütleri bulunmaktadır. Planın iyi ya da kötülüğünü veya faydalı ya da zararlı oluşunu belirleyecek olan ölçüt, hedefidir. Küçük bir azınlığı hedef almış bir plan, büyük halk kitlesi açısından kötüdür, son tahlilde zararmadır. Öte yandan sadece bir araç olarak iyi işleyebilmek için bile ekonomik ve sosyal yapıda bazı değişiklikleri zorunlu kılar. İyi bir plan, toplumun gerçek arzu ve isteklerini belirleyerek, en uygun bir biçimde hazırlanan plandır. Burada koşul, planın halka hizmete yönelmiş olmasıdır.

Bir de, bugüne kadar edinilen deneylerden şu sonuç çıkıyor: Hiç bir plan rica ve yalvarma ile yürütülemeyeceği gibi, tehdit ve kuvvet yolu ile de yürütülemez. Plan, bütün parçaları birbirlerine bağlı sistemli bir bütün olduğu için, herhangi bir yerindeki aksaklık, bütün planı da aksatır.

Bizde 1930'larda beş yıllık iki plan yapıldı. Bunlar ekonominin tümünü kapsamayan sanayi planları idi. Birimler arasındaki bağlar üzerinde bütünleyici bir özelliğe sahip olmadığı için, bunlara bugünkü anlamda Plan demek güçtür. 1923 yılında kurulan Cumhuriyet Hükümetinin 1930 yılında yalnızca sanayi kesimini kapsasa dahi bir plan yapma gereğini duymasının nedeni; 1923'te toplanan İzmir İktisat Kongresinde alınan liberal yoldan kalkınma yönteminin yürümemesi, ileride ikinci dünya savaşının çıkması ile doruğuna ulaşacak olan ve liberal ekonomileri allak bullak

eden kapitalizmin genel bunalımının etkisi yanında, gerçek anlamda bir plan uygulayan genç SSCB'nin, dört yılda beş yıllık planı gerçekleştirdikleri gibi, dünyayı saran ekonomik buhrandan etkilenmemelerinin örnek olmasıdır.

1930'larda yapılan iki planda hedefler, tam olarak gerçekleştirilmemesine rağmen, o dönem sonunda ilk defa olarak dış ticaret açığı vermediğimiz gibi, dış ticaret artışı görülmüştür.. Araya giren İkinci Dünya Savaşından sonra, 1947 Ekiminde Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlandı. Gerçekleşmesi için 648 milyon dolarlık dış yardımı gereksindiren plan uygulanmadı ama milyarlarca dış borç vardı 27 Mayıs sabahı...

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI...

Bu teşkilatın hazırladığı ve çeşitli organların onayladığı plan ve programlar kamu kesimi için emredici, özel kesim için yol gösterici niteliktedir. (3)

Bizde merkezi bir planlama teşkilatı ilk defa 30 Eylül 1960 tarihinde kurulmuştur. Daha sonra 1961 Anayasası; Devlet Planlama Teşkilatını bir Anayasa kurumu olarak kabul ederek, «İktisadi, sosyal ve kültürel kalkınma plana bağlanır. Kalkınma bu plana göre gerçekleştirilir» hükmünü koymuştur.

Teknisyenler çeşitli alternatifleri Yüksek Planlama Kuruluna getirirler. Alınan kararlar üç bakan tarafından kabineye götürülür. Bakanlar Kurulunda yapılan görüşmelerden sonra planlar, Büyük Millet Meclisinin onayına sunulur. Onaylanan planlar da kapsadıkları dönemin başlangıcından itibaren yürürlüğe girer. Beş yıllık bir dönem için hazırlanan planlar, daha sonra hazırlanan yıllık programlara göre yürütülür.

Birinci Beş Yıllık Plan 3. Aralık 1962'de yürürlüğe girmiştir. İkinci Beş Yıllık Plan 1. Ocak. 1968'de yürürlüğe girmiştir. Şu anda 1973—1977 dönemini kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Plan uygulaması içinde bulunmaktayız. Birinci ve İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planları;Yurt dışında çalışan işçilerin getirdikleri umulandan fazla dövize 12 Mart Faşizmi döneminde, çalışanların gerçek ücretlerinde sağlanan düşmeye rağmen, hedeflerine ulaşamamışlardır.

BİZDE PLÂN ANLAYIŞI

Ülkemiz ekonomisi gerçek anlamında planlı bir ekonomi değildir. Kalkınmaya yönelik gerçek anlamda bir plancılık uygulayabilmek için sosyalizme yönelmek gerekmektedir. «Kamu sektörü için emredici, özel sektör için yol gösterici» olmak için yapılan plan ve programlar, çalışanların kısa ve uzun vadeli çıkarları aleyhine, çalıştıranların kısa vadeli çıkarları lehine uygulanmaktadır.

Nitekim, DPT tarafından Haziran 1961'de yayınlanan «Planlama Nedir? Niçin Plan Yapıyoruz?» isimli broşürde şöyle denilmektedir. «Planlı kalkınma özel sektör için emniyet bahşeder. Filhakika planlama ile özel sektör uzun vadede imkanlarının ne olduğunu, devletin hangi sahalarda faaliyet göstereceğini bilecektir. Bu bakımdan planlama özel sektör için emin ve faydalı bir unsurdur.»

Öte yandan özel sektörün akıl hocalarından bir okutman plan deyince neyi anladığını şöyle ifade ediyor: (4)

«Özel sektör için korkulacak şey devletin hangi sahalara ne zaman gireceği belli olmayan plansız bir idaredir. Planda müteşebbislerin kararlarına yardımcı olan ve risk unsurunu azaltan birçok bilgiler ve tahliller vardır. Planın tatbikinde özel sektör de mümkün olduğu kadar çok yatırım yapılması ve bu yatırımların planda tesbit edilen sahalara yöneltilmesi için alınacak teşvik edici tedbirlerde, özel teşebbüsün genişlemesine yardım edecektir..» diyerek şöyle devam etmektedir :

Plan lehine yukarıda sarf edilen fikirler daha ziyade piyasa ekonomisi prensiplerine uygun olarak hazırlanan bir plan için doğrudur. Özellikle planın özel sektöre emniyet bahşedebilmesi için özel teşebbüs tarafından daha iyi ve daha verimli yapılabilecek işlere devlet tarafından girişilmemesi, devlet yatırımlarının özel sermaye birikimi aleyhine değil, daha ziyade tüketimden sağlanacak tasarrufla temin edilmeleri lazımdır.»

Görülüyor ki planın asıl önemi özel sektörü desteklemek ve teşvik etmek için getirmiş olduğu tedbirlerdedir. Hatta plan bu tedbirlerin aşırı olanları için, bir meşruiyet de sağlamıştır. Örneğin, özel sektöre vergi gelirlerinden aktarılan milyarlar..

Yapılan planların kamu kesimi için emredici oluşu karakteri ne derece uygulanmaktadır?

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planının üçüncü dilimi olan 1975 Yılı Programı 91 sayılı Kanunun 15. inci maddesi uyarınca Planlama Merkez Teşkilatı tarafından hazırlanıp; Yüksek Planlama Kurulunca incelendikten sonra Bakanlar Kurulunun 5/2/1974 gün ve 7/9105 sayılı kararı ile uygulanmaya konması onaylanmış ve 3/1/1975 gün ve 15107 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

Aşağıya Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planının 1975 Yılı İcra Planındaki Sağlıkla ilgili bölümü aldık. Belleklerimizi şöyle bir yoklayalım bakalım, geçen yıl sağlık sorunları konusunda yapacağız denilip te neler yapılmış...

SAĞLIK	SORUMLU KURULUŞ	İLGİLİ KURULUŞ
● SSYB hazır ilaç ve aktif maddelerde kalite kontrolu ile, ilaç çeşitliğini düzenleme ve fiyatların saptanmasına ilişkin kamu hizmetlerini etkin biçimde yürütmek üzere gerekli tedbirleri alacaktır. Hastane tipi ilaç ambalaj uygulamasına geçilmesi amacıyla gerekli girişimlere başlanacaktır.	SSYB	SSK Gen. Müd.
● Üçüncü Planın ilgili ilkesine uygun Devlet İlaç Kontrol Enstitüsünün Planda açık olarak belirlenen çalışma düzenine girmesi için personel ve örgütleşme yönü... rekli hazırlıklar tamamlanacaktır.	SSYB	Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Türk Standartlar Ens.
● Yabancı Sermayeli firmalarca imal edilen tıbbi ilaçlarla yerli firmalarca teknik bilgi dış ödemesi yapılarak imal edilen ilaçların ihracatının arttırılması Ticaret Bakanlığı, SSYB ve Maliye Bakanlıkları arasında işbirliği yapılarak sağlanacaktır.	SSYB	Maliye Bak. Sanayi Bak.
● SSYB Bünyesinde yaratılmakta olan Sağlık Eğitimi Kapasitesi tüm ülke gereksinmesini karşılayacak biçimde geliştirilecektir. Mevcut kapasite gündüzlü öğrenci alma yoluyla arttırılacaktır. SSYB mecburi hizmet devri yoluyla belli bir kontenjanı SSYB dışı kuruluşlar gereksinmesini karşılamaya yöneltecektir.	SSYB	DPT
● Toplumumuzda sayıları hergün artan korunacak çocuklar ve bakıma muhtaç yaşlıların gözetim ve yetiştirilmesini sağlamaya dönük uzun dönemli gelişme programı hazırlanacaktır.	Sos. Güv. Bak. SSYB	Milli Eğ. Bak.
● Kentleşme, çağdaşlaşma ve kadının iş hayatına girmesi nedeni	SSYB	İç İşleri Bak. Milli Eğ. Bak.

SAĞLIK	SORUMLU KURULUŞ	İLGİLİ KURULUŞ
ile kurulan ticari amaçlı özel çocuk yuvalarının işleyişini ve mali denetimini etkinleştirecek tedbirler alınacaktır.		
● Tüm yüksek öğrenim yapanlardan ilk aşamada hekimler için öngörülen »Hekimler İçin Mecburi Hizmet» tasarısının kanunlaşmasıyla belirecek hekim istihdam olanakları öncelikle sosyalleştirme bölgelerine yönelticektir.	SSYB	—
● Yataklı tedavi hizmetlerinin tek elden yürütülebilmesi için, kurulacak Kurumun statüsünü, çalışma düzenini örgüt biçimini, yataklı sağlık tesislerinin Kuruma devrinde izlenecek yöntem ve gerektiğinde finansman şeklini kapsayan kanun tasarısı SSYB tarafından hazırlanarak TBMM'ne sunulacaktır.	SSYB	İlgili Kamu Kuruluşları
● SSYB dışındaki Kamu Kuruluşları yeni kurum kuruluncaya kadar yeni yatak kapasitesi yaratan hastane yatırımı yapmayacaklar, daha önceki yıllar programlarına girmiş yatırımlarını sonuçlandıracaklardır. SSYB dışındaki kuruluşlar, belirecek gereksinmelerini SSYB'na bildirecekler ve yeni yatak kapasiteleri yataklı tedavi kurumları ana planı çerçevesinde SSYB tarafından DPT'na önerilecektir.	SSYB	Milli Eğ. Bak. Çalışma Bak.
● Derneklerin yerel katkılarıyla gerçekleştirecekleri hastanelerin standartlar yönünden yataklı tedavi Kurumları Ana Planına uygunluğu SSYB'nca denetlenecektir.	SSYB	—
● Kamu hizmetinde çalışan hekimlerin serbest çalışmalarını önleyici tedbirler saptanarak, uygulamanın eğitim hastaneleri dışında tüm	SSYB	—

SAĞLIK	SORUMLU KURULUŞ	İLGİLİ KURULUŞ
sağlık tesislerinde birden gerçekleştirilmesi sağlanacaktır.		
● Ülkemizin Turizm yönünden gelişmesine paralel olarak, tıbbi turizme önem verilecektir. SSYB'nca kaplıcalar, içmeler, maden suları ve diğer turistik tesislerin asgari sağlık nitelikleri saptanarak bu hizmetlerden lükse kaçmadan, halkın yaygın bir biçimde yararlanmasını sağlayacak mevzuat çıkarılacaktır.	SSYB	Turizm ve Tan. Bakanlığı
● Besin maddelerinin üretiminden tüketimine kadar sağlık denetimlerinin etkili düzeye çıkarılması amacıyla Gıda Tar. Hayv. Bak. ile daha önce yapılan işbirliği geliştirilecek ve bu konuda gerekli görülen mevzuat ilgili Bakanlıkların da katılmasıyla hazırlanacaktır.	SSYB	Gıda Tar. Hayv. Bakanlığı
● Bulaşıcı hastalıklarla savaşta daha etkin ve çabuk sonuça ulaşmak üzere gelişen teknoloji ve bilimsel verilere dayanılarak «Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Rehberi» hazırlanacaktır.	SSYB	
● Ülkemizin bazı bölgelerinde yüksek oranda görülen hastalıklar konusunda SSYB Hıfzısıhha Okulu, Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve bölgedeki Tıp Fakültelerinin katılmasıyla bulaşıcı hastalıkların bölgesel epidemiyolojik araştırması yapılacaktır.	SSYB	Tıp Fakülteleri
● Ulusal düzeyde bir işçi sağlığı ve iş güvenliği örgütü kurulması için gereken hazırlıklar Çalışma Bakanlığı ve SSYB tarafından işbirliği ile yürütülecektir.	Çalışma Bak. SSYB	—
● Aile Planlaması ve ana—çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlık ocak	Maliye Bak. SSYB	

SAĞLIK	SORUMLU KURULUŞ	İLGİLİ KURULUŞ
ve evlerinde yeterince yürütülebilmesi için geliştirilecek projelerin araç ve gereç gereksinmeleri ulusal kaynaklardan sağlanacaktır. Araç ve gereçlerin parasız dağıtımı için Maliye ve SSY Bakanlıkları tarafından gerekli tedbirler alınacaktır.		
● SSYB'ğınca çevre sağlığı uygulamalarında karşılaşılan güçlükler saptanacak ve Bakanlık bünyesinde, çevre sağlığı yönünden denetlenmesi, yasaların ve normların tespit edilmesi ile, görevli bir birim kurulacaktır.	SSYB	Gıda Tar. ve
● Kamu kuruluşları, uygulamalarından sorumlu oldukları her bir tedbir için bir zamanlama programı yapacaklar ve bu programda her dönemde uygulamanın hangi safhasına erişeceklerini açık olarak belirteceklerdir. Kuruluşların DPT'na gönderecekleri tedbir uygulaması ile ilgili dönem raporlarında tüm çalışmalar, karşılaşılan dar boğazlar ve önerilen çözüm yolları açıklıkla yansıtılacaktır.	Tüm Kamu Kuruluşları	DPT
● Kuruluşlar tedbir uygulamalarında gerekli işbirliği ve eşgüdümü sağlamaya önem verecekler, uygulamanın herhangi bir safhasında darboğaz görüldüğünde DPT'na anında bilgi vererek bu teşkilatın eşgüdümünü zamanında sağlayacaklardır.	Tüm Kamu Kuruluşları	DPT

KAYNAKLAR

1 — Prof. Sadun AREN (Ekonomi El Kitabı)
2 — Yalçın KÜÇÜK (Planlama, Kalkınma ve Türkiye)
3 — Prof. Erdoğan ALKIN (İktisat)
4 — Prof Avni ZARAKOLU (İktisat İkilinin Temel İlkeleri Cilt 2)

okuyucu mektupları

Sosyalizasyon 224

Dr. Fikret AKDAĞ

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, Bakanlar Kurulunun 17.8.1964 gün ve 6/3470 sayılı kararıyla kabul edilip, 9 Eylül 1964 günü yürürlüğe girmiştir. 5.1.1961 gün ve 224 sayılı kanunla hükümet tabiblikleri kaldırılmıştır. Sağlık Ocakları kurulmuştur.

Bununla birlikte memleketimizin bazı bölgelerinde pilot merkezler seçilerek, sosyalizasyonun tatbikine başlanmıştır. Başlangıçta pilot bölgeler imkanları geniş büyük şehirler etrafında kurulmuştur. Fakat tatbikatta doğu ve güneydoğunun şartları göz önüne alınmamıştır. Pilot bölgelerde elde edilen başarı doğu ve güneydoğudan da beklenmiştir. Netice olarak bugünkü sosyalizasyonun başarısızlığı sağlık ocağı hekimine yüklenmek istenmekte, hekimin bu konularda eğitilmediği öne sürülmektedir. 224 sayılı kanunla sağlık ocağı hekimine 27 görev yüklenmiş, bunun yanında hükümet tabibliği görevi verilmiş, ayrıca bölgesinde Belediye tabibliği, okulların sağlık işleri, sağlık ocağı hekiminin üzerine yüklenmiştir. Bunun karşılığında Kırsal hekimlik yapan sağlık ocağı hekimine ne verilmiştir? Hiçbirşey. Sosyalizasyonun bugünkü başarısızlığının ikinci sebebi; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hizmetlerinin sadece Bakanlıktan burs alan hekim arkadaşlarımın sırtına, yüklenmek istenmesindendir.

Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı bürosu da böyle bir yanlışlığın içine düşmüştür. Şubat 1976 — 5 sayılı dergide şöyle bir deyim kullanılmıştır.

«Eğer devlet hekimleri kırsal bölgelere göndermekte güçlük çekiyorsa, burs verdiklerine belirli bir süre zorunlu hizmet koyabilir.» Dergide yayınlanan yukarıdaki satırlar dikkatle incelenirse, kırsal hekimlik sadece burs alan hekimlere yüklenmektedir. Zaten yüklenmiştir de Neden burs almayan değil de, burs alan hekim?

Devlete 1 000 000 TL. sına mal olan hekim, zorunlu sağlık hizmetlerinde devlete karşı hiçbir sorumluluk yüklenmemekte, burs olarak sadece 26. 000 TL. sı fazla alan hekim 4 sene mecburi hizmetle zorunlu kılınmaktadır. Diğer taraftan 1 000 000 TL. sının hesabı sorulmazken, burs alan hekimden 26 000 TL. sının hesabı 4 seneyle ödetilmektedir.

Burs alan hekimin günahı nedir, fakir oluşu mu?. İşte sosyalizasyonun başarısızlığı, Ekim 1975 tarih ve 1 sayılı dergide çıkan bir yazıda ülkemiz de 2.000 kişiye bir hekim düşmekte denilmektedir. Soruyorum kaç bölgede 2.000 kişiye bir hekim düşmektedir, bu bahis edilen yerler 3—4 vilayetimizi geçmez. Diğer bölgelerde ise 40.000 kişiye bir hekim'in düştüğü yerler vardır. 2.000 ila 40.00 mukayese edilirse hekim olarak çok üzülürüz.

Şimdi beraberce Ege'nin pilot bölgesindeki sağlık ocağının değil de, yukarıdaki şartlarda Kırsal hekimliğin sorunlarını çözelim.

TOB : Burs alan ve almayan hekimlerin zorunlu hizmeti konusunda yazdıklarınızda tümüyle haklısınız. Ankara Tabip Odası da eskidenberi burs almış hekimlere karşı yapılan bu haksızlığa karşı çıkmıştır. Bahsettiğiniz yazıda yaptığımız hatayı düzelttiğiniz için teşekkür ederiz. Ancak şunu ifade etmek gerekir ki, bahsettiğiniz o hatalı görüş bir dikkatsizlik sonucu gözden kaçma biçiminde girmiştir. İşaret ettiğiniz konudaki adaletsizlik o kadar açık ki çıplak gözle bakıldığı zaman bile görülebilir. Bundan sonra daha dikkatli çalışmamız gerektiğini bize hatırlattığınız için teşekkür ederiz.

Hekim, Adli Tabiplik ve Bilirkişilik:

Dr. Aydın GENÇSOY

ADLİ TABİP : Kanun No. 6119 8.7.1953 (15.6.1967) Madde II — Görev sınırları Adalet Bakanlığınca belirtilecek yerlerde lüzumu kadar adli tabip bulundurulur. Adli Tabiblik'lere adli tıp ihtisasını yapmış olanlar atanır.

Madde 12 — Adli Tabibler, memur bulundukları kaza çerçevesi içindeki mahkemeler, sorgu hakimleri ve Cumhuriyet Savcıları tarafından adli tıpla ilgili olmak üzere gösterilecek otopsi, muayene ve keşifleri icabında mahalline de gitmek suretiyle yaparak, bu hususdaki raporunu vermek ve vukubulacak davete binaen sözlü mütalaalarını bildirmekle mükelleftirler...

BİLİRKİŞİ : Adli olaylarda özel bilgisinden yararlanılan kimse.

Yukarıdan anlaşıldığı kadarıyla ve gerçekte de adli tabibler, adli tıp ihtisası yapmış bilirkişilerdir. Ve biz şimdi de 224 sayılı kanunun Madde 10'unu görelim: «...Ocak hekimleri yalnız ocakları içinde adli tabiblik vazifesi görürler.»

Yukarıda iki kanunun maddeleri arasında açık çelişki ortaya çıkmaktadır. Kanunun biri haklı olarak adli tabibliği ihtisas işi saymakta, diğeri işi gerçekleştirilmesi gereken konu şeklinde ele almakta, kanunun maddelerinden birinin kenarcığına sokuşturmaktadır. Bu durum bir zamanlar yurt dışına kaçırılan tarihi eserler için, «şu kaya parçaları bizde çoktur, götürsünler» diyebilen padişah mirasyediciliği anlayışındaki SSYB'lığının, hekimi nasıl gördüğünü ortaya koyuyor.

Alan ve satan memnundur. Arada olan hekime olmakta huzuru bozulan tabibin halk sağlığı üzerindeki etkisi kötü olmakta imiş, kimin umurunda...

Hepsi bir yana bilirkişilik müessesesinin Anadolu'da kullanılışına gelelim: Anladığımız kadarıyla bilirkişiye müracaat işlemi hakim ve savcılar eliyle olması gerekmektedir. Fakat uygulamada görüyoruz ki, polis ve jandarma imzaları ile adli raporlar talep edilmektedir. Anlayama

dığımız nokta, kanunda bu konuda kayıt olmaması bir yana, acaba özellikle mesai sonraları ve tatil günlerine rastlayan bu gibi imzalı taleplerin gerçek anlamı nedir? Hakim ve savcının geceleri veya tatil günleri rahatsız edilmemeleri özlemi midir? Yoksa başka nedenler mi vardır?

İşin en komik yanı da, özellikle geceleri ve tatil günleri hiçbir aciliyeti bulunmayan farik ve mümeyyiz lik raporu (suç üstü hariç) veya pansumanı yapılmış yaralar için rapor talebi olmaktadır. Konu o derece istismar edilmiştir ki, hekim daktilosu, rapor dosyası ve mühürü en acil malzeme gibi yanında taşıttırılır hale getirilmek istenmektedir. Kaldı ki, hekim acil durumda geçici rapor verip, normal sürede bunu resmi hale getirmek durumundadır.

Öte yandan adli tabiblik adliyece anlamı dışında yorumlanarak bilgisine başvurulan kişi statüsünden çok amir—memur havası yaratılmaya çalışılmakta ve bu da kanun adına yapılıyormuş tehdidi ile uygulanmaktadır.

Ne yazıktır ki, Türkiye'de Anayasa ile Angarya yasaklanmış ve yine kanun maddelerinin köşelerine sıkıştırılmış bir cümlecik ile Adalet Bakanlığına peşkeş çekilen hekime Angarya görevleri yüklenmiştir. Dağ başlarında otopsi için gerekli asgari şartlar sağlanmadan girişilen çaba ve verilen rapor ne oranda sağlam olabilecekse, Angarya da o kadar hukuki olacaktır.

Bağkur'dan Emekli Doktorlar ...

Dr. M. Mustafa ATASAGUN

— 1479 sayılı Bağ—Kur Kanunu nun 35, 36, 38. inci maddeleri eşitsiz dir, haksızdır, Anayasaya aykırıdır. Bu üç maddenin iptalini sizin ele almanızı rica ediyorum. Çünkü :

— Asker, sivil ve SSK emeklisi ikramiye alır. Bağ—Kur emeklisi ikramiye almaz. Bütün emekliler, Mesela Dr. Eczacı, Dişçi emekli olunca hem emekli maaşı alır, hem de muayenehane açar. Ve ölünceye kadar çalışır. Bağ—Kur emeklisi emekli olunca kendi nam ve hesabına çalışamaz. Maaşı kesilir. Bağ—Kur emeklisi hastaneden faydalanamaz.

Bu adaletsizliği yayın organınızda, basında ve TBMM'de duyurmanızı bekliyoruz. Teşekkür ve saygılar sunarım.

TOB : Sizi rahatsız eden konu herhalde pekçok meslektaşımızın da sorunudur. Ne var ki, meslektaşlarımız kendi sorunlarının çözümü için birlikte ve örgütlü mücadele alışkanlığından yoksundurlar. Ayda 150 kuruşluk aidatları bile üyelerince düzenli ödenmeyen bir örgütün mücadelesi de güçsüz olmaktadır. Görüşümüz ve amacımız odur ki, üyelerince güçlü olarak desteklenen ve mali yönden de güçlü hale gelecek bir tabip odası, bu gibi sorunları yetkililer önünde daha kolaylıkla çözebilecektir. Bununla birlikte, hukuk ve basın müşavirimiz kanalıyla bu konuda girişimlerde bulunduk. İlginize ve övgülerinize teşekkürler.