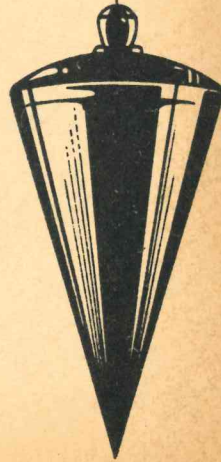


ANTALJİK  
ANTİNEVRİTİK  
DETOKSİFİYAN  
KARDİOTONİK

# BENEXOL

ROCHE  
İLE

HÜCRE  
SEVİYESİNDE  
FİZYOLOJİK  
DENGE



ANKARA  
VE  
İZMİR

# TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ

- \* katsayı 17 olmalıdır
- \* meyak raporu
- \* kısa dönem yedeksubayların vergi alacakları
- \* beyin göçü
- \* geri kalmış ülkelerde sağlık hizmetleri
- \* genel sağlık sigortası

ROCHE

Roche Müstahzarları Sanayi Limited Şirketi - İstanbul

ŞUBAT-1976 / SAYI: 5 / YIL: 1 / FİYATI: 10 LİRA



# GELİŞME ÇAĞINDA..

.. ve organizmanın  
**KALSİYUM**  
**vit.C**  
**vit.D<sub>3</sub>**

ihtiyacı duyduğu  
bütün hallerde

**CECABİON**  
efervesan tablet

"CECABİON EFERVESAN TABLETLERİ  
NEFİS PORTAKAL TADINDADIR..."

## İÇİNDEKİLER

Söyleşi	4
Odalardan Haberler	5
Temsilciler Meclisi Toplantısı	
Katsayı 17 Olmalıdır.	
Meyak Raporu	10
Genel Sağlık Sigortası Konusunda Görüşler (Doç. Dr. Altan KAYAN)	18
Kısa Dönemli Yedek Subayların Vergi Alacakları (Cafer VAROL)	23
Kalkınma ve Sağlık (Prof. Dr. Rahmi DİRİCAN)	25 — 27
Kapitalistleşme Sürecinde Hekimlik	28 — 31
Angarya (Dr. (Bülent KAVAKLI)	32
Dr. İhsan ÜNLÜER	34 — 37
Dr. Turhan TEMUÇİN	38
Geri Kalmış Ülkelerde Sağlık	
Sosyalist Ülkelerde İşçi Sağlığı (Ank. T. Od. H. S. B.)	48 — 53
Hizmetlerinin Örgütlenme İlkeleri (Ank. Tab. Od. H.S.B.)	40 — 47
Yurt Dışına Beyin Göçü (Açık Oturum)	54 — 58
Yanıtlar	59 — 66

### TOB

Türk Tabipler Birliği  
Ankara ve İzmir Tabip  
Odaları Aylık Yayın  
Organı

### Sahibi :

Ankara Tabip Odası Başkanı  
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

### Yazı İşleri Müdürü :

Dr. Orhan AYBERS

### Teknik Sekreter :

Cevdet DURANOĞLU

### Yazı Kurulu

(Ankara Tabip Odasından)  
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ, Dr. Bülent  
KAVAKLI, Dr. Orhan AYBERS

(İzmir Tabip Odasından)  
Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan  
SEVİNÇ, Dr. Soniz EVREN

### Yönetim Yeri :

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

### Basıldığı Yer :

Kırali Matbaası Tlf : 18 28 14  
Konur Sok. 15/B ANKARA

### Kapak : Maya Ofset

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

### İlan Tarifesi :

Kapaklar ..... 1000 TL.  
İç tam sayfa ..... 1500 TL.  
İç yarım sayfa ..... 750 TL.

## TOB : Ankara ve İzmir Tabip Odalarının ortak yayın organı

Ankara Tabip Odasının aylık yayın organı olan ATOB Dergisi, bundan böyle kapağımızda gözlediğiniz gibi, Ankara ve İzmir Tabip Odalarının ortak yayın organı olarak TOB (Tabip Odaları Bülteni) adı altında yayınlanacaktır.

Sağlık sorunlarının nedenlerine ve çözüm yollarına dünyaya aynı bakış açısıyla bakan iki oda, ötedenberi görüş ve çalışmalarını tek bir yayın organında odaklaştırmayı düşünmekte idiler. Öte yandan aynı görüşleri iki ayrı dergide işlemek, zaten kıt olan mali olanaklarımız ve masraflar açısından anlamsızdı. Bu bakımdan tek bir yayın organında birleşme gereğini duyduk.

Bu sayıda; Anayasamıza rağmen kanunsuz bir vergi olarak 1971 denberi kesilmekte olan MEYAK kesintileri konusunu, memur maaşlarında katsayının değil aynen 9 da kalması, artan hayat pahalılığı ve enflasyon nedeniyle 17 olması gerektiği konusunu, kısa dönem yedeksubaylık yapanların vergi alacakları konusunu işleyen ayrıntılı araştırmaların yanında, bundan önce çıkmış olan yazıları sadece sağlık personeline değil daha başka kişi ve kuruluşlarca da ilgiyle izlenen Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosunun yazılarını okuyacaksınız.

Öte yandan İzmir Tabip Odası Başkanı Dr. Altan Kayan'ın, MC Hükümetince Meclislere adeta bir sihirli formül olarak sunulan ve isim olarak ilk bakışta cazipmiş gibi görünen, Genel Sağlık Sigortasını konu alan yazısında, tasarının altında yatan gerçekleri daha bir açığa çıkarttığını göreceksiniz. Bundan bir süre önce TRT'de yayınlanan ve Ankara Tabip Odası Başkanı Dr. Hamdi Ögüş'ün de katıldığı «Beyin Göçü» adlı bir açık oturumun özetini de sayfalarımız arasında bulacaksınız.

Ayrıca Prof. Dr. Rahmi Dirican'ın «Kalkınma ve Sağlık» başlıklı yazısı yanında, kavgacı yazar Dr. Turhan Temuçin'in, sorunlara kalem vururken düşündürerek güldüren Dr. İhsan Ünlüer'in, Dr. Bülent Kavaklı ve Stj. Dr. Paşa Gökteş'in yazılarını ilgiyle karşılayacağınızı ummaktayız.

Saygılarımızla...

TOB

— İzmir Tabip Odasının düzenlemiş olduğu «Kadın ve Sağlık» adlı açık oturum 28.12.1975 günü Belediye İl Genel Meclisi Toplantı Salonunda yapıldı. İlgili ve kalabalık bir dinleyici kitlesi tarafından izlenen bu açık oturumda, kadının günümüz toplumlarındaki yeri, değeri ve sağlık sorunları tartışıldı. Açık oturumun kısa bir özeti basında yer aldı.

— İzmir Tabip Odası, 28.11.1976 günü yapılan «Güz Dönemi» genel kongresinde oda üyelerinin yıllık ödentilerinin 120 TL'na çıkarılmasına karar verdi.

— Türk Tabipleri Birliği'nin; TMMOB, TÖB-DER, TUM-DER, TÜTED, TUMAS, TİB, Tüm Öğretim Üyeleri Derneği ve AYÖD'le ortak olarak düzenlediği toplantılardan ilk ikisi Ocak ayı içinde yapıldı. Türk Tabipleri Birliği'ni temsilen Ankara Tabip Odası'nın katıldığı «Demokratik Üniversite» konulu toplantı 21.1.1976, «MC İktidarının Memur Kıyımı ve Düşündürdükleri» konulu toplantı ise 27.1.1976 tarihinde Makine Mühendisleri Odası Toplantı Salonunda yapıldı.

## Temsilciler meclisi toplantısı

Türk Tabipleri Birliği Temsilciler Meclisi 8 Ocak 1976 günü İzmir'de Millî Kütüphane salonunda toplandı. İki gün süren toplantılar sırasında, son günlerde gittikçe yoğunlaşan faşist saldırılara ilişkin görüşlerini açıklayan Temsilciler Meclisi yurtta can güvenliğinin kalmadığını, özgürlükleri yok etmeği amaçlayan faşist uygulamaların sorumlusunun hükümet olduğunu ve ilk önlem olarak hükümetin görevden ayrılmasının gerektiğini belirtti. İki gün süren toplantı sonunda aşağıdaki konular üzerinde görüş birliğine varıldı:

1 — Ülkemizde can güvenizliği ortadan kalkmadığı sürece insan sağlığıyla ilgili hiç bir konunun ele alınması anlam taşıyamaz.

2 — Tutuklu ve hükümlülerin vazgeçilmez sağlık haklarının engellenmesi Anayasa ilkelerine ve insanlık anlayışına aykırı bir tutumdur.

3 — Artan hayat pahalılığı halk sağlığını ciddi tehlikelere it-

mektedir. Çalışanların tümünün yaşamını güçleştiren bu duruma karşı yetkililer gerçek önlemler almalı, bu arada memur maaşları katsayısı en az artan hayat pahalılığı oranında arttırılmalıdır.

4 — İşçi-memur ayırımı adı verilen, gerçekte ise çalışanların demokratik ve ekonomik hak ve özgürlüklerini kısıtlamak olan durum ancak çalışanların tümünün toplu sözleşmeli grev hakkı olan sendikalar kurabilmeleri ile çözümlenebilir.

5 — MEYAK kesintileri derhal durdurulmalı, yapılan kesintiler faizleriyle birlikte geri verilmelidir. Sosyal güvenceyle ilgili önlemler mevcut sosyal güvenlik kurumlarında ele alınmalı, ek sosyal sigorta kuruluşlarından vazgeçilmelidir.

6 — Tam süre (full-time) çalışmanın günün koşullarına uygun biçimde yeniden düzenlenmesi, fazla çalışmaların ve acil tedavi çağrılarının gerçekçi ölçülerle değerlendirilmesi ve mahrumiyet ödenekleri için parlamento çalışmalarının hızlandırılması gereklidir.

7 — Genel Sağlık Sigortası konusunda hazırlanıp parlamento ya sevkedilen yasa tasarısının hizmeti geliştirici hiç bir yönü bulunmamaktadır ve halka yararlı hiç bir çözüm getirmeyecektir.

8 — İlaç konusunda önlem diye belirtilen «ilaç hammaddelerinden gümrük alınmaması» uygulamasından halk yararına bir sonuç sağlanamayacaktır.

9 — Türk Tabipleri Birliği, çalışmalarını halk yararına ve sosyal adalet ilkesine uygun bir çizgide sürdürmekte kararlıdır.

Türk Tabipleri Birliği Temsilciler Meclisi'nin üçüncü toplantısının Nisan ayında Antalya'da yapılmasına karar verildi.

## Katsayı 17 olmalıdır

Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, Tüm Öğretmenler Birleşme ve Dayanışma Derneği, Tüm Öğretim Üyeleri Derneği, Tüm Memurlar Birleşme Dayanışma Derneği, Tüm Teknik Elemanlar Derneği, Tüm Sağlık Personeli ile birlikte yürüttüğümüz MEYAK ve MEMUR SORUNLARI konulu ortak çalışmalar devam etmektedir. Memurların sorunlarının başında ortak çalışmalar devam etmektedir. Memurların sorunlarının başında gelen hayat pahalılığı ve geçim zorluğu, bugünlerde Millet Meclisi'nde görüşülen maaş katsayısını saptama işlemi günün en önemli konularından biri haline getirdi. Bütçe Karma Komisyonu'ndaki görüşmelerde alınan olumsuz karar ise tüm çalışanlar arasından tepkilere yol açtı. Aşağıda bu

konu ile ilgili olarak yaptığımız ortak basın toplantılarından derlenmiş ve bazı gerçekleri ortaya koyan yazıyı bulacaksınız.

Memurların grevli, toplu sözleşmeli sendikal haklardan, siyasal haklardan yoksun olmaları, sayıları bir milyona yaklaşan bu kitlenin yaşam koşullarının, kendi iradeleri dışında, siyasal iktidar tarafından tek taraflı olarak düzenlenmesini mümkün kılıyor.

Bunun memurlar için neye mal olduğu açık. Kıyımlar baskılar, ayrıcalıklı uygulamalar, devlet kadrolarının faşistleştirilmesi, memur maaşlarının egemen sınıflar yararına sonuna dek kısılması. En son örneklerini yeni bütçe tasarısında ve görüşmelerde açıkça görmek mümkün.

Yeni Bütçe Tasarısı'nı görüşen Millet Meclisi Bütçe Karma Komisyonu hükümetin önerisine uyararak, maaş katsayısının 1976'da 9 olarak kalmasını kararlaştırdı. Ana muhalefet partisine mensup iki parlamenterin «katsayısının 11 olması» şeklindeki önerisi de reddedildi.

Devlet Memurları Yasası'nın konuyla ilgili 154. maddesi her yıl Genel Bütçe Yasası ile katsayı saptanırken, şu koşulların göz önünde bulundurulmasını öngörmektedir:

- 1 — Genel geçim koşulları.
- 2 — Ülkenin ekonomik gelişmesi
- 3 — Devletin mali olanakları

Geride bıraktığımız altı yıl içinde katsayının ancak 7'den 9'a yükseltilmiş olması her üç koşulun da hiç bir biçimde göz önüne alınmadığının kanıtıdır. Geçmiş uygulama, zaten çok dar ekonomik olanaklara sahip olan memur kitesini giderek artan bir yoksulluğa itmiştir. Devlet, Anayasa'nın kendisine vermiş olduğu «herkes için insanlık haysiyetine yaraşır yaşama düzeyi sağlama» görevini, tüm ücretliler için olduğu gibi memurlar içinde yerine getirilmiştir.

### Aylıklar fiat artışlarının gerisinde kalıyor

Hayat pahalılığı 1970 ortalarından 1975 Ekim sonuna kadar olan dönemde ortalama % 137 artmıştır. Bu oran 1976 Şubat ayı sonunda yaklaşık olarak % 144.3'e ulaşacaktır. Aynı dönemde memur maaşlarındaki artış oranı ise birinci derece aylıkta % 22, 15. derece aylıkta % 75, bütün dereceler ortalaması olarak da % 42'dir.

1970 yılında net 3576 lira alan birinci derece aylıklı bir memurun geliri 1975 yılında, 1970 fiyatlarıyla 1497 liraya düşmüştür.

Yine 1970 yılında 580 lira alan 15. derece aylıklı memurun maaşı ise 1975 yılında 237 liraya inmiştir.

Bunlar, katsayı saptamırken yasada öngörülen «genel geçim koşullarının göz önünde bulundurulması» hükmüne hiç bir biçimde uyulmadığını açıkça göstermektedir.

Sayılar bir gerçeği daha kanıtlamaktadır. Bu da, burjuvazi tarafından her fırsatta tekrarlanan «ücret artışlarının enflasyona yol açtığı» savının gerçeklerden ne denli uzak olduğudur.

Memurların yalnızca 1970 yılındaki ekonomik düzeylerine ulaşabilmek için katsayı, önümüzdeki mali yılda 17 olmalıdır.

### **Memurlar ekonomik gelişmeden payını alamıyorlar**

Ülkenin ekonomik gelişmesinin bir göstergesi olarak kullanılan Gayri Safi Milli Hasıla (G.S.M.H.) 1970 yılında 147 milyar liradır. Bu miktarın 1975 yılı sonunda 525 milyar liraya ulaşacağı hesaplanmıştır. Her yıl ülkede yaratılan bu zenginlikten memurların payına düşen miktar ise şöyle bir gelişme göstermektedir.

1970 yılında memurların tümü G.S.M.H.'nin % 8.1'ini alırken, bu oran 1974 yılı sonu itibariyle % 7.4'e düşmüştür. Yani 5 yıllık bir zaman içinde bir yandan ülkede yaratılan zenginlikler artarken, öte yandan tüm memurların bu zenginlikten aldığı pay % 9 oranında azalmıştır. Eğer bu süre içindeki memur sayısı artışını da göz önüne alırsak, anılan dönemde G.S.M.H.'dan memur başına düşen payın % 27 oranında azaldığı görülecektir. Ülkenin her yıl artan G.S.M.H.'sından tüm ücretlilerle birlikte memurlara da azalan oranlarda pay ayrılmaktadır. Paylarını arttıranların ise bir avuç «mutlu azınlık»tır.

Bunlar, katsayı hesaplarında «ülkenin ekonomik gelişmesi»nin asla göz önüne alınmadığının açık kanıtıdır. Genel geçim koşulları ile birlikte ekonomik gelişme de dikkate alınarak memurların 1970 yılındaki satın alma güçlerine ve G.S.M.H.'dan aldıkları paylara yeniden kavuşturulması amaçlansa, katsayının önümüzdeki yıl içinde 22 olması gerekirdi.

Ücret artışı taleplerinin karşısına, siyasal iktidar daima «devletin mali olanaksızlıkları» edebiyatı ile çıkar. Yapılmak istenen ve yapılan açıktır :

Siyasal iktidar her yıl transferler, vergi iadeleri, sermaye iştirakleri, Merkez Bankası kredileri, reeskont ayarlamaları, gümrük muafiyeti, yatırım indirimi, bazı kesimlerin vergi dışı bırakılması vb. yol-

larla devletin malî olanaklarını sonuna dek zorlayarak özel sektöre milyarderlerca liralık fon aktarmaktadır.

Bunun dışında beyannameye tabi gelir vergisi yükümlülerinin % 46.5'inin 1974 yılında aylık 376 liranın altında gelir göstermiş olmaları düşündürücüdür. İktidarın vergi kaçakçılığına göz yumması, yalnızca 1974 yılı itibariyle bütçeyi 18 milyarlık bir zarara uğratmıştır. Oysa katsayının 17'ye yükseltilmesinin devlete getireceği net yük yalnızca 8 milyar liradır.

Demek ki, «devletin mali olanaklarının elvermemesi» nedeniyle katsayının düşük bir düzeyde tutulma zorunluluğu bir yutturmacadır.

### **Memurlar insanca yaşama olanağından yoksun bırakılıyor**

D.P.T. verilerine dayanılarak yapılan bir araştırmaya göre, 1975 yılı fiyatları göz önüne alındığında, evli bir çocuklu bir ailenin (eğitim ve eğlence giderleri hariç) hayati gereksinimlerini karşılayabilmesi için aylık gelirinin en az 3750 lira olması gerekmektedir. Oysa, 1975 yılında devlet memurlarının yalnızca % 6'sının aylık geliri 3750 lira ya da daha fazladır.

Yukarıdan beri anılan gerçekler göz önüne alındığında, 1976 yılında katsayının 9 mu, yoksa 10 ya da 11 mi olması gerektiği tartışmalarının memurların ekonomik sorunlarını çözümlenmekten ne denli uzak kaldığı ortadadır. Yeni bütçe yasasının memurların ekonomik sorunlarına bir ölçüde çözüm getirici olabilmesi için katsayının en az 17 olarak saptanması gerekmektedir. Daha köklü çözümler ise bütçe yasası dışına çıkmaktadır.

Göstergeler, özellikle alt derece göstergeleri, memurları insanca yaşama düzeyine ulaştıracak biçimde arttırılmalı, memur maaşları her yıl o yıl ki enflasyon ve ekonomik gelişme oranında arttırılmalıdır. Bunu sağlayamayan katsayı sistemi terkedilmelidir. Ücretliler için uygulanan 150 liralık özel indirim asgari ücret düzeyine yani 1200 liraya çıkarılmalıdır.

# Meyak Raporu

## Memurların sosyal güvenliği ve gerçekler

657 sayılı yasaı değiştiren 1327 sayılı yasanın 190. maddesinde; «Devlet memurlarının ek sosyal sigorta, konut, dinlenme kampları ve diğer ihtiyaçlarını karşılamakta yardımcı olmak, tasarruflarını yurt kalkınmasına yararlı olacak verimli sahalarda değerlendirmek üzere bu kanun yayımı tarihinden itibaren en geç bir yıl içinde çıkarılacak özel bir kanunla «DEVLET MEMURLARI YAR-DIMLAřMA KURUMU» kurulur» denmektedir.

Yukarıda da değinildiği gibi yasada öngörülen süre içinde özel kanun çıkarılmamıştır. Ne var ki paralar kesilmiş ve bunlar özel girişimcilerin, parababalarının yumaklarını daha da büyütmede kullanılmıştır. Bizzat Maliye Bakanının açıklamasına göre 5 milyar dolayında olan MEYAK kesintilerinden bugün Merkez Bankası'nda yalnızca 288 milyon lira bulunmaktadır. «Ek sosyal sigorta, dinlenme kampları ve konut» adı altında kesilen paralar bu amaçların tamamen tersi yönlerde kullanılmıştır. Bu kavramlar da gerçekleri kamufle etmede bir araç olarak kullanılmıştır.

«Tasarrufların yurt kalkınmasına yararlı sahalarda kullanılması» da bir aldatmacadan başka bir şey değildir. Nitekim S.S.K. kendi olanakları ile ilaç fabrikası kurmak istediğinde, sermaye çevreleri buna kesinlikle karşı çıkmışlardır. İşçi Sendikalarının direnmesi sonucu bu konuda bir yasa meclislerden çıkmışsa da uygulama alanına konulmamıştır. Yasanın iptali için Anayasa Mahkemesi'ne gidilmiş, buradan bir sonuç alınamayınca başka yollarla bu girişim de baltalanmıştır. Son olarak bildirildiğine göre, fabrikanın kurulması için yapılan girişimler sermaye çevrelerinin baskısı sonucu durdurulmuştur. Halkın ve işçilerin sağlığını sömürerek milyarlar kazanan iç ve dış sermaye çevrelerinin sözlüğünde «yurt kalkınmasında verimli sahalardan» ne anlaşıldığı böylece bir kez daha kanıtlanmıştır. Yurt kalkınması ile bir avuç sermayecinin cüzdanları özdeşleşmektedir.

1. Anayasanın 48. maddesine göre herkes güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım örgütleri kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir.

Anayasanın bu emredici hükmü uyarınca Emekli Sandığı, S.S.K. ve Bağ-Kur kurulmuştur. Bu kurumlara iştirakçi olmak zorunludur. Tüm devlet memurları da Emekli Sandığı'nın iştirakçisidirler. Onlara ek bir sosyal güvenlik kurumu kurmaya devlet zorunlu değildir. Memurlar böyle bir gereksinme duyuyorlarsa böyle bir kurum kendi iradeleri ile oluştururlar. MEYAK devlet gücü kötüye kullanılarak, zorla ve cebri tasarrufla kurulmak istenmektedir. Bu, iyi niyetle açıklanamaz. Çünkü işçilerin toplu iş sözleşmelerine koydukları bir hükümle ek bir sosyal sigorta sağlama çabalarına Maliye Bakanlığı ve Sayıştay, Anayasa'nın 48. maddesini hatırlatarak karşı çıkmışlar, «işçinin sosyal güvenliği sosyal sigortalar yasası ile sağlanmıştır» demişlerdir.

Anayasanın 48. maddesine göre devletin görevi; sosyal güvenliği olmayan çalışanlara sosyal güvenlik kurumları kurmak, mevcutları çalışanlar yararına işler hale getirmektir. 800 bin memura rağmen, onların kişisel paraları ile ek bir sosyal güvenlik kurumu kurma çabaları Anayasamızın sosyal devlet ve hukuk devleti ilkelerine aykırıdır.

2. Anayasanın 117. maddesinde aynen «Devletin ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare amaçlarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler memurlar eliyle görülür. Memurların yükümleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenir.» hükmü getirilmiştir. Bu hükme tabi tüm memurların sosyal güvenliği Anayasanın 48. maddesi uyarınca kurulan Emekli Sandığı'na sağlanmaktadır.

Devlet gücü kullanılarak, memura rağmen kurulmak istenen MEYAK ise tüm memurları kapsamaktadır. Devlet Memurları Yasası'nın 190. maddesinde «Kurum tüm memurları kapsamına alır.» hükmü bulunmakta ise de Kamu İktisadî Teşekkülleri, yargı organlarının meslek mensupları, üniversite ve akademilerin öğretim üye ve yardımcıları, Devlet Opera ve Balesi'nin Uzman ve sanatkâr memurları gibi Anayasanın 117. maddesine, kendi örgüt yasalarına ve Devlet Memurları Yasası'na göre memur olanlar MEYAK'ın kapsamı dışında bırakılmıştır. Tümü devlet memuru olduğu halde Devlet Memurları Yasası'nın 1. maddesinin 1. fıkrasında sayılanların MEYAK kapsamında olması, ikinci fıkrasında sayılanların olmaması Anayasanın eşitlik ilkesine aykırıdır. MEYAK nimet ise tüm memurlar yararlanmalı, eğer külfet ise yine tüm memurlar katlanmalıdır. MEYAK'ın devlet memurlarının bir kısmını kapsayıp bir kısmını kapsamaması Anayasanın eşitlik ilkesine aykırıdır.

3. Devlet Memurları Yasası'nın 190. maddesinde MEYAK yasasının en geç bir yıl içinde çıkarılması hükmüne bağlanmış ve MEYAK'ın kuruluş amacı, devlet memurlarına ek sosyal sigorta, konut, dinlenme kampları ve diğer gereksinmelerinin karşılanması olarak belirlenmiştir.

Aradan beş yıl geçtiği halde ne yasası çıkarılmış, ne de MEYAK'ın kuruluş amacı doğrultusunda bir girişim yapılmamıştır. Bu beş yılda 600'den fazla yasa çıkarılmıştır. Yasama organı kendi kendine verdiği direktifi dinlememiş, meclislerin oluşumu oldukça değişmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin süre öngörerek iptal ettiği yasaların hayatiyetini yitirishi bu konuda ilginç bir örnektir. 190. madde geçerliliğini yitirmiştir. Ek geçici 20. maddeye göre Merkez Bankası'nda devletin güvencesi altında olması gereken fonlar yetkisiz olarak ve esasına aykırı harcanmaktadır. Emeklilik ve ölüm halleri dışında kesenek iadesi yapılmamaktadır. İstifa eden ya da MEYAK'a tabi olmayan kurumlara geçen memurlar birikmiş keseneklerini alamamaktadırlar. Bu nedenlerle, 30.11.1972'den bu yana MEYAK yasal dayanağını yitirmiş ve fonlar, yasası olmayan bir vergiye dönüşmüştür. Çünkü artık MEYAK kesintileri verginin nihai, karşılıksız, cebri genel amaçlar için kullanılma gibi temel özelliklerinin tümünü taşımaktadır.

4. Devlet Memurları Yasası'na göre MEYAK kesintilerinin devletin güvencesi altında bir fonda toplanması gerekmektedir. 1050 sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu'nun 17. maddesine göre hazinenin sorumluluğu altında bulunan emanet, yasal yetkisi olmayan hiç bir idare ve kişi tarafından kabz ve sarf olunamaz. Oysa Bakanlar Kurulu, Devlet Memurları Yasası kendisine hiç bir yetki vermediği halde 21.4.1971 gün ve 7/2267 sayılı kararlar fonları hem de amacına aykırı olarak kullanmaya başlamıştır. Bu, ağır bir yetki ve görev aşımıdır. Bakanlar Kurulu'nun fonlar üzerinde tasarruf hakkı yoktur. Yürütme geçerliliğini yitirmiş yasaya dayanarak kesinti yaptırmaktan başka onları yetkisi olmadan ve amacına aykırı kullanarak ikinci kez hukuk dışına düşmüştür.

5. Devlet Memurları Yasasının ek geçici 20. maddesinde «Saymanlıklar her ayın keseneklerini ertesi ayın 15. günü akşamına kadar T. C. Merkez Bankasına yatırmak veya göndermek zorundadırlar.» denilmekte ise de bu görevini yerine getirmeyen sayman için herhangi bir cezai müeyyide (yaptırım gücü) getirmemektedir. Oysa Emekli Sandığı Yasası'nda kesenekleri zamanında ve tam göndermeyen saymanlar için cezai hükümler getirilmiştir. MEYAK yasası çıkmış olsaydı onun da böyle bir hüküm getirmesi gerek-

cekti. Bugün MEYAK yasası çıkmadığına ve Devlet Memurları Yasası'nın ilgili hükümlerinde de müeyyide bulunmadığına göre, kesenekleri kesmeyen ve göndermeyen saymanların sorumluluğu söz konusu olamaz. Olsa olsa görevini ihmalinden kınama, uyarma ya da en fazla bulunduğu kademede ilerlemesinin dört ay için durdurulması, yani kısa süreli durdurma gibi bir disiplin cezası verilebilir. Kaldı ki burada görevin ihmali de söz konusu değildir. Yasalara aykırı bir işlemin durdurulması bunun için ita emrine başvurmaması saymanın yasal görevidir. Kesintilerin durdurulmasına ita amiri ya da sayman karar verdiğinde mali sorumlulukları Sayıştay'a karşı olup başka hiç bir kişi ya da idareye hesap vermek durumunda değildirler

### *Meyak ve Emekli Sandığı kesintileri kimlere yarıyor*

1970 Martından beri 800.000 memurun büyük çoğunluğunun maaşlarının % 5'i MEYAK kesintisi olarak kesiliyor. Emekli Sandığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu kesenekleri olarak memurdan ve işçiden kesilen paraların dolaylı-dolaysız yollardan özel teşebbüse ve parababalarına aktarılması sürecine, beş yıldan beri MEYAK kesintilerinin de katıldığını görüyoruz. Bir yazımızın belirttiği gibi; memur, kendisinden kesilen paranın üzerine bir işaret koyup nereye gittiğini izleyebilse parasının hiç beklemediği yerlere aktığını, aktarıldığını görecekler. Burada elden geldiğinde kısa bir biçimde ve devlet yayımlarından alınan rakamlarla bu sürece bir göz atalım.

Memurdan ve işçiden kesilen kesentiler ve primlerin emekli ödemeleri ve benzer ödemeler olarak yetersiz ve kısıtlı biçimde kendisine dönen bölümü dışındaki bölümün büyük bir parçası bütçe açıklarını kapatmak için hazine tahvillerine yatırılır. Örneğin Emekli Sandığı fonlarından 1973 sonu itibariyle 1.7 milyar TL., MEYAK fonlarından 1974 sonu itibariyle 940 milyon TL. hazine tahvillerine gitmiştir. Bunlar hazine açıklarını kapatmak için aktarılmıştır.

Peki, bütçe açığı hangi nedenlerle ortaya çıkıyor? Bir kere gelirlerin azlığından, Devletin gelirlerinin % 72'si vergilerden elde ediliyor. Gelir kaybı konusunda ilk bakışta şu noktaları görüyoruz :

a) Vergilendirilmeyen önemli kesimler vardır. Örneğin tarım, karayolu taşımacılığı.

b) Vergilendirme, daha çok kazananlardan daha büyük oranlarda vergi almayı öngören «müterakki» sistemden uzaktır. Örneğin tüm vergi gelirlerinin % 60'ı maaş-ücretlilerden gelmektedir.

c) Çok büyük miktarlara ulaştığı yetkililerce de kabul edilen vergi kaçaklığı baş başına bir olgudur.

d) Teşvik uygulamaları. Teşvik uygulamaları yoluyla bütçenin uğradığı kayıp yalnızca 1972 yılı için 6.3 milyar TL'dir. Bu rakam tüm bütçe harcamalarının % 12'sidir. Bu 6.3 milyarın; 720 milyonu ihracatta vergi iadesi, 1.2 milyarı gümrük muaflığı ya da indirimi, 1.3 milyarı da yatırım indirimidir. Hazinesinin yalnızca gümrük muaflığı ve indiriminden kaybı 1974'te 5 milyar TL.'sına yükselmiştir.

Sayılan bütün bu gelir azalmaları, aslında özel kesime şu ya da bu biçimde aktarılan paralardır. Özel kesime aktarmalar, bütçe giderlerinin artması biçiminde de ortaya çıkar. Bütçe giderlerinin % 43'ünü transfer harcamaları oluşturur. Transfer harcamalarının üç ana bileşeni; borç ödemeleri, faiz ödemeleri ve Kamu İktisadi Teşebbüsleri'ne (KİT) aktarımlardır. Bu son yolla, devletin bütçesinden çok büyük paralar KİT'lere aktarılır. KİT'ler bu parayı «açıkla- rını kapatmak» için kullanırlar. KİT'ler neden açık verirler? En başta fiyat politikaları yüzünden. Buna bir örnek verelim: Son aylarda Demir-Çelik'te uygulanmakta olan fiyat politikasından ötürü, Türkiye Demir Çelik İşletmeleri'nin kârı, 1974'ten 1975'e 1 milyar TL. azalmıştır. Bu paranın önemli bir kısmı araçlara, tüccarlara ve müteahhitlere gitmiştir.

Memur ve işçilerden kesilen paraların özel kesime aktarımı yalnız Hazine Tahvilleri yoluyla olmaz. Çok büyük miktarlarda olmak üzere Devlet Yatırım Bankası (DYB) yoluyla da olur. 1974 yılı itibariyle SSK'dan 12 milyar TL, MEYAK kesintilerinden 870 milyon TL. DYB'ye yatırılmıştır. Emekli Sandığı'nın DYB tahvillerine yatırdığı para ise 1973 itibariyle 1.6 milyar TL.'dir. Bütün bu paralar doğrudan KİT'lere gider. Örneğin, yalnızca 1975 yılında, KİT'lere DYB aracılığıyla aktarılan 31 milyar TL. paranın 2.5 milyarı SSK'dan, 750 milyonu MEYAK'tan, 500 milyonu Emekli Sandığı'ndan gelmiştir. KİT'lere giden bu paranın bir bölümü, yukarıda değindiğimiz biçimdeki mal ve hizmet fiyatları politikalarıyla özel kesime gider, bir başka bölümü de ortaklıklar ve krediler yoluyla özel kesime aktarılır. Örneğin; Makine ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKE), TOFAŞ Oto Ticaret Şirketi'ne 24 milyon TL., TOFAŞ Türk Otomobil'e ise 50 milyon TL. aktarmıştır. PTT, METAŞ şirketine 30 milyon TL.'ni Devlet Malzeme Ofisi (DMO) Arçelik'e 15 milyon TL.'ni Türkiye Şeker Fabrikaları TAT Konservecilik Şirketine 7 milyon TL.'ni, Türkiye Elektrik Kurumu AEG-ETİ'ye 26 mil-

yon TL.'ni, Sümerbank da BASF'ye 24 milyon TL.'ni böyle aktarmıştır. Daha pek çok örnek verilebilir.

KİT'ler bununla da kalmazlar, kendi ticari rakiplerini kendi elleriyle, daha doğrusu memurdan-isciden alınan paralarla yaratırlar. Örneğin TEK, Çukurova Elektrik'e 81 milyon TL., Türkiye Süt Endüstrisi Kurumu Polsan'a 2 milyon TL. yatırmıştır.

Memur ve işçilerden kesilen paralar başka nelerere gider? SSK'nın işçilerden «Sosyal Yardım» amacıyla kestiği primlerden sanayiye kredi verilir. Plasmanların % 11'i bankalara, % 57'si tahvillere güllünc faiz oranlarıyla yatırılır. İşçilerden, SSK'ye yatırılmak üzere işverenlerin kesip de SSK'ye ödemedikleri SSK prim alacakları 1974'te 2.5 milyar TL.'sına ulaşmıştır. SSK'nin bankalardaki mevduatı ise yine 1974'te 2.5 milyar TL. idi.

Emekli Sandığı, memurların «sosyal güvenliği» için kestiği paralardan büyük bir bölümünü arsalar, işhanlarına, lüks otel, motel ve tatil köylerine yatırır. Emekli Sandığı'nın elinde 1973 yılında 1.4 milyon metrekare arsa vardı. Bunların 720 bin metrekaresi boş durmaktaydı. «Memurların paralarıyla, ama memurlar için değil» ilkesine göre yapılmış Maçka, Çelik Palas, Efes, Hilton, Tarabya, Büyük Ankara ve Stad otellerinin 1973'teki ortalama kârlılık oranı % 6.1'dir. Bu güllünc rakam, bırakalım ortalama % 20-25 olan hatta % 49'a kadar çıkan özel sektör kârlılık oranını, banka faiz oranlarının bile altındadır. Büyük Ankara Oteli'nin zararı, yani memurların sırtına doğrudan yükü 1975 yılı itibariyle tam 1 milyar TL.'dir. Emekli Sandığı'nın işhanları ortalama % 7.2, lüks tatil köyleri ise % 6.7 kârlılık oranlarıyla çalışmaktadırlar.

Sözün kısası Emekli Sandığı MEYAK ve SSK için işçilerden ve memurlardan kesilen paralar sosyal hizmetlere etkili ve yararlı bir biçimde yöneltmediği gibi çar çur edilmekte asıl önemlisi Hazine ve Devlet Yatırım Tahvilleri, banka mevduatı ve benzer yollarla özel sektöre aktarılmaktadır.

### *Emekli sandığının durumu ve Meyak*

Anayasamızın 48. maddesine göre; sosyal güvenlik kurumlarını kurmak devletin görevidir. Emekli Sandığı da bu amaçla; bütün memurlara, subaylara, askeri öğrencilere, bazı durumlarda erlere, bunların dul ve yetimlerine ve malûllere sosyal hak ve güvenlikler sağlamak, emekli aylığı, emeklilik ve evlenme ikramiyesi vermek,



dul ve yetim aylığı bağlamak, toptan ödemede bulunmak ve borç para vermek üzere kurulmuş bir sosyal güvenlik kurumudur. MEYAK'ın kurulmasına gerekçe olarak gösterilen sosyal güvenlik ve yardım hizmetlerinin tümünü zaten yüklenmiş durumdadır.

Emekli Sandığı'na; bütün iştirakçilerin aylığından, girişte % 25, daha sonra % 8 oranında kesinti yapılmakta ,devlet de ayrıca % 14 oranında bir katkıda bulunmaktadır. Bunun dışında, her yıl kurum bütçelerinin aylık bölümlerinin % 1'i, memur ve subayların terfi ve rütbe farkları da gelir olarak kaydedilmektedir. Ayrıca sandık gelirlerinin işletme kârlarını ve bağışları da bunlara katmak gerekir. Böylece Emekli Sandığı'nda, MEYAK'a kesilen paramızın kat kat fazlası birikmektedir.

Emekli Sandığı'na böylesine büyük bir gelir sağlandığı halde, bunların yerinde ve etkin bir biçimde kullanıldığını söylemek olanaksızdır. Biriken paralar memurlara konut sağlamak, dinlenme yerleri yapmak gibi memurların yararına olan alanlara harcanabileceği halde bu yapılmamış, lüks oteller, işhanları, turistik köy ve tesisler gibi, memurların gereksinimlerini karşılamaktan çok uzak olan alanlara yatırım yapılmış, önemli bir kısmı da bono ve tahvil satın alarak, özel girişimciliğe dolaylı ya da dolaysız kredi sağlamakta kullanılmıştır.

Memurların denetiminden uzak bir yönetimdeki Emekli Sandığı'nın eksiklikleri bahane edilerek kurulması öngörülen MEYAK'ın yasa tasarısında, denetimin tümüyle ortadan kalkmasını sağlamak için, denetleme kurulu üyelerinden yalnız birini genel kurulun, diğer iki üyeyi ise Bakanlar Kurulu'nun seçmesi öngörülmüştür. Memur tarafından hiç bir zaman denetlenemeyecek olan ve daha kurulmadan gelirlerinin % 95'i çarçur edilen sözde ek sosyal güvenlik kurumu MEYAK hiç bir zaman memura yararlı olmayacaktır.

Ülkemizde, çalışanların bir kısmı Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur aracılığıyla, istenilen düzeyde olmasa da bir sosyal güvenliğe az çok kavuşmuş durumdadırlar. Ancak nüfusumuzun yarısından fazlası henüz böyle bir olanağa kavuşamamıştır. Durumu böyle iken, OYAK gibi ek bir sosyal güvenlik kurumunun hemen ardından MEYAK ve İYAK iki kurumun da tasarılarının ortaya atılması ve kesintilerin hemen yapılması asıl amacın, çalışanlara sosyal güvenlik sağlamak olmadığını düşündürmektedir. Sosyal hak ve yardımlardan faydalanan bir kesime ek bir sosyal yardım ve güvenlik sistemi sağlamak yerine, gelecekleri güvence altına alınmamış milyonlara en doğal hakları olan bu olanakları sağlamak en doğru ve tutarlı yol olacaktır.

Emekli Sandığı yasasında yapılacak değişikliklerle memurların kesin yönetim ve denetimi sağlandığında, sözü edilen sosyal yardım ve hizmetler istenilen niteliğe hemen ulaşacak, toplanan gelir ve kesintilerin memurların çıkarlarına uygun olarak kullanılması sağlanabilecektir. Bu gerçekleştiği zaman MEYAK'ın ne denli bir yutturmaca olduğu ve kuruluş amaçlarının nasıl bir art düşünce taşıdığı çok somut olarak bir kez daha gözler önüne serilecektir.

Çalışanları, işçi, memur, bağımsız gibi gereksiz ve sakıncalı bir biçimde çeşitli gruplara ayıran, her birine farklı kesintiler uygulayıp farklı olanaklar sağlayan anlayış da terkedilmeli, tüm çalışanların sosyal hak ve yardımlardan eşit olarak yararlanmalarını sağlayacak tek bir kurum, bir an önce gerçekleştirilmelidir.

THE  
SURGICAL  
CLINICS  
OF  
NORTH  
AMERICA

THE  
MEDICAL  
CLINICS  
OF  
NORTH  
AMERICA

## CERRAHI DAHİLİYE KLİNİKLERİ KLİNİKLERİ

MECMUALARINA 1976 YILI İÇİN  
ABONE OLUNUZ

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

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

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

## Genel sağlık sigortası Konusunda görüşler

Doç. Dr. Altan Kayan  
İZMİR TABİP ODASI BAŞKANI

### Ülkemizde halen uygulanmakta olan sağlık hizmetleri

Yakında yüce meclise gelmesi beklenen Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasa tasarısına göre, SSK, Silahlı Kuvvetler üyeleri ve hükümlüler dışındaki vatandaşların tümü bu sigortanın kapsamı içine girecektir.

Bugün ülkemizde 2190 kişiye bir hekim düşmektedir. Avrupada ise 1969 yılı istatistiklerine göre 1700 kişiye bir hekim düşmektedir. Ve bu genel ortalama da illere ve bölgelere göre büyük farklılıklar göstermektedir; Bugün total hekim sayısının % 61'i, genel nüfusun % 5 inin yaşadığı 3 büyük ile dağılmaktadır. İstanbul'da bir hekim başına düşen nüfus 554, Gümüşhane'de 27873 dür. Başka bir deyişle nüfusu 10.000 den az olan yerlerde 23063 kişiye bir hekim ve nüfusu 100.000 den çok olan bölgelerde 642 kişiye bir hekim düşmektedir.

Bu verilen rakamlar total hekim sayısı üzerinden hesaplanmış Devlet İstatistik Enstitüsünün 1973 yılı verilerinden alınmıştır. Yasa tasarısına göre, SSK ve Silahlı Kuvvetler hekimleri bu total hekim sayısından çıkarıldığında geriye kalan hekim sayısıyla «halka eşit sağlık hizmeti» götürüleceğini söylemek çıplak gerçekleri görmemek veya göstermekten kaçınmaktır. Soruna bu açıdan bakıldığında İzmir Tabip Odası olarak ülkemizin sağlık sorunlarının ancak bir bütün içinde ele alındığında çözümlene olanağı bulabileceğine inanıyoruz. Ancak bu koşullarda bir ülkede koruyucu, tedavi edici hekimlik ve toplum sağlığı hekimliği birlikte uygulanabilir.

Bugün genel hekimliğin ve özellikle ülkemizin pratisyen hekimliğe gereksinme gösterdiği halde, 1974 Devlet İstatistik Enstitüsü istatistik verilerine göre 18511 total hekim sayısından ancak 6227 si pratisyen ve gerisi yani 12284'ü uzmanlaşmış hekimlerdir. Ayrıca pratisyen grubu altında ele alınan hekimlerin 1/5 inin de uzmanlık yapmakta olan asistanlardan oluştuğu göz önüne alınırsa, hekimlere temel gereksinimi olan geri kalmış bölgelere sağlık hizmeti götürülen veya götürmesi beklenen pratisyen hekimlerin tüm hekimlere oranının % 30'a zorla ulaşabildiği görülmektedir. Uzman hekimlerin de % 61.2'si Ankara'da, İstanbul ve İzmir'de çalışmaktadır. Örneğin, koruyucu hekimlik uygulamasında kendilerine çok önemli pay düşen total 281 çocuk hastalıkları uzmanından % 43'ü üç büyük ilde ve 257 kadın doğum hastalıkları uzmanının % 37'si yine bu üç büyük ilde bulunmaktadır. Pratisyen hekim aleyhine olduğu bir ülkede bu koşullar değişmeden olumlu sonuç getirebilecek bir sağlık uygulamasından söz etmek olanaksızdır.

### Genel Sağlık Sigortası yasa tasarısında önerilen işleyiş sistemi ve bu yasanın eleştirisi

Yasa tasarısına göre Hasta önce «sandık» adı verilen en küçük kuruluşun saptadığı hekime ya da hekimlere başvurabilmekte ve eğer hekim gerekli görürse hastayı sırasıyla ilçe, il ve bölge hastanelerine gönderebilmektedir. Ancak sağlık kurulu raporu ile hasta Üniversite veya özel hastanelere sevkedilebilmektedir. Oysa ATOB (Ankara Tabip Odası Bülteni)'in 2. sayısında Sayın Sağlık Bakanı uygulamada sigortalıların ellerindeki sağlık karnesiyle istedikleri hastaneyi veya sağlık kurumunu seçebileceklerini söyleyerek, olsa olsa yasa tasarısında olmayan subjektif niyetlerini belirtmiş olmaktadır.

Bu sistem aslında bugünkü sistemden belirgin bir değişiklik getirmemektedir Sosyalizasyon «ocakları» «sandık» adı altında yenden oluşturulmakta, ancak bu kez giderler, halkın vergilerle oluşturduğu devlet bütçesinden değil, yeniden halk kesesinden sağlanmaktadır.

Bugün ülkemizde asgari geçim endeksine göre bir kişinin yılda eline 14400 TL. geçmesi gerekirken 1974 istatistiklerine göre kişi başına düşen gelir, 3800 TL. dir. Bu rakam bugün ülkemizdeki asgari geçim endeksi dahi sağlanamamışken, bir de sağlık hizmetlerine

% 4 oranında prim kesilemeyeceğini gösteren somut bir delildir. Ayrıca gelirlerinin gayri safi bölümlerinden bu primleri sağhyan kesim, gelirleri belli olan, SSK'ya bağlı olmayan memur, küçük esnaf, mallarını kooperatif veya tüccarlara satmak zorunda kalan küçük toprak sahipleri olmaktadır. Diğer taraftan da bu kurumdan yararlanabilenler vergi vermemek için gelirini doğru göstermeyen büyük tüccar, tefeci ve bezirgan kitlesi olmaktadır. Ayrıca gelirleri alt düzeyde olup prim alınmayacağı söylenen gelir gruplarının saptanmasında kıstas nedir? Bu gelir gruplarından ilaç için belirli bir para alınacak mı yoksa alınmayacak mıdır? Bu konular yasada açık seçik belirtilmemiştir. Oysa ülkede çoğunluk yaşamı için gerekli olan ücreti zor veya hiç sağlayamamaktadır.

Ayrıca memur zaten bugünkü koşullarda ücretsiz olarak tedavi görmekte veya tedavi ücretleri kendisine ödenmektedir. Oysa yasa gerçekleştiği zaman memur, hem prim verecek hem de ayrıca ilaç parasını ödeyecektir. (ATOB'un ikinci sayısında Sağlık Bakanı sayın Dr. Kemal Demir ile yapılan konuşmada memurların prim ödemeyeceği belirtilmiştir.)

### İlaç sorunu

Bugünkü koşullarda GSS ilaç listelerinin saptanması yerli ve yabancı ilaç tekellerinin etkisinde kalmak zorundadır. Bunun en somut örneğini bugün SSK'da görmekteyiz. SSK'nın ilaç fabrikası kurmaması için yapılan girişimler ve baltalamalar bu görüşü destekler niteliktedir.

Tedavi edici hekimliğe ağırlık verilmesi bir yandan ilaç tüketimini arttıracak ve dolayısıyla yerli-yabancı ilaç tröstlerine fazla kazanç sağlayacaktır. Oysa ağırlık koruyucu hekimliğe verildiğinde kişinin hastalanma olasılıkları ve nedenleri azaltılarak dolayısıyla ilaç tüketimi azalacak, gereksiz ilaç kullanmayla ortaya çıkabilen ilaç zehirlenmelerinin önüne geçilecek ve sağlık hizmetleri harcamaları ve döviz kaybı çok daha az bir düzeye indirilebilecektir.

Yine bugün SSK'da gördüğümüz gibi, listeye alınacak ilaçlar sınırlı tutularak, temel ve pahalı bazı ilaçlar liste dışı bırakılabilecektir. O zaman hasta yasada belirtilen % 25 oranında ilaç masrafına katılma sınırının çok üstünde ve belki de % 100 oranında kendi cebinden ilaç satın almak zorunda kalacaktır.

Yine ATOB'un ikinci sayısında Sayın Sağlık Bakanı ile yapılan

görüşmede, Bakan uygulamanın kademeli olacağını belirtmiştir. Ancak kaç yıl içinde yurt çapında uygulanabileceğini söylemenin olanaksız olduğunu belirtmiştir. Kademeli uygulamanın başlangıcının sosyo-ekonomik bakımdan geri kalmış bölgelerden mi, yoksa gelişmiş bölgelerden mi başlayacağı konusuna açıklık getirmemiştir. Anlaşılan hekimin az olduğu bölgelerde hekim başına düşen hasta sayısı yine olduğu gibi, kalacak ve bu durum hasta-hekim ilişkilerini daha çok bozacak, sonunda halk sağlık hizmetlerinin iyi işlememesinden, doğrudan hekim sorumlulu tutacaktır. Ayrıca vatandaş bir ödemede bulunduğu için çaresiz ve zor koşullardaki hekimden bunun karşılığını isteyecektir.

Sonuç olarak siyasal iktidar bu şekilde tekrar hekimle hastayı karşı karşıya bırakarak işin içinden ustaca sıyrılmayı ve sözde sağlık sigortası ile geçici de olsa sempati ve oy toplamayı düşünmektedir.

Kısaca, doğudaki il ve ilçelerle batıdaki üç büyük ve beş ikinci büyüklükteki illerdeki halkın sağlık hizmetlerinden yararlanması çok farklı ve adaletsiz olacaktır.

Oysa —Türkiye dahil— 111 ülkenin altına imzasını koyduğu Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) anayasasında «mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık standartlarından yararlanma, ırk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir» denmektedir. Ayrıca Anayasamızın 49. maddesi «Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini, tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir» der.

Dünyanın ekonomi ve teknoloji yönünden en gelişmiş ülkelerinden olan ABD'de bile uygulanmakta olan sağlık sigortalarından halkın % 5'inin hala yararlanmadığı ve sigortalama yolu ile yeterli ve gerekli sağlık hizmetinin yapılamayacağı anlaşılmıştır. Nitekim ATOB'un ikinci sayısında Sayın Sağlık Bakanı «Genel sağlık Sigortası Türkiyenin sağlık sorunlarını temelden çözebilir mi?» sorusuna, «Bütün sağlık sorunlarına genel sağlık sigortasının çözüm getirmesi elbetteki beklenmeyecektir» yanıtını vermiştir.

Ayrıca Genel Sağlık Sigortası, SSK'da bugün uygulandığı gibi sadece tedavi edici hekimliği kapsamaktadır. Ülkemizde bugün koruyucu hekimlik adı altında, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan uygulama, başarılı yürütülemeyen bir aşılama, ve belediyelerin besli, hijyen ve çevre sağlığı hizmetleridir. Oysa bilim yönünden işin doğrusu koruyucu hekimliğe ağırlık veren, tedavi edici ve sosyal hekimliğin bir arada bulunduğu bir sistem ön görülmelidir. «Kişi yaşamı hastalık ve sağlık dönemleri diye bölünemeyecek bir bütün-

dür» (Prof. Dr. Nusret Fişek). Bu nedenle hekimler ve diğer sağlık personeli hastayla olduğu kadar sağlam kişilerle de ilgilenmek zorundadırlar. Kişi ve çevresi birbirinden ayrılamaz. Yani kişi çevresinden etkilenen ve çevresini etkileyen bir varlıktır. Kişiyi hastalıktan korumak için çevresindeki sosyal, fizik ve biyolojik faktörleri sağlığa zararlı yönleri açısından etkisiz hale getirmek gereklidir. Tıp uygulamalı bir bilim dalıdır ve tıp uygulamalarında kişisel çabalar ile sonuç alma dönemi kapanmıştır. Sağlık tesislerinde ve toplum içinde hekim ve sağlık personeli birlik olup örgütlenmeli ve çalışmalıdırlar.

Oysa bugün ülkemizde hekim hastayı yalnızca bir hastalık gibi görmekte, kişinin çevresel, parasal, sosyal yönleriyle ilgilenmekte ya da ilgilenememektedir. İşte hekimi hastaya karşı karşıya birer taraf gibi getiren konu burada yatmaktadır. Hekim ve hastanın bütünleşmesi ancak yukardaki gerçeği kavramakla gerçekleşebilir

### Seçenek ve sonuç

Sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin suçlusu veya suçları siyasal iktidarlardır. Bugün ülkemizde sağlık bütçesine genel bütçeden ayrılan pay % 3.5-4 gibi çok düşük bir düzeydedir. Gelişmiş ve geri kalmış ülkelerle karşılaştıracak olursak bu oran İsveç'te % 20.4, Suriye'de % 17, Seylan'da % 15.5, İsrail'de % 7 ve Cezayir'de % 9 dur.

Bu rakamlar bize siyasal iktidarların halkın sağlığına ne kadar az önem verdiğini gösteren somut delillerdir. Ayrıca ülkemizde beslenme, barınma, ısınma, kanalizasyon, çevre kirliliği ve su problemi gibi kişi sağlığına doğrudan etki eden faktörler de çözüm bulmamıştır. Bu gerçek bütçeden sağlık hizmetleri için ayrılan % 3.5-4 payın etkisini çok daha azaltmaktadır.

Halkımızın çoğunun sigorta primlerini ödeyemeyecek kadar fakir olduğunu göz önüne alarak, sağlık bütçesi yüzdeleri arttırılmak koşuluyla yurt çapında uygulanacak bir sosyalizasyonla halkın sağlık sorunlarının çözümlenebileceğine inanıyoruz.

İzmir Tabip Odası olarak görüşümüz, halkımızın tümüne eşit şekilde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri verecek bir Genel Sağlık Sosyalizasyonu uygulamasının ülkemiz gerçeklerine en uygun bir çözüm yolu olduğu yolundadır.

## Kısa dönemli Yedek Subayların vergi alacağı

Cafer VAROL

SAYIŞTAY DENETÇİSİ

Çeşitli Üniversitelerin tıp fakülteleri ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Hastanelerde aylıkla çalışmakta iken 1833 sayılı yasa uyarınca kısa süreli askerlik hizmetini yapan Öğretim üye ve yardımcıları ile hekimler için bir vergi alacağı hakkı doğmuştur. Bunlar, kendilerinden peşin alınan vergilerin bir bölümünü geri alabileceklerdir.

Bilindiği üzere gelir kazanç ve iratlardan oluşur. Gelirin 7 unsurundan birisi de ücretlerdir. 193 Sayılı Gelir Vergisi Yasasının 1. maddesi geliri: «Bir gerçek kişinin bir takvim yılı içinde elde ettiği kazanç ve iratların safi tutarı» olarak tanımlamaktadır. Yükümlüler, bir takvim yılı içindeki gelirlerini bir sonraki yılın Mart ayı içinde beyannameleri ile vergi daireslerine bildirirler. (G.V.K. Md. 85) Bir yıl önceki gelirlerinin vergilerini böylece ödemiş olurlar.

Ücretliler de bir yıllık gelirlerinin net tutarı üzerinden vergilendirilirler. Vergi toplama yöntemi bunlarla değişir. Ücretlilerde ücretlerinin yıllık tutarı bulunur ve yıllık vergileri hesaplanır. Bu tutar ücretin ödeme şekline göre günlere, haftalara, ya da aylara bölünür. Bu şekilde, Günlere, Haftalara ve aylara düşen vergi de ücret ödenirken peşin alınır. Ücretliler G.V.K.nun 86. Md. uyarınca beyanname vermezler. Bir yıl sonra ödeyeceği vergiyi cari yıl içinde kısım kısım ödemiş olur. Önceden hesaben bulunan yıllık gelirden, yıl içinde bir değişiklik doğarsa, söz gelimi ücretli işten ayrılır, emekli olur veya işi bir süre bırakırsa haksız yere fazla vergi alınmış olur. Gelir Vergisi Yasasının 87. Maddesine göre bu gibiler vergi beyanamesi verebilirler. Fazla ödedikleri vergileri bu yolla geri alabilirler. Çünkü Yasaya göre yükümlü bir takvim yılı içinde elde ettiği geliri üzerinden vergilendirilir. (G.V.K. Md. 85)

Beyanname süresi sona erinceye kadar ödenen vergi kesin değildir. Bu süre bir sonraki yılın mart ayıdır. Yükümlü bu süre içerisinde beyanname vermiş ise vergilendirme yeniden yapılır. Bildirimde bulunmaz ise, ödenen vergi ile birlikte kesinlik kazanır. Bu durumda fazla ödenen vergi geri alınmaz.

Kısa süreli askerlik hizmeti yapan çok sayıda Sağlık Personeli (Öğretim Üye ve yardımcıları ile hekimler) in de böylelikle gelir durumunda azalma olmuştur. Konuyu bir örnekle açıklığa kavuşturalım: 7. Derecenin birinci kademesinden aylık alan bir çocuklu evli bir kimsenin yıllık geliri % 8'i emekli kesintisi çıktıktan sonra kalan 3.229,20 liradır. (3.229,20

x 12 ay)=38.750,40 lira yıllık tutardır. Maliye Bakanlığı 87 seri sayılı tebliğinin ekini teşkil eden vergi cetvelinin ücretlere ilişkin 1/2 sayılı sütununa bakılarak 9.570,— lira vergisi bulunur. 12 aya bölüldüğünde 797,50 lira aylık vergi bulunur. Bu yükümlü 1975 yılı içinde 8 aylık, yıl sonuna kadar (797,50x8)=6.380,— TL. vergi ödemiş olacaktır. Yükümlünün yıllık geliri 38.750,40 TL. değil, gerçekte 25.833,60 lira oldu. 25.833,60 liranın yıllık vergisi 5.020,— olacaktır. Böylelikle (6.380,— 5.020,— TL)=1.360,— liralık fazladan vergi ödenmiş olur.

İlgili, fazla ödediği gelir vergisini geri alabilmek için 193 Sayılı Gelir Vergisi Yasasınının 87. inci maddesinin kendisine verdiği hakka dayanarak 1976 Yılıının MART ayı içinde bağlı bulunduğu Vergi Dairesine, yoksa Mal müdürlüğüne 1975 takvim yılı içindeki vergiye tabi gelirin bildirimini (Bağlı bulunduğu kurumdan hesap şeklini gösterir belgeyi almak suretiyle) verecek ve lehine doğacak farkı geri alabilecektir. Bu süre içerisinde bildirimde bulunmaz ise ödediği vergi kesinlik kazanacak ve böylece fazladan ödediği vergiyi geri alma olanağı kalmayacaktır.

Konuyla ilgili binlerce kişinin lehlerine, doğacak alacaklarını takip ederek gerekli girişimlerde bulunmaları gerekir.

## DERYA TİCARET

---

AHMET MİŞÇİ

---

TIBBİ

---

CERRAHİ

---

KİMYEVİ

---

ORTOPEDİK

---

MALZEME VE CİHAZLAR

---

İTHALÂT - MÜMESSİLLİK - KOMİSYON

---

Tel : 42 06 3

---

2 nci Beyler Sokağı No. 39/A İZMİR

# Kalkınma ve Sağlık

Prof. Dr. M. Rahmi DİRİCAN

BURSA TIP FAKÜLTESİ DEKANI

Ekonomik ve sosyal gelişmeyi tüm yönleriyle belirtmek için kalkınma terimi kullanılır. Günümüzde, hemen her ülke kalkınmayı planlı bir şekilde gerçekleştirmek istemektedir. Kalkınma planının amaçları kararlaştırılırken salt bir ekonomik gelişme değil; kalkınma olayını oluşturan endüstri, tarım, eğitim, sağlık ve ulaşım gibi sosyal nitelikteki öğelerle ilişkin gelişmeler de gözönüne alınmalıdır. Üretim araçlarının artışı şeklinde tanımlanan ekonomik gelişmeyle, kişisel ve toplumsal gereksemelerin doyum düzeyinin yükselmesi anlamına gelen sosyal gelişme birbirinden ayrı olarak düşünülmemelidir. Nitekim her ülkenin kalkınma planında, yaşam düzeyini yükseltmek; bilimsel ve teknolojik gelişmelerden ve çalışma, gezme, eğlenme fırsatlarından yararlanma eşitliği sağlamak gibi ereklerle yer verilmiştir. Bu geniş kapsamlı sosyal ereklerle ulaşma olanaklarını ekonomik gelişme sağlar.

Kişinin, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunda oluşu sağlık terimiyle belirlenir. Sağlık hizmetleri ise sağlığı devam ettirmek, sağlığı bozulanların bir an önce sağlıklarına kavuşmaları için gereken her türlü tedbiri almak amacıyla yönelik hizmetler olarak tanımlanır. Sağlık hizmetleri, insan işgücünü ve buna bağlı üretimi artırarak kalkınmaya büyük ölçüde katkıda bulunur.

Diğer yandan, kalkınma sürecinde görülebilen kimi olumsuz gelişmelerin önlenmesi ya da ortaya çıkabilecek kötü sonuçların düzeltilmesi de ancak sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmesiyle mümkün olabilir. Bu nedenlerle sağlık hizmetlerine ayrılan ödenekler salt tüketim harcaması olarak kabul edilmemelidir.

Kalkınma planlarında insan etmenine (faktörüne) yeterince dikkat edilmezse, amaca ters düşen ve çoğu kez önceden saptanamayan bazı olumsuz gelişmeler ortaya çıkar. Hızlı ve dengesiz kentleşim, çevre kirlenmesi, beslenme bozuklukları, trafik kazaları, gü-rültü vb. bu tür olumsuz gelişmelerin en belirgin örnekleridir.

Kırsal bölgelerden kent ve kasabalara göç olaylarını hızlandırılan bir kalkınma, dengesiz kentleşime yol açabilir. Böyle bir kentleşim, yoksulluk mahallelerini oluşturur. Bu mahallelerde en doğal gereksemeleri karşılamaktan uzak barınaklarda, kalabalık halinde

ve olumsuz çevresel koşullar içinde yaşamak zorunda kalan insanlarda hastalıklar daha sık görülür. Endüstri ve tarım alanındaki gelişmeler nedeniyle toprak, su ve hava kirlenebilir. Bunlara ek olarak beslenme bozuklukları, trafik kazaları, gürültü ve işyerinin alımlanmamış koşulları sağlığı olumsuz yönde etkiler. Böyle bir ortamda sosyal hizmetlerin ve özellikle öğretim olanaklarının yetersizliği belirginleşir. Toplumun birlik ve beraberliğini zedeleyen kişisel ve sosyal huzursuzluklar artar. Aile bireyleri arasındaki ilişkiler bozulur. Yalnızlık, şaşkınlık ve yetersizlik duygularına kapılan bireylerde kişilik kaybolur, sosyal bağlar zayıflar. Böylece, gayrimeşru evlilikler, korunmaya muhtaç çocuklar, sokak serseriliği, adam öldürme, değer yargılarının benimsenmemesi veya yadsınması gibi toplumsal sorunlar belirginleşir.

Bütün bunlar, bir dizi yeni gereksemelerin doğmasına yol açar. Kişisel ya da toplumsal nitelikte olan bu gereksemeler karşılanamazsa, sağlık standartları kötüleşir. Günümüzün önemli sağlık sorunlarından bazılarının kaynağı bu tip bir ekonomik gelişmedir. Bunun gerçek bir kalkınma olup olmadığı tartışılabilir.

Önlenebilen hastalıkları kontrol amacına yönelik harcamaların sağladığı sosyo-ekonomik yararlar büyüktür. Bu durum, özellikle çevresel sağlık koşulları olumsuz, mikrobik ve paraziter hastalık prevalansı yüksek olan az gelişmiş ülkeler için söz konusudur. Beslenme durumunu geliştirmeyi amaç edinen kalkınma programlarının sosyal ve ekonomik yarar sağladığını gösteren araştırmalar vardır.

Dünya nüfusunun yarısından çoğu yetersiz veya kötü beslenmektedir. Ulusal kalkınmayı engelleyen en önemli etmenlerden biri budur. Özellikle çocukluk dönemindeki kötü beslenmenin olumsuz sonuçları üzerinde durulmalıdır. Çünkü bunun etkileri yaşam boyunca, hatta gelecek kuşaklarda görülecektir. Kötü beslenme, çocukların öğrenme yeteneğini olumsuz yönde etkiler. Böylece yeterli öğrenim görmelerini engelleyerek sosyal gelişmeyi yavaşlatır. Üretimle ilişkin hususlarda da beslenme durumu önemli rol oynar. Çalışanlar yeterince beslenemiyorsa çalışma gücü azalacak ve üretimde beklenen artış sağlanamayacaktır. Bu durum, özellikle üretim artışının insangücüne bağlı olduğu ülkeler için söz konusudur.

Önemli endüstri dallarında etkin ve yeterli iş gücünü devam ettirmeye yönelik iş ve işçi sağlığı hizmetlerinin gelişmediği yerlerde üretim düşer, iş kazaları ve iş günü kaybı artar. Görülüyorki, sosyo-ekonomik kalkınma çabalarını etkin kılmak ve olumsuz sonuçla-

rını önleyebilmek için, kalkınma planlarında sağlık sektörüne gereken önemin verilmesinde bir zorunluk vardır.

Ülkemiz açısından kalkınma planında gözönüne alınması gereken sağlık hizmetleri önem sırasına göre şöyle belirtilebilir:

- 1 — Sağlık eğitimi,
- 2 — Çevre sağlığı hizmetleri.
- 3 — Beslenme bozukluklarının giderilmesi,
- 4 — Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri,
- 5 — Hastalıkların, özellikle bulaşıcı ve korunulabilir hastalıkların önlenmesi,
- 6 — Kırsal bölgelerde yaşayanlarla toplumun yoksul ve özel gruplarına tıbbi bakım hizmetlerinin sağlanması,
- 7 — İş ve işçi sağlığı hizmetleri,
- 8 — Ruh sağlığı hizmetleri,

Bu tür sağlık hizmetlerinin kısa sürede olumlu sonuçlar vermesinin en önemli iki koşulu, yönetim aksaklıklarının giderilmesi ve hekiminden köy ebesine kadar tüm sağlık personeline, ülkenin sağlık sorunlarının çözümüne yönelik, gerçekçi bir eğitim ve öğretim programının uygulanmasıdır.

# Kapitalistleşme Sürecinde Hekimlik

Stj. Dr. Paşa GÖKTAŞ

## Toplumdaki Değişim

Çağımızda dünyanın tüm kapitalist ülkelerinde, yüzyıllardır süregelen bir değişimi gözlemekteyiz. Orta tabakaların eski toplumsal konumlarını yitirmeleri ve toplumdaki rollerinin giderek azalması süreci. Yalnız, değişik kapitalist ülkelerdeki kapitalist gelişim ve bunun toplumdaki sınıfların değişimine yansımaları, farklı düzeylerde olduğu için, orta tabakaların değişik kapitalist ülkeler toplumlarda içindeki önemi ve toplumsal işlevi de farklı düzeylerde dir.

Orta tabakalardan burada mühendisler, teknik elemanlar, hekimler, öğretmenler vb. gibi kesimleri kast ediyoruz. Burada tümüyle bunlardan bahsetmekle birlikte, kuşkusuz konumuz hekimlerin toplumsal gelişim içindeki yerlerini araştırmak olacaktır.

Yukarıda bahsedilen değişimi etkileyen başlıca üç faktör var: a) Tekelleşmenin etkisi, b) Bilimsel ve teknolojik alandaki ilerlemelerin etkisi, c) Toplumun sömüren ve sömürülen kesimleri, arasındaki mücadelenin etkisi.

## Tekelleşmenin Etkisi

Bugün kapitalist dünyada tekelleşme ve tekellerin etkisi, en çok tartışılan konulardan biri. Tekelleşme tüm kapitalist ülkeleri etkiliyor, çünkü dünya kapitalist sistemi kendi içindeki birtakım çelişkilerine rağmen bir bütün olarak ele alınmak zorunda. Fakat tekelleşmenin, değişik kapitalist ülkeler toplumlarının yaşamını farklı düzeylerde etkilediği gerçeğini burada belirtmeden geçmeyelim. Bugün ABD'deki bir tekeli şirketin kolları dünyanın birçok kapitalist ülkesine uzanıyor. Bunlar diğer ülkelerden ya direkt olarak kendilerine bağlı şirketlerle, ya da o ülkenin işbirlikçi sermayedar guruplarıyla ortaklık sayesinde etkinliklerini sürdürüyorlar. Son yıllarda tekeli devlet kapitalizminin gelişmesiyle tekeller, devleti düne oranla çok daha güçlü, daha dolaysız şekilde etkileme ve denetim gücüne ulaşmış durumdadır.

Tekeller, sermaye birikimini en ileri düzeyde gerçekleştiren kuruluşlar. Kuşkusuz daha geniş yığınların yoksullaşması pahasına. Sermaye giderek daha az elde yoğunlaşırken emek de toplumsallaşıyor, yani ücretli emeğiyle çalışmak zorunda kalanların oranı toplumda giderek artıyor. Bu durumdan en fazla etkilenen kesim de, özellikle orta tabakalar oluyor ve

giderek bu kesime ait birçok kişi büyük sermaye kuruluşları ya da tekeli kapitalist devletin ücretlileri durumuna dönüşüyorlar.

Tıp alanı kârlı bir alan. Piyasadaki serbest çalışan hekimlerin kazancı da belirli ölçüde sermaye birikimini engellemekte. Tekeli büyük sermaye kesimi, sermayenin böyle ara ellerde takılıp kalmasından hoşnut değil. Çünkü, sermayenin amacı kâr ve toplumda kârın yöneldiği tüm ırmakları kendi gölüne akıtmak istiyor. Bu alanda da eskiden beri hekimlere ekonomik-toplumsal yönden iyi bir yer sağlamış olan esnafca işleyişi tasfiye etmek istiyor ve hekimleri de kendi düzenekleri içinde, kontrolündeki işleyiş mekanizmasına yerleştirerek onları kendi ihtiyaçları ve çıkarları doğrultusunda hizmet eden ücretliler ordusu içine katıyor. Esnaf hekimlerin toplam hekimler kitlesine oranı giderek azalırken özel klinikler, özel iş yerleri ve temelinde büyük sermayenin çıkarları doğrultusunda hizmet veren kamu kuruluşlarında, ücretli olarak çalışan hekimlerin oranı artıyor.

## Bilimsel ve Teknolojik İlerlemelerin Etkisi

Bilimsel ve teknolojik devrim tüm bilim alanlarında olduğu gibi tıpta da etkisini gösterdi. Bir taraftan yeni dallar ortaya çıkarken, diğer taraftan da tıbbın değişik alanlarının bilgi ve araştırma, uygulama kapasitelerini genişletmekte, geliştirmekte olduğuna tanık oluyoruz. Fakültelerde son yıllarda ortaya çıkan ve giderek yerleşmekte olan genç departmanları herkes biliyor. Bunların son yıllarda sayısı ve hacmi giderek artıyor. Artık bu bölümlerden çoğuna bir çok hastahane de rastlamaktayız. Tüm bu gelişmeler, yeni kadroların da gerekliliğini birlikte getiriyor.

Tekeli şirketler, bugün kârlılığı yüksek alanlardan biri olan tıp alanına da el atmış durumdadır. Tıp araçları satışından aşırı kârlar sağlanmaktadır. Yeni yeni araçlar geliştiriliyor ve bunların pratik yaşama uygulanmasını sağlayacak yeni kadrolar da gerekiyor. Bu kadroların bir kısmı tıp fakültelerinin yeni mezunları olurken, bir kısmı da piyasadaki eski esnaf hekimler oluyor.

Bilimsel ve teknolojik alandaki ilerlemeler, araştırma ve uygulamaların çeşitliliği ve derinleşmesi, daha fazla yatırımların ortaya konuşu zorunlu olarak beraberinde uzmanlaşmayı getiriyor. Bugün birçok bilim dalı gibi tıp da, mensuplarında çok yönlü yetenek ve ilgi, esneklik arıyor. Bilgiler sürekli olarak değişime uğruyor ve çeşitleniyor. Ve bugünkü dünyanın koşulları, kültürel etkileşim sonucu yeni buluşlar çok çabuk yayılıyor, uygulama alanına çok hızlı bir biçimde yansıyor. Örneğin bir hastalığın tedavisindeki değişim ya da bir ilacın kullanılmaya başlanması gibi durumlar, dünyanın bir çok yerinde birbirinden fazla farklı olmayan zamanlarda uygulanım alanına giriyor. Artık, elde olunan bilgiler hayat boyu işe yarayacak olan bir depo niteliğinden çıkmıştır. Toplumsal faaliyete katılabilmek için sürekli bir kültürel zenginleşme ve yeni bilgiler kazanma zorunlu hale geliyor. Eğitim ve öğretimin kapasitesi de bu nedenlerle giderek artıyor. Sınırsız olan bilimsel alan, çalışma kollarını ayrılıyor, daha doğru inceleme, etraflı, verimli çalışma yapabilmek amacıyla. Sınırlı olan insan yeteneği ise bu alanlardan birine tabi oluyor. Bu uzmanlaşma zorunluğu, beraberinde bir nevi ücretli tıbbi teknisyenliği getiriyor.

## Kollektif Çalışma Gereği

Çağımızda bilimsel buluş ve araştırmalarla bunların sonuçlarının pratik hayatta uygulanmaya konulması tamamiyle kollektif çalışmayı gerektiren bir durum olarak karşımıza çıkıyor. Tek başına bir çalışma bugün çeşitli koşullar nedeniyle hem verimli olmaktan çıkmıştır, hem de olanaksızdır. Günümüz koşullarında maddi imkânlarla bilimsel ve teknik kadrolar ancak iyi bütünleştirilebildiği oranda verimli olmaktadır. Zaten verimli olabilmek için de bütünleşmek zorundalar. Adeta işlemesi için benzine ihtiyacı olan bir makinanın dişlileri gibi, maddi imkânlara bağımlı duruma düşürülen bilimsel ve teknik kadrolar, aynı zamanda birbirlerine de bağımlı ve birbirlerini bütünleyen parçalar durumuna getirilmekteler. Bütünleyle ele aldığımızda bu düzenin piyasadaki serbest hekimlerin çalışması-na göre tartışılmaz bir üstünlüğü olduğunu görürüz. Ve bu sonuç ta piyasadaki esnaf hekimler kesimini çok güç durumlara sokuyor. Bu durum batıdaki kapitalist ülkelerde bize göre çok daha belirgin durumda. Bizde de değişik yörelerde—düzenin niteliğinden doğan yetersiz, çarpık, eksik özellikleriyle de olsa—belirli ölçüde kollektif bir uygulamayı getirecek olan yeni tıp fakülteleri ve hastahanelerinin kuruluşuna karşı, o yörelerdeki esnaf hekimlerin mücadele ve engellemelerini bu çerçevede değerlendirebiliriz. Bugün açık bir can pazarı niteliğinde olan serbest piyasaya göre hastahaneye giden bir hasta, muayene ve tetkiklerini daha ucuz, etraflı, kısa zamanda ve daha doğru yaptırma olanağına sahiptir. Esnaf hekimlerin bu «tehlike»ye karşı direnmesinden daha doğal bir şey olamaz.

## Emekçilerin Mücadelesi

Bugün bir çok kapitalist ülkede eskinin bilinçsiz, kapitalistlerin ve onların denetimindeki devletin kolayca yönetebildiği emekçi yığınlar artık hızla bilinçlenmekte ve uyanmaktadır. Devletçe kendilerine götürülen birtakım hizmetleri artık bir lütuf olarak değil, bir hak olarak görüyorlar.

Kazandıkları hakları pekiştirmek, yeni haklar almak yolunda da yoğun bir mücadele sürdürüyorlar. Herkesin bildiği gibi emekçi kitleler içinde de en tutarlı, kararlı adımları mücadeleyi en örgütlü ve kitlesel nitelikte sürdüren kesim atıyor. Bugün bir SSK. uygulaması varsa bu, işçi sınıfının canla başla yürüttüğü mücadelenin bir sonucudur. Bugün özel ya da kamu sektöründe işe giren bir işçinin ilk düşüncesi, sigortalı olabilmek için çaba sarfetmek oluyor. Geniş emekçi kitleler artık örgütlü ve birlikte mücadelenin gerekliliği ve zorunluluğu bilincine ulaşmaktadır. Egemen sınıflar ve onların devleti de bunun farkında. Sigortalılık hakkını vermekte eskisi gibi diretemiyorlar. Bugün bir taraftan SSK'nun kapasitesi hızla genişlerken, toplumun diğer emekçi kesimleri de örgütlenerek kendi sosyal güvenlik kuruluşlarını yaratmak yolunda çaba sarfediyorlar. SSK, sosyalizasyon haricinde BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, değişik kooperatifler, mesleki örgüt ve derneklerin de önümüzdeki yıllarda kendi bünyeleri içinde birtakım sağlık örgütlenmelerine gitmeleri güçlü bir olasılık olarak beklenebilir.

Bir ham hayal ve aldatmacadan ibaret olsa da, Genel Sağlık Sigortası gibi birtakım tasarılar da egemen sınıfların devletin, emekçi yığınların mücadelesi karşısında birtakım tavizler vermek ve sağlık alanında daha geniş kapsamlı örgütlere gitmek zorunluluğunu duyduğunu gösteriyor. Tüm bu gelişmeler, büyük sermayenin, kendi düzeninin ömrünü uzatmak, emekçilerle arasındaki çelişkiyi hafifletmek amacıyla ortaya koyduğu örgütlenmelerde bundan sonra çok daha fazla sayıda hekimi ücretli olarak, kendi çıkarları doğrultusunda kullanmak isteğinde olduğunu gösteriyor. Gelişim de bunu doğruluyor. Örneğin SSK'da 1952 de 152; 1962 de 594 hekim varken, 1974 de bu sayı 3011 e ulaşmış durumda.

## Üretkenliği Artırma İsteği

Egemen sınıflar, emekçilere birtakım hizmetler götürürken, bunu yine kendi çıkarları için yaparlar. İşçiye sağlık hizmeti götürürken amaç işçinin mutlu yaşaması değildir, bunu kendisine daha iyi bir verimle hizmet edecek elemanları sağlamak istediği için yapmaktadır. Bu yönden de burjuvazi sağlık hizmetleri örgütlenmesini — belirli koşul ve ölçülerde — destekler. Kuşkusuz bu alanda da kendisine en ucuza mal olacak yöntemleri destekleyecektir. Yüzlerce işçiyi bir serbest piyasa hekimine tedavi ettirmek, patronlar için pahalı bir yöntemdir. Bunun yerine hekimleri ücretli çalışmaya boyun eğdirip kendi amaçlarıyla fazla çalışmayan mekanizmalar içine yerleştirerek, onlardan yararlanması çok daha kârlı bir yöntemdir.

## Sonuç

Sonuç olarak şunu söyleyebiliriz, kapitalistleşme süreci hekim kesiminde serbest hekimliğin zararına, ücretliliğe gidiş yönünde etkisini duyurmaktadır.

Burada şunu önemle belirtiyim, bu yazıda amacım belirli bir gelişimi — olanakların çerçevesinde — gösterebilmektir. Burada, kapitalistleşme süreci içinde hekimlerin ekonomik toplumsal konumlarının nasıl bir değişime uğradığı ortaya konulmaya çalışılmaktadır ki, sözkonusu olan yalnızca toplumun objektif gelişim koşullarının sergilenmesidir. Burada özellikle subjektivizme düşmemeye çalıştım.



# Angarya

Dr. Bülent KAVAKLI

Romalılarda ağır yük taşımak için kullanılan arabalara AN-GARYA denirdi. Günümüzde ise angarya zorunlu olarak karşılıksız yapılan işe verilen addır.

Güncel olarak çok kullanılan bu kelime, Anayasamızda iki ke-limeden oluşan bir tümcede kullanılmaktadır. ANGARYA YASAK-TIR. (Mad: 42) Tüm kanun, kuruluş ve kişilerden üstün olan Ana-yasamızın bu kesin yasaklamasına karşın, emeğini devlete kiralay-a-rak geçimini sağlayan bazı meslek sahiplerine, bu madde uygulan-mamaktadır.

Günlük sekiz saatlik mesailerinin dışında çalıştıkları kuruma göre değişmek üzere onbeş günlük, bir haftalık veya günlük nöbet tutan doktorlar bu meslek gruplarının başında gelmektedir. Daha değişik bir deyişle doktorlar normal nöbet günlerinde 16 saat, ta-til nöbet günlerinde ise 24 saat fazla mesai yapmaktadırlar.

Sağlık Bakanlığına bağlı olan hastanelerde fazla çalışma ücre-ti olarak nöbetin niceliğine göre değerlendirilmeyen 200 TL. dolay-larında bir ücret bir kaç aydan beri ödenmeye başlanmıştır. Bunun dışında hiçbir kamu sağlık kuruluşunda nöbet adı altında yapılan fazla mesailere ücret ödenmemektedir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanununda fazla çalışmanın üc-retle değerlendirilmesi (Mad: 178 d) hükmedilmektedir. Bunun ya-nında 12 numaralı kararnamede «asli görevleri icabı fazla mesai yapan personele ücret ödenmez» denilmektedir. Her ne kadar nöbet hekimin asli görevi ve vicdanî sorumluluğu ise de bu hizmeti değer-lendirmemek çağdaş hukuk anlayışına uymamaktadır. Kaldı ki Ana-yasa ve kanunlar kararnamelerin üstündedir ve yine basit bir ku-ral; hiçbir kanun, kararname, tüzük ve yönetmelik Anayasaya ay-kırı olamaz.

Hekimi geçim sıkıntısına düşürmek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyeceği gibi, bu çarpık ekonomik düzende onu ancak mua-yenehane hekimliğine iteler ve toplumsal olaylardan kopmasını sağlar.

Yukarda açıklamaya çalıştığımız gibi nöbetin zorunluğu ve üc-retsiz olması açıkça angarya niteliği taşımaktadır. Bu tatbikata bir an önce son verilmeli, nöbet adedi, saati ve nöbet tutan personelin maaşı ile orantılı olarak nöbet parası verilmelidir.



**ÖZCİVELEK** act tours  
seyahat acentası

## Sayın Doktorlar

1976 yılında Avrupa ve Dünyanın muhtelif memleketlerin-de yapılacak önemli Tıp Kongrelerinin yer ve tarihlerini be-lirten listeyi aşağıda tetkiklerinize sunuyoruz.

Geçen yıllarda olduğu gibi bu yıl da bu kongreler için grup gezileri hazırlamaktayız. Kongrelerin yapılacağı tarih-lerde otellerde yer bulma zorluğu nedeniyle kongreye katıla-cak Türk delegeleri için şimdiden yer ayırtmış bulunmaktayız.

Tıp mesleği ihtisas kollarının çeşitli kongre ve grup se-yahatlerini düzenlemekte olduğumuzdan, tecrübemize daya-narak hazırladığımız tur programlarımızın Sayın Doktorlarca ilginç bulunacağı gibi, kongre ile ilgili olmayan dost ve tanı-dıkları içinde cazip ve eğlenceli olacağı kanısındayız.

Kongre ve gezilerimize katılmak isteyenlerin acentemize müracaatlarında ayrıntılı programlarımızdan hemen göndere-bileceğimizi memnuniyetle bildiririz.

Saygılarımızla..

- 1 — 6. International Congress of Anesthesiology  
Mexico City, 24-30 Nisan 1976
- 2 — International Congress of Oto-Rhino-Laryngology  
Basel - İsviçre, 30 Mayıs - 5 Haziran 1976
- 3 — International C<sup>o</sup>ngress of Radiology  
Kopenhag, 1-3 Haziran 1976
- 4 — 7. Congress of European Society of Cardiology  
Amsterdam, 20-25 Haziran 1976
- 5 — International Congress of Psychology  
Paris, 18-25 Temmuz 1976
- 6 — International Child Psychiatrists  
Zürih, 24-26 Eylül, 1976
- 7 — 8 th World Congress of Gynaecology and Obstetrics  
Mexico City, 17-22 Ekim, 1976
- 8 — Congress of Neurological Surgeons  
New Orleans, 25-29 Ekim, 1976

İzmir Cad. 36/4 Ankara

Tel : 17 18 78 - 25 22 34

# dr. ihsan ünlüer

## de flatibus humanum corpus molestontibus

Alexi Karel : «İnsan dediğin bir borudur» demiş biliyorsunuz. Ama ne borusu diye soracak olsak herkes kendine göre cevaplandırarak. Orhan Veli:

**Kimimiz dumandır tüter,  
Kimimiz düdüktür öter**

dediğine göre ozan insanı bir pipoya yada zurnaya benzetmiş, İnsan, T.P.A.O. ya göre bir petrol borusudur, Muslukçu Rızaya sorsanız «Soba Borusu» Lağımçı Hüsnü'ye göre ise «İnsan dediğin olsa olsa kanalizasyon borusudur» Ağızdan taaa makada kadar uzanan sekiz dokuz metrelik sindirim borusundan tutunuz, metrelerce uzunluğunda yumak halinde dürülmüş üriner ve genital yollarla tubuli kontorti, tubuli seminiferi, tubuli kuburiferi ile upuzun bir borudur şu insan denilen yaratık. Kimisi ses borusu yani bir düdü, kimisi ise duman gibi tüten yani bir pipo

Çağımızın insanında en gelişmiş olan borsal sistem de muhakkak ki sindirme ve dışkılama sistemi değil mi? Zira sadece kalbi giden beyine, dalağa, karaciğere, şirden ve kırkbayıra, daha doğrusu vücudun her yanına giden yollarda geçtiği yoldur midemiz.

### Mide masalı

Sindirim borusunun uğrak yeri olan şu MİDEMİZ yok mu? O, sadece yiyecekleri öğütmeye yarayan bir organ olduğu kadar vaktiyle ROMA SENATOSU'na başkaldıran halkı yatıştırmaya yaramış bir organdır da. Senatör AGRİPPA ayaklanan Roma halkının önüne çıkarak onları yatıştırmak için filozofik bir nutuk mu çekmişti sanki? Yooooo.. sadece çocukça söylemiş MİDE MASALI'ni anlatmıştı onlara. O kadar:

«— EEEYY asil ve müşil Roma halkı! size bir hikâye anlatacağım. Bir gün vücudumuzun tüm organları mideye isyan etmişler: «— Sen vücudun orta yerinde tembel oturup tüm yiyecekleri yutuyorsun. Halbuki düşünen, çalışan, iş gören sadece bizleriz. Biz ayaklar, bir kafalar, biz beyinler, biz iş yapan yazı yazan, kalem tutan sapana yapışan eller, gören gözler, işiten kulaklar hep senin haksızlığına uğruyoruz.» demişler. Mide ise o organlara şu cevabı vermiş: «Yaşamımızı sağlayan besinleri, örtülü ödenekleri, yan ödemeleri ilk önce benim yuttuğum bir gerçektir. Ama bunların kan damarlarıyla vücudun her tarafına eşitçe dağıtılmasını sağlayan da yine ben değil miyim. Üstelik herkes besinini benden alıyor da bana öğüttüklerimin posasını bırakıyor.

### Olacak Çocuk Şeyinden Belli

Mide masalını dinledikten sonra gelelim mideden sonraki boru içindeki serüvene..

Bakteriyoloji, skatoloji bilimine göre kimyasal analizle, kıvamıyla rengi kokusu, sululuğu ciddiliği ile o «ŞEY»in bize deyilemeyeceği hiç bir tıbbi gerçek yok gibi. Ama salt amaç insanın feçesi ile ruhsal duyumunun arasındaki ilişkileri bulmak. İnsanın ruhsal alanı ile kalın barsaklarının arasındaki ahenk inkâr edilebilir mi? Şu kadına bakınız, yüzlerce kez hekime gitmiş. Tepeden turnağa sinir. Kendisi adeta tıpa ile sımsıkı kapanmış bir şişeye dönmüş.. Hiç bir reçete kâr etmiyor. Bu kez yine hekimine başvuruyor kocasıyla birlikte:

— «Doktor bey», diyor, «Bu sefer kendim için değil kocam için geldim. Onda nefes darlığı var» Evet sayın okurlarım, karısının «BARSAK DARLIĞI» yüzünden adamcağız «NEFES DARLIĞINA» tutulmuş. MOLYER,in tiplerinde, barsaklarını daima boş tutma illetine tutulanlar çoktur.. Lafonten'in tilkisi de karşısındaki adama alay amacıyla: «Ma komer ilfo vupürje ayak katır gren D'ELEBAUR» (Dostum seni dört beş tane ELEBOR tohumu ile çıkartmak gerek) Elebor otu tarihsel bir çıkartıcıydı.

Sindirim sistemine ilk kez burnunu ve kulaklarını sokan ünlü bir hekimden de bahsetmek istiyorum: Turnhout kentinde doğmuş olan Dr. FEYENS. Aynı zamanda usta bir müzisyen olduğu için bu yüzden barsak gürültülerinin zengin armonisine kulaklarını uzatmış ilgilenmişti. O, 1643 te «De Flatibus Humanum Corpus Molestantibus İnsanı rahatsız eden gazlar» adlı bir de kitap yazmıştır;

Kitabı el yazısı ile OGÜSTEN manastırına ithaf ettiğine göre oradaki dinsel kişilerin gazdan rahatsız olduklarını anlamaktayız.

Dr. Feyens bir mikrokosmos, yani küçük evren olan insanın barsaklardaki gurultuları; Makrokosmos, yani EVREN'deki fırtınaların bir küçük modeli sayıyor, gökteki fırtına neyse karındaki gürültü de odur diyordu. Barsak gazlarının Homeros'un şiirlerinde de yer aldığını görmekteyiz. Spoisyen dediğimiz akılcı filozoflar da insanlara barsak gazlarını sarbest bırakmalarını tavsiye etmişlerdi. Aynı müsaadeyi İmparator CLAUDE'da bir fermanla tab'asına vermişti.

Ünlü doktor Trousseau'nun klinik şefi olan Dr. Laségue, Hotel-Dieu hastanesine gelen bir adamdan bahseder. Karnı tavana degecek kadar şişmiş kaskatıymış. Ağrısız selim bir tümör ama fil kadar kocaman. Konsültasyona çağırılan Dr. Grisolle'un ünlü teşhisi de sarkomlu markomlu soyundan karmaşık bir pelvi peritonit... Velhasıl tüm hekimler bu meretin bir ur olduğunda birleşirler. Ertesi gün Trousseau hastane salonunda Dr. Grisolle'e rastlar:

— «Eeee azizim Grisolle-» der, «O dağlar gibi karnın içindeki şey neymiş bilir misin?: BE-O-KA..»

### Pislikte yapılmış urlar

Rahmetli Hocamız Tefvik Sağlam'ın bize gösterdiği bir vak'ayı asla unutamam: «Bir büyük kova cesametinde kalınbarsağa sahip olan bir HIRŞPRUNG hastası!»

Bir gün Cerrahi Profesörü asistana hastayı tuşe etmesini söyler. Tuşe bulguları olarak elma büyüklüğünde bir tümör bulur. Asistan bu tümörün cinsini cibilliyetini pek anlamıştır. Hoca ona söylemek için: «Hani yediğiniz tatlı bir şeye verdiğimiz adı vardır.. (Hoca çukalata kistini kastetmektedir). deyince asistan aniden gözleri parlayarak:

— «Fekalom efendim» diye cevap verir:

Hekimlerin içinde Bilgin MEÇNİKOF kadar da MUHAFAZAKAR MÜLAYEMET fikrine sahip olanı yok... Bu bilgin insanların erken ölmelerini kalın barsaklardaki entoksikasyonlara bağlıyordu. Kargaların çok uzun ömürlü olmasını da kalınbarsakları olmadığı için her yerden pisleyebildiklerine bağlıyordu. Meçnikof bir hayli insanın kalınbarsaklarını ameliyatla çıkarıp atmıştı bu uğurda..

İster GAZ halinde olsun, ister tümörel kitle halinde, barsak muhtevalarımızın KAREKTERİMİZLE VE RUHSAL YANIMIZLA da ilişkin olduğunu görmekteyiz. Yani anlayacağımız, bir gaita'yı sadece laboratuvarına değil psikiyatri kliniğine de göndermek gerekecek.

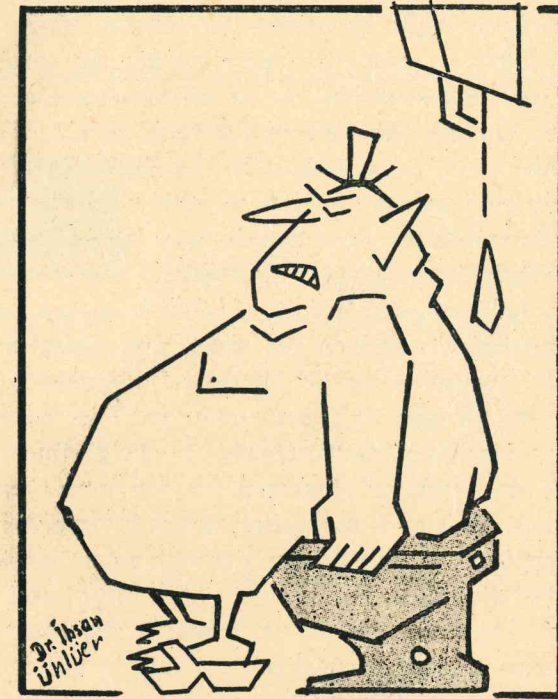
### İşte tahlil neticelerimiz

Şu pisliğe bakınız.. Parfüm kutusuna konarak gönderilmiş Elena Rubinştayn kokuyor meret.. Lüks bir kişizadenin pisliği, şu yüzük kadar küçük kutudaki pinti bir herifin, tutucu, muhafazakâr konservatör bir kişizadenin. Şu kiloluk kutunun içindeki mebzul nesne bir mirasyedinin ya da karaborsacının olmalı. Şu deve pisliği gibi kupkuru, ne kokar ne bulaşır cinsten olan numune ise bir işini bilir yöneticiye ait olsa gerek.. İşte tahlil için gönderilen bir kutu var ki içinde bir şeycik çıkmadı bomboş.. Bu olsa bir ÖĞREN-CİNİN'dir

Mide masalında Sayın MİDE'nin öğütüp de ihraç ettiği posanın bilimsel serüveni yanında ayrı öyküsü de var, bakın. Gaz çıkarmaktan başka. hüneri, barsak gurultusunda başka kabiliyeti, mevad gaitasında başka ürettiği bir tümörden faksız kişilerle dolu değil mi çevremiz? Yegâne ürünleri olan pisliklerini birbirine bulaştırmaktan başka eylemleri olmayan kişiler cirit atmıyor mu çevremizde?.

DÜK, koku yayan bir BORU... Pis koku yayan kokuşmuşluğun kokusunu çevreye salan bir kanalizasyon borusu..

Evet insan denen yaratık bir BORU'dur Ses çıkaran bir DÜ-



NEŞRİYAT

# dr. turhan temuçin

## Sağlığa selam

Genel sağlık sigortası yasa taslağı Meclis gündemlerinde. Görüşülürse, görüşülüp de onaylanırsa Türk halkına ne getirecek düğünmek gerekir. Prim orantısının hizmet görece nitelikte olmaması, örgütlenmenin yanlış plânlanması ve hizmet üretmeğe değil, hizmet satın almağa yönelik olması nedeni ile ölü doğacak bir sigortalama şekli! Belki varlıklı bölgelere, yani batıya biraz daha hizmet gidebilecek ama, zaten sağlık hizmetinden yoksun bölgeler ise prim ödemiş olmakla kalacaklar. O halde böyle bir genel sağlık sigortası biraz varlıkların, biraz da varlıklı bölgelerin sigortası olacak. Doğuya ise yalnız selâm!

İlaç politikası, şöyle böyle dokuz aydır yattı ki, nasıl yattı. Nerede S.S.K. nun ilaç fabrikası açma girişimleri? Sözüm ona bu çıktığımız yılın ilk yarısında üretime geçecekti. Öyle söz vermişti o zamanki Genel Müdür Erdal Atabek. Ama Erdal Atabek'in bilmediği bilimsel verilere bağlı kalmanın her zaman doğru olmayacağı idi. O elindeki kadro ve programa göre bu işe söz vermişti. Ondan sonra gelenler ise kadrosuzluklarına ve plânsızlıklarına göre verilen sözü geri aldılar. Önemli olan sadece söz verip sözü geri almak olsa, ses çıkaracağımız yok. Ama Atabek'in verdiği sözü bozanlar, geri alanlar aynı zamanda halkın sağlığını da geri aldılar, atılmış bir güzel adımı bozdular ve bunu yaparken de halk adına, hak adına yaptılar değil mi? Öyleyse halkımıza da selâm!

Bir yandan hekimlik mesleğinin yüceliğini savunanlar, hastanelere düştükçe hekimlerin önünde bel kırıp, göz süzenler «Allah sizi başımızdan eksik etmesin, çok zor işiniz var» diyenler, öte yandan hekim çıkarına bir girişim oldu mu, bunu en önce bozanlardan olmak için sıra kapşıyorlar. Hastanelerde en çok görünen milletvekilleri, meclislerde de hekimler aleyhinde en çok atan milletvekilleri oluyorlar. Yüksek İhtisas Hastanesini artık deneme tahtası haline getiren ve hekimlere öfke kusan milletvekilleri meclislerde de kişisel öcülerinin bedelini koca bir mesleğin tüm bireylerini lekeleyerek almak istiyorlar. Aklınıza gelen her mesleğin ölçüsüne iş riski, iş güçlüğü ve eleman temininde güçlük ödemelerini veren ağızlar, hekimlik mesleğinde ne güçlük, ne risk ve ne de eleman kıtlığı gö-

rüyorlar. Parmaklar kalkmıyor hekimlik adına. Ondan sonra da kürsüye çıktılar mı ver yansın ediyorlar «vatan, millet, dumlupınar, şehit kanları» edebiyatına. Yurt dışına giden hekimler vatan haini oluyor. Hazretlerin gözünde vatan haini olmamak için yurt içinde kalıp enayi olmanız gerekiyor. Onbeş yıl öncesinin tam gün ödeneğini mek parmak arttırmak istediniz ki hepsinin aklına maliye, bütçe fedakârlık, yüce meslek falan filân geliyor. Ama kendi akçaları söz konusu olunca sus, pus oluyarlarsa ki nasıl sus pus. Hastata getirdiklerinde oldukları gibi. Gecekonuda oturan hekim var Ankara'da behey akıllı beyler, gecekonuda oturan hekim! Hiç bilirmiydiniz bunu. Bilginize de selâm sizin.

Sonra halkımız hastane kapılarında sürünüyor, yatak bulamıyor, ameliyat edilemiyor, ya da hastane ile muayenehane arasında git-gel oluyor diye kıyamet koparıyoruz. Olacak elbette. Hiç bir karşılık beklemeden sana kendini adayan hekimini horlar, her meslekten esirgemediğini ondan esirger ve tokat atmak gerekti mi önce hekimin suratına atarsan, karşılığında ne beklemek gerekir ki. Gene de şükretmek gerekmez mi, şu devlete tam gününü adayan hekimin sabrına, kanaatine ve yurtseverliğine.

Şimdi sadece halkın sağlığına selâm duruyoruz. Esas vaziyette ve hiç kıpırdamadan.

Selâm sağlığa! Aleykümselâm!



KİTAPEVİ

MUSTAFA TÜRKÜKUL

Tel : 22 99 6

Şan Pasajı No. 21 P. K. : 794 - İzmir

\* ÜNİVERSİTE DERS KİTAPLARI

\* HER DİLEK TIP TEKNİK VE İLİM YAYINLAR

\* KİTAP VE MECMUA ABONELERİ

BÜTÜN DÜNYADAN KİTAP VE MECMUA TEMİN EDİLİR.

## Geri kalmış ülkelerde Sağlık hizmetlerinin örgütlenme ilkeleri

ANKARA TABİP ODASI HALK SAĞLIĞI BÜROSU

Gelişmekte olan ülkelerde hastalıkların azaltılabilmesi, aşağıda belirtilen on iki ilkenin uygulanmasına bağlıdır. Bu ilkeler büyük politik kararlardan günlük çalışmaların ayrıntılarına değin sağlık hizmetinin her yönünde uygulanmalıdır.

### Sağlık Hizmetinin On İki İlkesi

1. Herkesin sağlığı son derece değerlidir.
2. Sağlık hizmeti gerçekçi bir yaklaşımla ele alınmalıdır, endüstriyel ülkelerden ithal edilmiş kavramlardan uzak kalınmalıdır.
3. Eldeki sınırlı para ve eleman ile ve en iyi sonucun alınması sağlanmalıdır.
  - a. Araçlarla amaçlar karıştırılmamalıdır.
  - b. Sağlık hizmeti orta derecede bir teknolojinin gereksinmelerine göre ayarlanmalıdır.
4. Sağlık hizmeti, hizmetin kantite ve kalitesinde sürekli bir gelişme sağlayacak biçimde örgütlenmelidir.
5. Hastalar evlerine en yakın, en az elemanla, en basit araçlarla çalışan ünitelerde, en ucuz bir biçimde bakılmalı, izlenmelidir.
6. a. Her çeşit sağlık hizmeti herkese ve sürekli olarak sağlanmalıdır.
  - b. Sağlık ünitesinin büyüklüğü ve masraflarının çokluğu ile topluma yararlılığı arasında çok az ilişki vardır.
  - c. Sağlık hizmeti çok geniş kapsamlı olmadan da etkili olabilir.
7. a. Sağlık hizmetleri yukardan aşağı değil, aşağıdan yukarıya doğru örgütlenmelidir.

b. Bir toplumun sağlık gereksinimleri ile istekleri arasında ilişki kurulmalıdır.

8. Gelişmekte olan bir ülkede hekimin rolü gelişmiş bir ülkeden çok farklıdır.

9. Yardımcı sağlık personelinin rolü gelişmekte olan ülkelerde farklı ve daha önemlidir.

10. Tüm sağlık personelinin, tedavi edici işlevleri ile sıkı bağlantısı olan eğitici bir işlevleri vardır.

a. Daha az bilenleri eğitmek, beceri kazanmış ekip üyelerinin görevleridir.

b. Tüm sağlık personeli, hizmet ettiği toplumu eğitmek zorundadır.

11. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık örgütü, kendi özel yöntemlerini geliştirmek zorundadır.

12. Sağlık hizmeti ve yöresel kültür birbirlerine yakından bağlıdır.

a. Yöresel kültürde sağlık hizmetini kolaylaştıracak inanç ve davranışlardan yararlanmalı, ters düşenleri de saptayarak halkın tepkisini gidermeyi plânlamalıdır.

b. Olanak olursa sağlık personeli kültürün tıp dışı yönlerini düzeltmek için uğraşmalıdır.

### Koruma ve İyileştirme

Kırsal alanlarda en önemli koruyucu önlemler, özellikle çevre sağlığına yönelik sağlık eğitimi, kişisel alışkanlıkları düzetme, bağışıklama ve ana-çocuk sağlığı çalışmalarıdır. Fakat özel enfeksiyonlarla savaş gibi başka koruyucu hizmetlerde vardır.

Tedavi hizmetleri de değişik biçimlerde uygulanabilir. Aslında koruyucu ve tedavi edici hizmetler sıkı olarak ilişkilidir. Bu nedenle sağlık merkezinin, asıl görevi koruma olan bir ünite olarak vurgulanmasında yarar vardır. Sağlık eğitimi sağlık merkezlerinin olduğu gibi hastanelerin de görevlerindedir.

Az gelişmiş ülkelerde asıl sorun, özellikle kırsal bölgelerde eldeki sınırlı para ve beceri ile insan sağlığına en fazla yararı sağlayacak koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin nasıl plânlanması gerektirir.

Sağlık hizmetini etkileyen dört ana öge uzaklık, nüfus, finansman ve personeldir. Bunların önemine değinmeden önce, şimdiki değin uygulanan ünite biçimlerini incelemekte yarar vardır.

## Sağlık Hizmetleri Üniteleri

Sağlık hizmetinin birinci ve en basit ünitesi, her köyde az da olsa tıbbî becerisi olan bir kişinin bulunmasıdır. Bu kişi sağlık örgütünün yöresel temsilcisi olarak toplumun içinde çalışmalıdır. Bu kişilerin tam zamanlı çalışmaları da zorunlu değildir, bunlar yerli ebeler ya da geleneksel hekimler olabilir. Fakat belirli aralıklarla bu kişilere sağlık merkezinden gezici ekipler gitmeli, gerekli yardım ve denetimi yapmalıdır. Köydeki sağlıkçıların bazı ilaçlara ve malzemeye gereksinimleri olacaktır. Fakat unutulmaması gereken nokta, bunların asıl görevlerinin köyde sağlık bilgisi yaymak olduğudur.

Birçok ülkede bu yöresel temsilciler genellikle kâğıt üzerinde vardır. Uygulamada sağlık örgütlerinin çoğunda köyde sağlık işçisi bulunmamaktadır. Genel olarak gelişmekte olan ülkelerde en alt basamak sağlık istasyonudur. Daha üst düzeyde dispanser, vardır. (Türkiye'deki karşılığı sağlık ocağıdır, sağlık merkezleri değildir. Dispanser ayakta tedavi yapan birim anlamına kullanılmıştır.)

Daha sonra bir hekimli hastane gelir. Yardım istasyonuna haftada bir kez bir dispanser, sağlık merkezi ya da hastaneden hekim yardımcısı gider.

İlaç götürür, bir hemşire enjeksiyonları yapmak üzere kendisine yardım eder. Her gidişte yüzden çok hasta görebilirler fakat verebilecekleri tedavi en düşük düzeydedir. Sağlık eğitimi hizmeti de yetersizdir.

Dispanserde bir hekim yardımcısı, bir hemşire ve bir ebe bulunur. Dispanserin çalışması tedavi edici hizmete dayanır. Günde 300 hasta görülebilir. Basit ve kısa süreli hastalıklar dispansere yatırılarak tedavi edilebilir. Hastaneye de hasta gönderilebilir.

Buna karşılık, bir sağlık örgütünün çevredeki ideal ünitesi sağlık merkezidir. Bu ünite bir bölgenin hastane hizmeti dışındaki tüm sağlık hizmeti gereksinimlerini karşılar. Her sağlık merkezi belirli bir alandan sorumludur. Kırsal ve kentsel tüm ülke sağlık merkezleri arasında pay edilmiştir. Sağlık merkezleri hem koruyucu, hem de tedavi edici hizmetlerin ana birimleri olmalıdır.

Sağlık merkezi kavramı sevk sistemi ile bağlantılıdır. Sistem hastaların evlerine en yakın yerde, en basit araçlarla, en az personelle ve en ucuz biçimde tedavisi ilkesine dayanmaktadır. Zincirde daha yüksek bir üniteye gönderme ancak yeterli hizmet verilemeyecekse düşünülmelidir. Zinciri sağlık merkezi, bölge hastanesi, il hastanesi ve tıp merkezleri oluşturur.

Bir örgütün toplum içindeki birimlerinde tedavi, hastanedekinden çok daha ucuzdur. Sevk sisteminin en üstün yönü, hizmetin ağırlığını çevrede tutup yalnızca zorunlu durumlarda hastaneyi kullanmasıdır. Bununla birlikte sistem sıklıkla aksamaktadır. Çünkü hastanelerin çevresinde yeterince sağlık merkezi yoktur. Ulaşım güçlüğü de sistemin işlemlerini güçleştirmekte ve kaçınılmaz olarak büyük hastaneler, küçük bölge hastaneleri ya da sağlık merkezleri gibi çalışmak zorunda kalmaktadırlar.

## Hizmetin boyutları ve düzeyleri

Sağlık hizmetinin boyutları çoktur. Burada ölçme kolaylığı olduğu için yalnız ikisi tartışılacaktır: Toplam ayaktan bakım sayısı ve hastane yatakları.

Yapay olmakla birlikte gerçekçi bir yaklaşımla ayaktan bakım için erişkinlere yılda kişi başına iki, çocuklara üç kez bakım önerilmektedir. Bu sayılar plânlama için uygun bir temel sağlayabilir. Bu düzeye nadiren ulaşılmakta ise de koruyucu hizmetler de göz önüne alınırsa, önerilen sayılar plânlama için yüksek değildir.

Hastane yatakları yönünden, 1000 kişiye düşen toplam sayı seçilmiştir. Bu sayı İngiltere için 10.6, Nepal için 0.12 dir.

Sağlık ünitesine başvurma her mil uzaklık ile belirli bir yüzde ile düşüş gösterir. Nedenler karmaşık olmakla birlikte, asıl belirleyici faktör hastanın yürümek zorunda olduğu uzaklıktır. Ulaşım güçlüğü ve masrafı da önemli öğelerdir. Diğer öğeler hastalığın şiddeti ve sağlanan hizmetin niteliğidir.

## Nüfus Yoğunluğu ve Ekonomi

Kilometre kareye düşen kişi sayısı, sağlık hizmetinden yararlanma olasılığını uzaklık kadar etkilemektedir. Bu olgu, bir sağlık merkezinin en yüksek verimi için optimum büyüklüğünün ne olması sorununu ortaya çıkarır.

Bir sağlık merkezinin verimini ölçmek için yararlı bir yaklaşım, personelin zamanının yarısını başvuran hastalarla uğraşarak, diğer yarısını da merkezin diğer işleriyle geçirdiğini öngörmektedir. Merkezde dört kişi çalışıyor ve günde 50 hasta bakıyorsa, 250 günde yıllık verim 50.000 hasta bakımındır. Kişi başına yılda 2,5 başvurma sayısını kullanarak merkezin 20.000 kişiye hizmet verebileceği saptanabilir. Bazıları optimum büyüklüğün 10.000 olduğunu düşün-

mektedir. Gelişmekte olan ülkelerde geniş alanlarda nüfus yoğunluğu kilometre kareye 4-10'a değin düşer.

Sağlık merkezleri, ekonomik olmak için yeterli bir nüfusa hizmet vermek zorundadır. Bu nedenle nüfus yoğunluğunun az olduğu yerlerde merkezin geniş bir alanı kapsamaması gerekir. Hastaların merkeze olan uzaklığı arttıkça hastaların yararlanması azalacağına göre merkez gezici hizmet götürmelidir.

Bazen hastane kendi popülasyonunu yaratmaktadır. Örneğin, nüfusu eşit dağılmış bir bölgede kurulan bir hastane 30 yıl sonra, beş yıllık bir yarıçap içindeki alanda daha yoğun nüfuslu bir bölge geliştirebilmektedir. Bunun nedeni halkın hastane çevresine göçmesi ve sağlık hizmetinin uzun dönemli etkileridir.

Uganda'da Mityana hastanesinde yapılan bir araştırmada, her gün 300 hastanın kollektif olarak 3000 km. yol almak zorunda kaldıkları saptanmıştır. Hasta başına düşen ortalama uzaklık 10 km. dir. Sağlık hizmetinden yararlanmak için yüzlerce hastanın binlerce kilometre yol gitmesi yerine, birkaç sağlık personelinin hastaların yaşadığı köylere gitmesi daha ekonomiktir.

Durum harcanan para yönünden de açıkça gösterilmiştir. 0.11 dolarlık hizmetten yararlanabilmek için hastalar ulaşım için ortalama 0.35 dolar harcamışlardır. Bir diğer araştırma, hastaların hep birlikte ulaşım için hastane bütçesinin yarısından çoğunu harcadıklarını göstermiştir.

Fakat ulaşım masrafından daha önemli olan bir öge, zamanın değeridir. Erişkin çalışan kişiler yönünden bu gizli masraftır. Hizmeti hastaya götürerek, ücret alınması düşünülebilir.

Ücretin birçok politik, yönetim ve eğitime bağlı güçlükleri vardır. Ücret alınmıyorsa başka seçenekler düşünülebilir. (Örneğin, yerel örgütlerin, iş verenlerin katkıları istenebilir).

### Gezici hizmet

Genel olarak gezici hizmet iki çeşittir. Birincisi tam gezici sağlık ekibidir. Motorlu taşıtlara bindirilen bu ekipler seyrek aralıklarla geniş bir bölgenin köylere giderler. Bu pahalı ve önemli bir yararı olmayan bir hizmettir. (Türkiye'de bu tip hizmete örnek Kızılay Sağlık Kervanı'dır.)

İkinci tip gezici hizmet, sağlık merkezi ya da hastane personelinin yakın çevresindeki köylere belirli zamanlarda giderek sağladığı hizmettir. Sağlık merkezinin tüm hizmeti çevreye bu biçimde götürülebilir.

Gezici hizmet sağlık merkezine dayalı olmalıdır. Eğer çevrede sağlık merkezi yoksa aynı görevi hastane yapmalıdır.

Gezici ekipte yalnız yardımcı sağlık personeli bulunmalıdır. Ekipleri becerileri değişik kişiler oluşturmalı bunlar kendi aralarında örgütlenmeyi bilmelidirler. Başka bir önemli nokta her gezide ekibin çok amaçlı hizmet sağlamak zorunda olmasıdır. Genellikle her köye haftada bir gidebilecekleri için çok yönlü hizmet verebilecek biçimde donanmış olmaları gerekir (tedavi hizmetleri, ana-çocuk sağlığı, tüberküloz tedavisi gibi). İstek çok fazla olabilir, bu nedenle bazı hizmetlere öncelik tanımak gerekebilir.

Geziler düzenli olmalıdır. En iyisi belirli istasyonlar olması ve her istasyonun yerel sağlık temsilcisi bulunmasıdır.

Gezici hizmet kırsal bölgede sağlık hizmetinin temel ilkesidir. Hizmetin biçimi ve ayrıntıları değişebilmekle birlikte birçok ülkede, başka yöntemlerle hiç hizmet verilemeyecek kişilere hizmet götürmek yönünden, gezici hizmetin önemi tartışılmaz.

### Hastane hizmetlerinin yoğunlaştırılması

Uganda'da yapılan bir çalışmada hastaların, hastaneden uzaklığı arttıkça hastane yataklarının kullanımının azaldığı saptanmıştır. Fakat ayaktan bakım ile karşılaştırıldığında uzaklık ile ilgili fark daha azdır. Hastaneden yararlanma her beş kilometrede bir yarı yarıya azalırken, ayaktan başvurma her üç kilometrede bir yarı yarıya azalmaktadır. Bunda yatırılan hastaların başvurular arasında seçilmesinin payı olabilir.

Hastane hizmetlerinin yoğunlaştırılması, yani birçok küçük hastane yerine birkaç büyük hastane sağlanması önerilerinin temel nedeni budur. Ayaktan bakım hizmetlerini çevreye yayarken hastane hizmetlerini büyük birimlerde toplamanın başka nedenleri de vardır. Birisi sağlık merkezlerinin sağladığı destektir. Yeterli bir sağlık merkezi ağının bulunması, hastanelerin daha büyük, daha az sayıda ve daha verimli olmasını sağlar. Çünkü ancak hastane bakımı gerekenler hastaneye gönderilir.

En küçük hastane iki hekimli olmalıdır. Norm, 250 yataklı üç ya da dört hekimli hastanedir. Hastanede en azından acil cerrahi girişimler yapılabilmesi, ameliyathane, laboratuvar ve röntgen olmalıdır.

Küçük bölge hastaneleri böyle olmalı, ve daha büyük il hastanelerince desteklenmelidir. Bunlar da başkentteki ulusal eğitim hastanesine dayanmalıdır.

## **Hastane ve Sağlık Merkezi masraflarının karşılaştırılması**

Bir sağlık merkezinin binasının yapılmasının 22.000 dolara, yıllık çalışmasının 11.000 dolara malolacağı öngörülmektedir. Bir hastane yatağı ise 8.500 dolara malolmakta, hastane kurulduktan sonra bir yatak için yılda 850 dolar harcanmaktadır. Bir yataktan yılda 68 hasta yararlanmaktadır. Sağlık merkezi ise 10.000 kişiye hizmet vermektedir.

İki üniteyi ve masraflarını karşılaştırınca, 1000 kişiye sağlık merkezi hizmeti sağlamak için 2.200 dolar gerektiği görülmektedir. Bu, bir hastane yatağı maliyetinin dörtte birine, yani yılda 17 hastanın yararlanabileceği hastane hizmetine eşittir.

Yıllık masraflar göz önüne alınırsa, sağlık merkezi hizmeti 1.000 kişiye ortalama 1.100 dolara sağlanabilmektedir. Bu ancak 1,3 hastane yatağı ve 100 hastanın hastanede tedavisinin masrafını karşılayabilir.

Karşılaştırma ulusal düzeyde yapıldığında masraflar arasındaki farklar çok daha büyük oranlara çıkmaktadır.

## **Hastane ve Sağlık Merkezi hizmetlerinin yönetimi**

Hastane ve sağlık merkezleri, sağlık örgütünün tamamlayıcı parçalarıdır ve birlikte çalışmak zorundadırlar. Her düzeyde personel zaman zaman örgütün diğer bölümüne gitmelidir. Hastane sağlık merkezlerine ilaç ve araç-gereç sağlayabilir. Yakın entegrasyon bu denli gerekli olduğuna göre nasıl sağlanmalı, örgütün iki birimi nasıl yönetilmelidir?

En iyi çözümü ararken akılda tutulması gereken nokta hastane hizmetlerine her yerde öncelik verildiğidir. Bunun açık nedenleri vardır. Koruyucu hizmetlerin sonuçları, tedavi kadar dramatik değildir ve kolayca ölçülemez. Ayrıca politik nedenler ve hekimlerin tedavi edici hekimliği, hastanede çalışmayı yeğlemeleri gibi öğeler vardır. Kalkınma plânları hazırlanırken büyük yatırım projelerine önem verilir. Birçok küçük sağlık merkezi yerine iki-üç büyük hastane kurmak için uğraşılır. Bütün bunlar sağlık merkezlerine karşı birleşirler.

Sonuç olarak az gelişmiş ülkelerin pek azı etkili biçimde sağlık merkezleri kurabilmişlerdir. Kenya en büyük istisnadır.

İlk yönetim ilkesi, sağlık merkezini desteklemek olmalıdır. Bazıları da tam zıt görüştedirler.

Belki de bölge düzeyinde ayrı, il düzeyinde birleşik yönetim düşünülebilir.

## **Özel Hastane ve Özel Pratisyenin rolü**

Anlatılmış olan sağlık örgütü, değişik sağlık ünitelerinin kendilerini uyarlayabilecekleri bir örgüttür. Misyonerlerin ya da bazılarının yeğlediği deyimle, gönüllü kuruluşların yalnız hastane sağlamış olmaları tarihsel bir yanlışır.

Hükümetler bazen sağlık merkezleri örgütlemişlerdir. Sağlık örgütünde çalışanlar devletin ödediği ücret karşılığında çalışırlar. Gelişmekte olan ülkelerde hekim, eğitmen, örgütleyici ve sağlık ekibinin önderi olarak görev yaptığında en etkilidir.

Hekimin görevi kendisine yardımcı personelce gönderilen hastaları görmek, becerilerini hastaların yatağına götürmek, yardımcılarına yol göstermek, onların yönetmek, eğitmek, özendirme desteklemek olmalıdır. Bu biçimde çalışan hekim üçüncü ilkeyi gerçekleştirmiş olur: «Eldeki sınırlı eleman ile en iyi sonucun alınması sağlanmalıdır». Hekim ancak bir ekiple çalışırsa becerilerini en iyi biçimde değerlendirebilir.

Kentlerde muayenehanesinde çalışan özel hekimler, yardımcıların sağladığı ekip çalışmasından yoksundurlar. Becerilerini en etkin biçimde kullanmalarını sağlayacak yatak, araç ve gereçlerden de yararlanamazlar. Genellikle, ücretini ödeyebilecek parası olan azınlığa pahalı semptomatik tedavi sağlarlar. Kent yaşamı sürdürebilmesine ve çok para kazanmasına karşılık, özel hekimin, eğitimini sağlayan topluma bir sağlık merkezi ya da bölge hastanesinde çalışarak çok daha yararlı olabileceği unutulmamalıdır.

Az gelişmiş ülkenin hekimi devlete bağlı sağlık örgütünden ayrılıp özel çalışmaya başlarsa, eğitimi için harcanan tüm bedeli topluma geri ödemelidir. Bu, bildirildiğine göre 8500 dolar ile 56.000 dolar arasında değişmektedir, daha yüksek de olabilmektedir. Böyle bir ödeme zorunluğu konması yalnızca haklı değil, aynı zamanda devlet sağlık örgütünde çalışmayı destekleyici bir önlemdir.

Eğer devlet, hekimleri kırsal bölgelere göndermekte güçlük çekiyorsa, burs verdiklerine belirli bir süre zorunlu hizmet koyabilir. Ayrıca bölgelere göre değişen ek ücret ödeyebilir.



# Sosyalist ülkelerde işçi Sağlığı

ANKARA TABİP ODASI HALK SAĞLIĞI BÜROSU

## S.S.C.B.'inde işçi sağlığı uygulaması

Devrim öncesi Rusya'da endüstrideki sağlık servisleri çok ilkel bir temele dayanıyordu. Bazen Çarlık yönetimi sağlık servislerinde düzeltmeler yapmak için girişimlerde bulunurdu. Fakat bu girişimler, kitlelerden gelen ilerici mücadele baskısıyla oluyordu. Kolera salgını sırasında ortaya çıkan ve «Kolera isyancıları» olarak nitelenen örgütler, Çarlık yönetimini 1876 Ağustosunda bir yasa çıkarmaya zorladılar. Bu yasaya göre fabrikalarda çalışan işçiler işverenler hesabına hastahanelerde tedavi edileceklerdi. 1912'de gelişen ilerici mücadele baskısıyla, Çarlık yönetimi sosyal güvenlik ve hastahane yönetimi için bir yasa çıkarttı. Bu sadece işçilerin beşte birine uygulandı. Sosyal Sigorta ücretlerinin beşte üçü işçi maaşlarından, beşte ikisi işverenden alınıyordu.

Ekim Devrimi ile işçilerin sağlık sorunlarına yeni bir bakış açısı getirildi. Sovyet sağlık servislerinin gelişmesini incelerken ve özellikle işçi sağlığı uygulamasını anlatırken, işçi sağlığının halk sağlığından ayrılmaz bir bütün olduğunu ve uygulamanın hükümet tarafından ülke koşullarına uygun bir biçimde politik ve ekonomik sorunlarından ayrılmaz bir bütün içinde yapıldığını belirtmek gereklidir.

Devrim öncesi işçi sağlığı sorunları olarak çalışma gününün sekiz saate indirilmesi, tehlikeli ve zararlı işlerde çalışanların dört ya da altı saat çalışması, işçiler için mecburi sigorta uygulaması, sağlık servislerinin serbest çalışmaları, çocuk işçilerin çalıştırılmaması, yetişkinlerin çalışma saatlerinin kısıtlanması, kadın işçilerin organizmalarına zararlı her çeşit üretimde çalıştırılmasının yasaklanması gibi istekler söz konusu idi. Ekim Devriminden sonra bu istekler yayıldı ve daha kesin şekle girdi, Parti programına dahil edildi, Sovyet hükümeti tarafından çıkarılan çeşitli yasalarla ifade-sini buldu. Bunlar, sağlık sisteminin üzerine kurulduğu politik ve teorik temeli oluşturuyordu. 1918'de Halk Sağlığı Ünitelerinin kurulması, 1919'da tüm sağlık enstitülerinin bunlara bağlanması ile endüstriyel kesimde çalışan işçilerin sağlık sorunları ile ilgili kuruluş gerçekleştirildi.

Sovyetler Birliği kendi ulusal ekonomisini temellendirmeye başlayınca sağlık otoriteleri Birinci Dünya Savaşı ve iç savaşın sağlığa zararlı koşullarını yok etmeğe, yaşamı ve çalışmayı daha sağlıklı bir hale getirecek koruyucu sağlık tedbirleri almaya ve işçilere hizmet eden sağlık servisleri kurmaya yöneldiler. Günün koşullarına göre endüstri üretim bölgelerinde İlk Yardım İstasyonları kuruldu. Bu istasyonlar 500 kişiden fazla işçi çalıştıran endüstri kesimlerinde kurulmuştu. Bunlar koruyucu sağlık hizmetlerini yükümlendiler ve belli oranda tedavi edici sağlık hizmetleri gördüler. İlk Yardım İstasyonu sisteminin kurulmasını hızlandırmak için, sendikaların büyük yardımları oldu. Giderek bu istasyonların sayısı büyük bir hızla arttı. 1924'de 624, 1925'de 809, 1926'da 1061 tane istasyon kuruldu. 1928'de endüstri ünitelerinin % 85'inde ilk yardım istasyonu kurulmuştu ve bunların % 40'nda doktor çalışıyordu. Bu süratli artış yine de endüstrinin gelişmesine ayak uyduramıyordu. Yeni atılımlar planlandı. 1928'de 1942 ve 1932'de 6139 ilk yardım istasyonu kuruldu. Bu istasyonlar uzman doktor ve feldscher (doktor yardımcısı) tarafından yönetiliyordu. İlk yardım istasyonlarının endüstride yerleşmesi işçi sınıfı arasında ölüm ve kaza oranlarının azalmasını sağladı. Cerrahların ilk yardım istasyonlarına bağlı çalışmaları sağlık servisleriyle aradaki bağları kuvvetlendirdi.

İkinci Dünya Savaşı sırasında işçilere gelişmiş sağlık servisleri gerekli hale geldi. Bu dönemde sağlık servisleri şu organizasyona göre kuruldu:

- I — Fabrikalarda sağlık odaları,
- II — Doktorlar ve feldscher'ler tarafından yönetilen sağlık istasyonları,
- III — Şehirler düzeyinde geniş sağlık servisleri

Bu örgütlenme Halk Sağlığı otoritelerinin buralarda çalışan işçiler için daha geniş ve yaygın sağlık servisleri düzenlemelerini gerektirdi. Sağlık merkezleri genişletildi ve buralarda daha fazla sağlık personeli verildi. Çeşitli tıbbi araçlarla da takviye edildi. Sağlık hizmetinde klinik ve poliklinik sistemi geliştirildi. Bu da işyeri şartlarını daha sağlıklı yapma ve hastalık ile kaza oranında azalma için fabrika ile sağlık servisi arasındaki organik bağların kuvvetlenmesini sağladı. Endüstri işçilerine tıbbi yardım sağlamada yeni tip tedavi edici ve koruyucu üniteler kuruldu. Tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin organizasyonu ile Sovyet endüstrisi, iyi organize edilmiş ve bilimsel temele dayanan tıbbi ve epidemiyoloji servisi yaratmış oldu.

Tıbbi ve epidemiyoloji servisi sayısı: 1946'da 430, 1951'de 725, 1956'da 964, 1961'de 1063 ve 1965'te 1195'e ulaştı.

1965'de dış doktorları hariç, tıbbın çeşitli dallarında çalışan 47.364 doktor bulunuyordu. Fabrikalardaki sağlık servislerinde çalışan tıp personelinin sayısı önceleri % 24, son senelerde % 84,5 dur. 1956'da 964, 1961'de 1063 ve 1965'te 1195'e ulaştı.

Sağlık personelinin şeması :

	1940	1950	1960	1965
Total sağlık istasyon sayısı	8261	13290	25682	29357
Doktor sayısı	3206	5435	7877	15425
Feldscher sayısı	5055	7855	17805	23532

Sovyetlerde işçi sağlığı ile ilgili koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin düzenlenmesinde aşağıdaki yöntemler kullanılmaktadır :

1 — İşçiler arasında ölümün planlı olarak azaltılması ile ilgili çalışmalar.

2 — İşçi sağlığının incelenmesi ve çalışma ortamında işçiyi etkileyen faktörler ile birlikte yaşam koşullarının değerlendirilmesi.

3 — Üretim tipinin ve çalışma ortamının epidemiolojik ve hijyenik incelenmesi. Fizyolojik ve psikolojik gereksinmelerin yeterli olup olmadığının kontrolü.

4 — İşçilerin tıbbi olarak sağlık durumlarına göre iş seçmesine rehberlik.

5 — Acil hastalık ve kaza durumlarında acil müdahale. Bu da kendi kendine yardım ve karşılıklı yardım organizasyonu ile olur.

6 — Acil hastalıklardan, şikayet eden işçilerin tedavisi. Çeşitli işçi gruplarının takip edilen tahlilleri ve kronik hastaların tedavisi.

7 — İşe uyumsuz olanların saptanması ve hijyen yönünden eğitimi.

8 — Evde ve işyerinde planlı epidemik kontrol ve koruyucu hizmetlerin yürütülmesi.

Sovyetler Birliğinde 1965'de gayri safi ulusal gelir 190 milyar ruble, sağlık harcamaları ise 7 milyar ruble yani ulusal gelirin yüzde dördü idi. 1972'de 9,7 milyar ruble sağlığa harcandı.

Sovyetler Birliği anayasasının 120. maddesi aynen şöyle der :

«Her S.S.C.B. vatandaşı hastalık, sakatlık ve yaşlılık hallerinde bakılma ve tedavi edilme hakkına sahiptir. Bu hak Devlet tarafından her kesin ayağına sağlık hizmetlerinin ücretsiz götürülmesi ile; endüstri, büro ve meslek işçilerinin her türlü sosyal sigortalarının devletçe ödenmesi ile ve çalışan halk için geniş bir hastane — dispanser ağı kurulmasıyla garanti altına alınır.»

Tedavi ne kadar uzun sürerse sürsün ücretsizdir. Koruyucu hizmetler, konsültasyonlar, laboratuvar incelemeleri, hastaneye yatırmalar en komplike ameliyatlar tamamen ücretsizdir.

Sosyal güvenliği sağlamak devletin görevidir. Buna göre:

1 — 55 yaşın üzerindeki kadınlara ve altmış yaş üzerindeki erkeklere emeklilik aylığı bağlanır. Tehlikeli işlerde (madenlerde) çalışanlara emekli aylığı daha da erken (5 — 10 yıl önce) bağlanır. Emeklilik aylığı ortalama ücretin % 50 — % 100'ü kadardır. 5 çocuklu ve çocuklarını 8 yaşına getirmiş kadınlar 50 yaşında emekli olurlar. Emeklilik yaşına varıp ta çalışmaya devam etmek isteyenler hem maaşlarını, hem de emeklilik maaşlarının % 50'sini alırlar.

2 — Hastalar, hastalıkları sırasında çalışma sicillerine bağlı olarak ücretlerinin % 50 — % 100 ünü alırlar.

3 — Hamile kadınlara doğumdan önce 56 gün, doğumdan sonra 56 gün olmak üzere 112 gün ücretli izin verilir. Hamileler gece çalıştırılmaz ve gündüz çalıştırılanlarda ücretleri azaltılmadan hafif işlere nakledilirler. İkiz doğum veya komplike doğum hallerinde doğum sonrası izin 70 güne çıkarılır. Emziren annelere gündüzleri eve gitmeleri için ücretli izin verilir.

4 — Dinlenme ve tatil evlerinin masrafları büyük ölçüde devletçe karşılanır. 1972'de on milyon işçi, tatillerini dinlenme evlerinde geçirmişler ve bunlardan 7 milyonu ücretsiz veya % 70 indirimli olarak bu haktan yararlanmışlardır. Bu % 70'i sendikalar öder. Hükümetin fabrika ve büro işçileri için ayırdığı sosyal yardım fonu sendikalarca kullanılır. 1972'de bu miktar 20 milyar ruble idi. 4 kişilik bir ailenin sağlık hizmetleri için yılda 200 ruble ödenir. (3000 TL. kadar)

1896'da ortalama yaşam süresi 32 yıl iken 1965'de 70 yıla çıkmıştır. 1913'de ölüm oranı binde 29,1 idi, bu oran 1966'da binde 7,3 olmuştur. Çocuk ölümleri ise Çarlık Rusya'ya oranla 1/12 düşmüştür. Devrimden önce kitle halinde ölümlere yol açan kolera, veba, çiçek, tifüs ve sıtmanın kökü tamamen kazanmıştır. Çocuk felci ve difteri tükenmek üzeredir. Verem, malta humması ve diğer bulaşıcı hastalıklar azalmaya devam etmektedir.

Sovyetler Birliğinde 830 bin doktor 3 milyon hastahane yatağı, 22 binden fazla kadın konsültasyon merkezi bulunur.

Sovyet Sağlık sisteminin temelleri şunlardır:

1 — Salgın hastalıklarla savaş

2 — Ana-çocuk sağlığı

- 3 — İşçilerin ve çiftçilerin sağlığını korumak
- 4 — Meslek hastalıkları ve tehlikeleriyle savaş
- 5 — Tüberküloz, kanser vb. hastalıkların erken tanısı
- 6 — Halkın sağlık eğitimi.

Sağlığı koruma hizmetleri iş yeri sağlık koşullarının düzeltilmesi, sağlık mühendisliği, çevre kirliliğini önleme, büyük ölçüde yeni apartmanlar yapılması, dinlenme evleri ve spor merkezlerinin yaygınlaştırılması ile entegre edilmiştir. Bütün medikal ve paramedikal personel zamanlarının bir kısmını halkın sağlık eğitimi için harcarlar. Milli Eğitim Bakanlığında sağlık eğitiminde rol alır.

Endüstride sağlık servisleri şu şekilde düzenlenmiştir: 3 binden fazla (kömür, maden, kimya, petrol endüstrisinde çalışanlarda 2 bin) işçi çalıştıran fabrikalarda bir tıp ünitesi, 3000 — 300 işçi çalıştıran fabrikalarda bir sağlık odası bulunur.

Bir tıp ünitesinde şunlar bulunur: Bir kabul odası, bir hastahane, bir poliklinik, bir profilactarium veya gece sanatoryumu (hastanın kalıp tedavisinin yapılabileceği ve geceyi geçirebileceği bir yer), bir bebek bakımevi, bir ana okulu, bir diyet mutfağı (doktorun vereceği özel diyetleri sağlamak için).

Tıp ünitelerinde her 2000 işçi için bir doktor bulunur. Kimya, kömür, maden ve petrol rafineri endüstrilerinde 1000 işçiye bir doktor verilir. Tıp ünitesi bütün işçilerin ve ailelerin sağlığı ile ilgilendiği gibi, bazen o bölgedeki diğer vatandaşlara da sağlık hizmeti verir. Madenlerin içinde yirmidört saat açık kalan tıp üniteleri kurulmuştur.

Sovyetler Birliğinde hastalıklar toplam çalışma süresinin % 32' sinde devamsızlık nedeni olmaktadır. Bu sayı halen yüksek sayılmakta ve koruyucu sağlık hizmetlerine hız verilmektedir. Tıp üniteleri fabrika ve bürolarda sağlığa zararlı koşulları bulup, ortadan kaldırır. Endüstriyel hijyen uzmanının ve Devlet sanitasyon müfettişinin tavsiyelerine uymayan iş yeri yöneticilerine ceza verilir.

Tıp üniteleri; dinlenmeye ihtiyacı olan işçileri saptayıp dinlenme evlerine yollamak, özel diyetleri hazırlamak ve acil tıbbi yardım sağlamakla yükümlüdürler. Tıp üniteleri sendikalarla yakın ilişki içindedir. Sovyetler Birliğinde sendikaların hukuki yetkileri çok geniştir. İş yerindeki sağlığa zararlı koşulları değiştirmek ve işçileri dinlendirmek konularında her türlü yetkiye sahiptirler.

NOT : Çin Halk Cumhuriyetinde İşçi Sağlığı Uygulaması araştırmamız ileriki sayılarda yayınlanacaktır.

SOSYALİST ÜLKELERDEKİ SAĞLIK SİSTEMİ İSTATİSTİKİ SONUÇLARI (1971)

	SOVYETLER BİRLİĞİ	BULGARİSTAN	DOĞU ALMANYA	ÇEKOSLAVAKYA	ARNAVUTLUK	MACARİSTAN	POLONYA	ROMANYA	TÜRKİYE
DOĞUM ORANI (BİNDE)	17.8	15.3	11.7	17.3		14.7	17.4	18.8	40.8
ÖLÜM ORANI (BİNDE)	18.7	9.8	13.7	11.1		11.4	8.0	9.2	13.5
ÇOCUK ÖLÜM ORANI (BİNDE)	23.0	26.2	17.7	21.4		33.2	28.5	39.9	153.0
ORTALAMA YAŞ	67 yıl		72 yıl	73.2 yıl		70 yıl	68 yıl	67 yıl	
HASTANE SAYISI	25 773	200							448
TOPLAM YATAK SAYISI	2 800 000	56 009							93 625
1000 kişiye düşen yatak	11.1	94							2.5
SANATORYUM		185							50
POLİKLİNİK		3 587							
KRES		1 003							

SOSYALİST ÜLKELERDEKİ SAĞLIK SİSTEMİ İSTATİSTİKİ SONUÇLARI (1971)

	SOVYETLER BİRLİĞİ	BULGARİSTAN	DOĞU ALMANYA	ÇEKOSLAVAKYA	ARNAVUTLUK	MACARİSTAN	POLONYA	ROMANYA	TÜRKİYE
AYAKTA BAKIM SAĞLIK TESİSLERİ	36 632								
DOKTOR SAYISI	697 000	16 183	28 590	31 426	1 905	24 281	51 168	31 246	17 579
Doktor başına düşen kişi	353		596	460	1 150	427		655	2 125
FELDSCHER SAYISI	2 195 400	5 012			1 114		4 650	83 000	
DIŞ TABİBİ		3 131	7 447	3 119	402	2 544	14 132	4 379	3 584
ECZACI		4 464	2 935	5 186	365	4 199	12 851	4 837	3 617
HEMŞİRE			57 168	72 808	4 420	30 259	87 128		6 267
EBE		6 016		5 770	5 246	1 900	12 488		
SAĞLIK HARCAMASI	9.7 MİLYAR RUBLE		3.8 MİLYAR MARK	17 MİLYAR KARINAS	294.5 MİLYON LEKS	10.75 MİLYAR FORINT	31.59 MİLYAR ZİLOTI	7.6 MİLYAR LEI	2.12 MİLYAR TÜRK LİRASI
Kişi başına düşen harcama (dolar olarak)	51		180	82	40	34	46	20	8.5

#### KAYNAKLAR

- 1 — U.S.S.R. Helth Service — 1973 Boris Petrovsky.
- 2 — Public Helthin the U.S.S.R. — 1967
- 3 — Promoting Puplic Helth — 1972 Mark Mirsky
- 4 — U.S.S.R. Helth Service — 1968
- 5 — The system of Public Helth Service in the U.S.S.R. — 1967
- 6 — S.S.C.B. Tıbbına bir Bakış Dr. Selçuk Alsan.

# Yurt dışına beyin göçü

Akara Tabip Odası Başkanı Dr. Hamdi Ögüş, TMMOB başkanı Teoman Öztürk, Orta Doğu Teknik Üniversitesi eski öğretim görevlilerinden Dr. İlhan Tekeli, DPT Sosyal Plânlama Dairesi uzmanlarından Muzaffer Soy ve Türk İktisatçılar Birliği Başkanı Aydın Köymen'in katıldıkları bir açık oturum, geçtiğimiz günlerde TRT'de yapıldı. Yurt dışına beyin göçünü konu alan açık oturumda, oturum başkanlığını Aydın Köymen yaptı. Konuşmacılar, beyin göçünün nedenleri ve alınması gereken önlemler konusunda konuşmalarını yoğunlaştırdılar. Aşağıda TRT'de de yayınlanan bu açık oturumun özetini yayınlıyoruz.

**AYDIN KÖYMEN:** Bugün, az gelişmiş ülkelerden ve bu arada da Türkiye'den, gelişmiş ve sanayileşmiş Batı ülkelerine doğru beyin göçünün varlığı, bir gerçektir. İşte burada, günümüzdeki görünümün nedenleri ve sonuçlarını tartışmak üzere bir araya geldik. Sorunun önemi, Türkiye için oldukça büyük. Çünkü, Türkiye, her şeyden önce az gelişmiş bir ülke, dolayısıyla kalkınma çabası içinde bir ülke. Türkiye açısından bu 2 önemli etken gözönüne alınca, sorunun ne denli önemli olduğu kendiliğinden ortaya çıkıyor.

Beyin göçü, bir anlamda ülkenin kıt olan kaynaklarının israfına yolaçmakta. Diğer bir deyişle, ülkemizin kalkınması için gerekli olan kaynakların, boş yere harcanması gibi bir sonuç doğurmakta. Şöyle ki, bir uzmanın, bir meslek adamının, bir teknik elemanın, bir öğretim üyesinin yetişmesi için gereken tüm harcamalar, Türkiye'de yaratılan kaynakların kullanılmasıyla yapılıyor. Fakat, bu ülkede yetişmiş olan bir kişi, daha sonra emeğini yurt dışında satmak zorunda kaldığından, anılan maliyetin Türkiye içinde karşılanması sözkonusu olmuyor.

Yurt dışına yetişmiş eleman göçünün nedenlerini, şöyle sıralamak mümkün: İstihdam olanaklarının darlığı, dış ülkelerdeki ücretlere oranla Türkiye'deki ücretlerin çok düşük olması ve yaşam gereksinmelerini karşılamakta yetersiz kalışı, teknik elemanların meslek alanlarında bilgilerini kullanabilecekleri çalışma alanını çok zor bulabilmeleri, yetişmiş elemanlar üzerinde dönem dönem ortaya çıkan sosyal ve siyasal baskılar...

Gerçekte, sıralanan bu nedenlerin, nedenselliğini oluşturan temel öge, az gelişmiş bir ülke olan Türkiye'nin, gelişmiş sanayi ülkeleri ile işbirliğinde bulunarak, ilişkilerinde çelişen bir yapıya sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

Beyin göçünü konu alan bu açık oturumda, sorunun nedenleri ve bunlara karşı getirilmesi gereken önlemleri ortaya koyacağız.

**Dr. İLHAN TEKELİ:** Ben, daha çok üniversitelerden olan beyin göçü üzerinde duracağım. Beyin göçünün kapsamı hakkında elimizde, yeterli sayısal veri yok. Fakat, genelde şöyle söylenebilir: Üniversitelerde, belirli statüsü olan kişilerin, üniversite dışına göçü sözkonusu değil. Sayıları çok az olan göç edenlerin ise, çokluk, siyasal baskılar nedeniyle üniversitelerdeki yerlerini yitirdikleri, dolayısıyla yurt dışına gitmek durumunda kaldıkları bilinmektedir. Bir başka neden de, kimi uzmanlık dallarında, uygulama alanlarının bulunmamasıdır.

Gerçek sorun, üniversitelerdeki görevlerini bırakarak yurt dışına göç edenlerin, gitmesinde değil, fakat yurt dışına gidip de, bu ülkelerde bilgi ve becerilerini arttırmış olanların dönmemelelidir.

**TEOMAN ÖZTÜRK:** Bilindiği gibi, doğal kaynakları ve insangücü yönünden, her türlü olanağa fazlasıyla sahip olan ülkemiz 20. y.y.'ın sonlarında yoksulluk ve geri kalmışlıktan kurtulamakta, her geçen gün çözümü daha da güçleşen ve büyük boyutlara ulaşan, sorunları yaşamaktadır. Sorunlarımızın tümünün, ülkemizin içinde yer aldığı sistemden ve onun çıkarlarımıza ters düşen politikalarından kaynaklandığı, bilinen bir gerçektir. Bu sistem içinde, yıllardır tüm kaynaklarımız, yurt dışına aktarılmakta, öte yandan, çıkarlarımıza olanlar bu yurda getirilmektedir.

Bir yanda, yok pahasına ihraç ettiğimiz krom, boraks gibi maddesel hammaddeler, ekemediğimiz haşhaş üretken olarak kullanmadığımız işçi, teknik eleman, doktor... Öte yandan, dış yardım adı altında gelen sömürücü krediler, çıkarlarımıza aykırı teknolojiler, haşhaştan elde edilen ürünler, pahalı mamul maddeler ve kaynaklarımızın denetimini ellerinde tutan yabancı uzmanlar. İşte, beyin göçü biçiminde nitelenen, ancak bizim alanımızda "teknik işgücü göçü" olarak ortaya çıkan sorun, bu yapının bir parçasıdır, bu yapıdan kaynaklanmaktadır.

1971 yılında yaptığımız bir anketin sonuçları, ülkemizde bulunan teknik elemanların % 65,6'sı gibi büyük bir bölümünün yurt dışına gitmek eğiliminde olduğunu ve bunların bir bölümünün, yurt dışında, meslekleriyle ilgili, ya da ilgisiz herhangi bir işde çalışmak istediğini ortaya koyuyordu. Bu dönemde, bir yandan ekonomik ve meslek alanlarındaki baskılar, öte yandan hakların masında önemli bir baskı ögesi olarak gördüğümüz sendikal haklara kavuşamama, bunalımlarımızı arttırdı. Aradan geçen yıllarda ve özellikle yaşadığımız günlerde, ücret düşüklüğü ve sınırlı istihdam koşullarına eklenen sosyal güvensizlik, siyasal baskılar ve

kayımlar, bürokratik sınırlamalar, sürekli ve doyurucu iş alanlarının yabancı teknik hizmet ithaliyle kapatılması, teknik elemanların yurt dışında çalışma isteğini daha da fazla körüklemiştir.

**Dr. HAMDİ ÖĞÜŞ:** Ülkemizde, bütün sorunlarda etkisini gösteren tüketim ekonomisi anlayışı, sağlık politikasında da belirgin bir biçimde kendini göstermektedir. Halka, koruyucu hekimliğe önem vererek gayet ucuz bir şekilde ve yerinde sağlık hizmeti götürmek yerine tüketime yönelik, fazla ilaç sarfedilmesini ve pahalı tedavi araçlarının dışardan ithal edilmesini sağlayan ve sağlık hizmetini yalnızca tedavi etmek olarak ele alan bir politika izlenmektedir.

Özellikle ekonomik yönden geri kalmış olan illerimizde hekimlerin büyük sorunları bulunmaktadır. Bu illerde çalışan hekimler, geri kalmış bölgelere sağlık hizmetlerinin götürülemedeki başarısızlıklardan sorumlu tutulmaktadırlar. Birçok hastanede iş hacmi sınırlandırması yoktur ve anılan bölgelerin çoğunda, Batı ülkelerindeki standartların çok çok üzerlerinde, kimi zaman günde 150-200 hastaya bakmak zorunda kalan hekimlerle karşılaşmaktadır. Ayrıca sosyalizasyon bölgelerinde çalışanların, uzun yıllar orada unutulduğu, kendi yazgılarıyla başbaşa bırakıldıklarını görürüz.

Böylece, asistan, hükümet tabibi ya da sosyalizasyon bölgesine gitmiş olan genç hekimlerin, bu sorunlarının giderek artması nedeniyle serbest çalışmaya doğru itildiği de gözlemlenmektedir. Fakat serbest çalışmaya itilen hekimler, büyük kentlerde kendilerini büyük bir meslekdaş ordusuyla karşı karşıya bulmakta, köşe başları çoğunlukla tutulmuş olmakta, böylece genç ve yetenekli hekimler daha iyi yaşama koşulları sağlamak için dış ülkelere göç etmektedirler. Yabancı ülkelerde çoğunlukla akıl ve cezaevi hastaneleri, belediye ve köy revirleri gibi pek çok kimsenin çalışmak istemediği yerlerde ve o ülkenin kendi hekiminden çok daha az ücretle iş bulabilmelerine karşın bu göç daha da hızlanmaktadır.

**MUZAFFER SOY:** Sorun, genellikle dünya ölçeğindedir. Fakat, giderek gelişen ve gelişmekte olan ülkeler arasında, bir sorun niteliğini almaktadır. Özellikle gelişmiş ülkeler, nitelikli insan gücü konusunda, bir çeşit tekel kurmaya yönelmektedirler. Doğal kaynaklar alanında görülen tekelleşmenin yanısıra, beşeri alanda da, bu durum kendini göstermektedir. Azgelişmiş ülkelerin kendi kalkınmaları için, büyük özverilerle, kaynaklarını ayırarak yetiştirdikleri insan gücü, gelişmiş ülkelere kendilerine hiçbir maliyeti olmayacak şekilde büyük çıkarlar sağlamaktadır.

Ücretler, istihdam yapısı ve araştırma ortamının gelişmemiş olması, sorunun yalnızca bir boyutudur. Oysa, nitelikli insan gü-

cünün yurt dışına göçü sorununun boyutları, ülkenin üretim sürecinden, eğitim sistemine, teknolojik yapısından, istihdamın yapısına dek uzanmaktadır. Türkiye'deki eğitim sistemi, üretim sürecinin varolan yapısına uygun bir biçimde gelişmemekte, yüksek öğretim, üretimdeki varolan durumdan, değişmeler ve gereksinmelerden bağımsız, üretime duyarsız, yalnızca talebe karşılık verebilecek şekilde, plânsız bir biçimde gelişmektedir. Öte yandan, varolan gelişmişlik düzeyinde kaçınılmaz olan teknolojik bağımsızlığın yanısıra, patent, lisans anlaşmalarının niteliği de, ithal edilen teknolojilerin, yurt içi mühendislik ve diğer hizmetlerini sürecin dışında bırakmasını, yetiştirilen yüksek düzeydeki işgücünün istihdam olanaklarını, üretime dönük ulusal araştırma geliştirme ortamının gelişmesini büyük ölçüde engellemektedir.

Yurt içi eğitim, istihdamın ve teknolojik yapının niteliği kadar, yurt dışında eğitime gönderilenler açısından yurt dışı eğitimin niteliği de, beyin göçü sorununun bir başka yönünü oluşturmaktadır. Oysa, Türkiye'nin teknolojik yapısı ve gelişmişlik düzeyi, gelişmiş ülkelere büyük farklılıklar göstermektedir. Bu yüzden, yurt dışında eğitim gören yüksek düzeydeki insan gücü, ülkenin koşullarına yabancılaştığı kadar, gereksinmelerine de yabancılaşmakta ve yurda döndüğünde kendi uzmanlık alanlarında uygun iş bulamamaktadır.

**Dr. İLHAN TEKELİ:** Acaba Türkiye'nin üretim düzeyine, üretim tipine bağlı olan bir üniversite eğitimi verilse, dışarıya göç miktarı azaltılabilir mi? Bu, ilk bakışta, sorun'un yanıtı imiş gibi görülürse de, kimi sakıncaları içinde taşıyor. Çünkü, Türkiye'nin üretim biçimi, teknolojisi ve diğer özellikleri tamamen dışa bağımlıdır. Türkiye içinde teknoloji üretilmiyor, daha çok teknoloji ithal ediliyor. Bu durumda, varolan üretime bağımlı bir eğitim, onun gereksinmelerine uygun bir eğitim sonucunda Türkiye'deki eğitim düzeyinin yeniden düşmesi söz konusu olabilir. Bu da önemli sakıncalar taşıyor.

Böyle bir sakıncadan kaçınmanın yolu, şimdiki yapılan şekilde, daha çok ihtisaslaşmış bir eğitime gitmek. Bu ise, pahalı. Kuşkusuz, buradaki ikilemden kurtulma olanağı hemen bulunamıyor. Yahut yüzeysel önlemlerle, böyle bir kurtulma olanağı bulmak, olanaksız. Seçilen sistemin doğal bir pahası olarak ortaya çıkıyor. Temel çözüm, sistemin dış ilişkilerinde bir düzenlemeden geçiyor. Eğer, bugünkü dış ilişkiler sistemine razıysak, bunun ödenecek bir pahası vardır. Bu pahanın bir kısmı da beyin göçünde kendini ortaya çıkarmaktadır.

**TEOMAN ÖZTÜRK:** Teknik eleman kitesinin, sorumsuzca yurt dışına akıtılmasına devam edilmesi, gelişmek zorunda olan

ülkemize büyük zararlar verecektir. Teknik elemanlarımız, kalkınmanın vazgeçilmez öğeleridir. Buna karşın, yıllardır. tüm işlerimiz, çıkarlarımız aleyhine yabancılara yaptırılıp öte yandan kendi teknik elemanlarımızın bilgi ve becerilerini halkımızın hizmetine sunmaları, her yol denenerek engellenmeye çalışılırsa, beyin göçüne önlemler getirilmesine olanak yoktur.

**Dr. HAMDİ ÖĞÜŞ:** Amerikan Tıp Birliği'nin bildirimlerine göre, ABD'de 1970 yılında 62 400 hekim vardır. Bunların % 57 si, her yönüyle dışa bağımlı olan geri bıraktırmış ülkelerden gelmekte idi. Türkiye'de, dışarıya ihraç ettiği 3 210 hekimle bu ülkeler içinde ön sıralarda yer almaktadır.

Bu arada ABD'nin 10 yıl içinde hastane hekim kadrosu açığı 5 000 den 9 000 e çıkmıştır. Diğer dallarda olduğu gibi sağlık alanında da büyük çapta "beyin niteliğinde" eleman sıkıntısı çeken ülkeler, bu soruna bir bakıma güdümlü beyin göçü ile çözüm bulmaktadırlar. Bu, yatırım ve bekleme de gerektirmeyen oldukça karlı bir yöntemdir.

Birçok yönden bağımlı olduğumuz ülkelerin, bu gibi uygulama ve önlemlerine, sanırım önce dışa bağımlılık sorununu çözmekle karşı koyabileceğiz. Yoksa, örneğin sağlık personelinin dışarıya göç etmesini önlemek için, bunların koşullarını iyileştirmek, verilen ücretleri arttırmak, onlara daha iyi bir takım sosyal olanaklar sağlamak, gerçekleştirilebilse bile geçici olacak ve çok geçmeden yetersiz bir duruma gelecektir.

**MUZAFFER SOY:** Beyin göçü sorununa DPT'nin yaklaşım biçimini, genel hatlarıyla ortaya koymak isterim: 1. Beş Yıllık Kalkınma Plânında, sorun için önlemler getirilmemiştir; 2. Beş Yıllık Kalkınma Plânında ise, beyin göçünün, zorunlu hizmet, vize-pasaport, çalışma izni sınırlandırmaları gibi zorlayıcı önlemlerle engellenmesine çalışılmıştır. 3. Beş Yıllık Kalkınma Plânında ise, sorunun, ülkenin toplumsal ve ekonomik yapısından dolayı ortaya çıktığı belirtilerek, geçici ve dar kapsamlı önlemlerle soruna çözüm bulunamayacağı ortaya konmuştur.

**AYDIN KÖYMEN:** O halde, sonuç olarak şunu söylemek mümkün: Beyin göçünü ortaya çıkaran temel neden, Türkiye'nin sosyo-ekonomik yapısı ve Türkiye'nin, içinde yer almış bulunduğu ittifaklar sistemidir. Dolayısıyla, beyin göçünün önlenmesi, topyekûn bir kalkınma sorunundan, topyekûn bir yapı değişikliği sorunundan ve topyekûn bir siyasal ilişkiler sorunundan soyutlanamaz. Ancak, bu ana noktalarda bir takım girişimler söz konusu olabilirse, beyin göçüne böylece engel olmak mümkün olacaktır.

# Yanıklar ve Tedavi Prensipleri

**Prof. Dr. Güler GÜRSU**

**Op. Dr. Abdullah KEÇİK**

H.Ü. TIP FAK. PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ KLİNİĞİ

## Tarihçesi

Yanık sorunu insanların ateşi bulmasıyla başlamıştır. İlk defa Aristo yanık patogenezi ile ilgilenmiş ve sıcak demir ile meydana gelen yanığın diğerlerinden daha çabuk iyileştiğini iddia etmiştir. Hipokrat yanık tedavisi için domuz iç yağı ve beyaz mum kullanmıştır. Ağrıyı gidermek için de sıcak sirke ile ıslak pansuman tavsiye etmiştir. Dupuytren 1832'de yanığı derinliğine göre altı dereceye ayırmıştır. 1863'de Baraduc, yanıkta kan viskozitesinin arttığını, azalan hacminin de ölüme yol açtığını bildirmiştir. 1870'de Reverdin yanık tedavisinde en ileri adım olan ve yanık yarasının kapatılmasını sağlayan deri grefti koyma metodunu bulmuştur.

Yanık genellikle üç esas metoddan biri ile tedavi edilmiştir:

1 — «Kapalı-basıncılı sargı» metodunu Syme bol miktarda kuru pamuk koyup sararak kullanmıştır.

2 — «Islak pansuman» metodunu 1835'de Lizfrank NaCl ve CaCl<sub>2</sub> ile ıslatılmış gazlarla yarayı kapatıp sık sık ıslatarak uygulamıştır.

3 — «Açık tedavi» metodunu 1887'de Copeland ve 1905'de Sneve tarif etmişlerdir.

1923'de Underhill yanıklardaki sıvı ihtiyacını inceliyerek, gerekli solüsyonları hazırlamıştır.

1940'dan sonra vücut elektrolitlerinin daha iyi anlaşılması ve yara tedavisindeki yeni gelişmeler yanık alanındaki bilgilerimizi arttırmıştır. Yanık tedavisinde en önemli gelişmelerden birisi de dermatomun kullanılmaya başlamasıdır.

## Yanığın Nedenleri

Üç yaşından küçük çocuklarda daha çok sıcak sıvılar ile haşlanma yanığa neden olur.

Üç-14 yaş arasında elbiselerin ateş almasından alevle yanma daha sıktır.

15-60 yaş arasında yanık, iş kazalarında, 60 yaşın üzerinde ise yaktakta sigara içerek uyumak, evin yanması gibi çeşitli nedenlerden meydana gelir.

## Yanık Yarasının Sınıflandırması

Yanık, derinliğine göre 3 dereceye ayrılır.

1. derece yanık
  2. derece yanık
    - a) yüzeysel 2. derece yanık
    - b) Derin dermal yanık
  3. derece yanık
    - a) derinin tamamının yanığı
    - b) daha derin dokuların yanığı (Derin 3. derece yanık).
- } Derinin  
} kısmi  
} yanığı

Birinci derece yanıkta yalnız epidermis yanmıştır. Eritem ile kendini gösterir. Genellikle uzun zaman güneşte kaldıktan sonra güneşe maruz kalan vücut yüzeyinde görülür. Doku harabiyeti çok yüzeysel olduğu için sistemik değişiklikler minimaldir. Eritem'den başka az miktarda ödem ve ağrı vardır.

Ağrı ve yanma hissi 48 saatte kaybolur. İyileşme, 5-10 gün arasında nedbe bırakmadan olur. Epidermis döküldükten sonra birkaç gün kırmızılık kalabilir.

İkinci derece yanık, birinci dereceden daha derin yaralanmadır. Bütün epidermisi ve koriumdan bir kısım içine alır. Bül teşekkülü ile kendini gösterir. Deri altı ödemi fazladır. İyileşme müddeti, yanığın derinliğine ve yanık yarasının enfekte olup olmamasına bağlıdır. Enfeksiyon olmayan 2. derece yanık 10-14 gün içerisinde nedbe bırakmadan iyileşir.

Derin dermal yanıklar korium'un derinliklerine kadar ilerler, enfeksiyon önlenirse ter bezlerinin ve kıl diplerinin epitelinin ilerlemesi ile ince bir epitelial tabaka ile 25-35 günde örtülür. Derin dermal yanıklar enfekte olursa 3. derece yanığa dönüşür, bunlarda greft konması icap edebilir.

Üçüncü derece yanık, çok ağır bir travmadır. Bütün dermis, deri altı yağ dokusuna kadar koagülasyon nekrozu ile harabolmuştur. Kapiller permeabilite artışı ve ödem 2. derece yanıktan çok daha fazladır, buradaki küçük damarlar tromboze olmuştur. 2-3 hafta içinde ölü doku (deri) otoliz ve lökositler tesiri ile likefiye olur. Kabuk altında granülasyon dokusu teşekkül etmeye başlar.

Derin 3. derece yanıklarda deri tabakalarından başka deri altı, kas v.s. de yandığından fizyolojik bozukluklar daha da ağır olur. Kas yanmasında eritrosit harabiyeti çoktur.

3. derece yanıklar nekroze kısımlar kaldırılarak yaranın deri grefti ile kapatılmasıyla tedavi edilirler.

Greft konmazsa kalın bir granülasyon dokusu ve kontraktürler meydana gelir. Bu halde epitelizeasyon ancak kenarlardaki deri epitelinin, yara üzerini örtmek için ilerlemesi ile olabilir. Bu ilerleme ortalama haftada 3 mm'dir. Granülasyon dokusu kalınlaşıp enfekte oldukça epitelizeasyon güçleşir, yara iyileşse bile deformite bırakır.

Yanığın Derinliği	Sebebi	Yüzey	Renk	Ağrı Duyusu
1.° Yanıklar	Güneş Küçük alev	Kuru, Bül yok	Eritemli	Ağrılı, fazla hassas (Hiperestetik)
2.° Yanıklar	Alev, sıcak sıvılar	Islak bül var	İlekeli kırmızı	Ağrılı ve hassas (Hiperestetik)
3.° Yanıklar	Alev sıcak sıvılar	Kuru	İnci beyazı veya kömür	Az ağrılı veya ağrısız (Hipoestetik)

## Yanığın derinlik derecesinin saptanması

Yanığın derinliğini bildirecek kesin klinik bulgular olmadığı için tecrübeliler bile derinlik tayininde yanılırlar. Ayrıca geniş yanıklarda her dereceden bölgeler bulunacağından, böyle bir yanılma tabiidir. Derinin kalınlığı da vücut bölgelerine ve yaşa göre değişir. Bu zorluklara rağmen klinikte sıklıkla gözleme dayanan bir tanı yapmak zorunluğu vardır. Bu tanı bulgulara dayanır :

1. Derece yanık basit eritem gibi görünür, yanan yer kuru ve ağrılıdır, bül teşekkülü çok nadirdir.
2. derece yanık, yüzeyi kırmızı veya pembe renkte olup plazmaya benzer bir sıvı sızdığı için ıslaktır. Yanan yer hava ile temas edince çok ağrır. Derin dermal yanıkta da yüzey ıslak olabilir, eksuda yüzeysel 2. derece yanıktaki kadar çok değildir, renk daha çok beyazdır.
3. derece yanıkta deride koagülasyon nekrozu olduğu için yüzey kuru, ölü beyazlığında ve kömürleşmiştir. 3. derece yanıklar ağrısızdır hatta bu bölge, sinir uçları harabolduğu için duyarlılığını kaybeder. Bu durum klinikte, ölen derinin kalınlığını ölçmekte kullanılır.
3. derece yanıklı yere iğne batırılırsa hasta bunu duymaz, Kollar kolaylıkla ve ağrısız olarak koparsa yanık 3. derecededir.

## Yanık Yarasının Genişliği

Yanığın genişliği genellikle yanan kısmın, vücut yüzeyine oranı ile ifade edilir. Buna ait çeşitli cetveller vardır.

Yanık genişliği, yanan yer iyice yıkanıp temizlendikten sonra, ölü dokular kaldırıldıktan sonra hesap edilmelidir.

Basit bir yöntem yanan yüzeyin genişliğinin dokuzlar kuralına göre hesaplanmasıdır. Bu usul ilk defa pulaski ve Tennison tarafından kullanılmış olup buna göre :

Vücut yüzeyine oranla; baş ve boyun % 9, Gövdenin ön yüzü % 18, Gövdenin arka yüzü % 18, Alt ekstremiteler % 18'er, Üst ekstremiteler % 9 ar, Perine % 1 yer kaplar.

## Tedavi

Yanık tedavisi yanığın genişliğine ve derinliğine göre; küçük yanıklar ve geniş yanıklar olarak ikiye ayrılabilir.

Genellikle vücut yüzeyinin % 10 undan azını tutan yüzeysel (2.°) veya vücut yüzeyinin % 2 sinden azını tutan derin (3.°) yanıklara küçük yanıklar, bunun dışındakilere de geniş yanıklar denir.

## Küçük Yanıklar

Bunlar genellikle İ.V. sıvı tedavisini gerektirmezler, ayaktan tedavi edilebilirler. Tedaviden gaye hastayı mümkün olduğu kadar rahat ettirip enfeksiyonu önlemektir. Yanık sahaya pansuman yapılır, kapatılır.

Vücut yüzeyinin % 10 ila % 20 si yanan hastalara bilhassa çocuklarda İ.V. sıvı verilmesi gerekebilir.

İlk 24 saatte kgr. başına yanık yüzdesinin iki misli cc Ringer laktat solüsyonu verilir.

Küçük yanıklardan nadiren antibiotiğe ihtiyaç olabilir.

## Geniş Yanıklar

İlk anda yapılması gereken girişimleri :

- 1 — Acil olarak gözlem alınması,
- 2 — Yanık derinlik ve genişliğinin tayini,
- 3 — Kan-Plazma hazırlanması, elektrolit-kan NPN tayini için kan örneği alınması, Hb, Htc. tayini.
- 4 — Cut-down yapılarak İ.V. kateter konması, santral venöz basınç tayini.
- 5 — İdrar kateteri konması, çıkan idrar miktar ve dansitesinin tayini.
- 6 — Trakeostomi gerekiyorsa geciktirilmeden yapılması.
- 7 — Antibiyotik tatbiki, tetanoz immunizasyonu, İ.V. analjezik, morfin.
- 8 — Sıvı tedavisinin planlanması.

Kısa bir gözlemlerde, kazanın nerede, nasıl ve ne zaman olduğu, hastanın olaydan evvelki sıhhati hakkında bilgi bulunmalıdır. Kabilse travmaya uğrayan sahanın, renkli resimleri çekilmelidir, bunlar adli vakalarda çok yardımcı olurlar.

## Sıvı Tedavisi

Yanıklar özel sıvı ve elektrolit kaybı ile diğer birçok sıvı kayıplarından ayrılabilirler. Yanıkta kaybedilen sıvının kayıp sürati, hacim ve kapsamı tahmin edilebilir. Yanıkta görülebilecek şok, travmadan hemen sonra yeterli bir tedavi uygulanırsa önenebilir. Yapılacak sıvı tedavisinin tipini

ve miktarını etkileyen bir çok faktör vardır. Bunlar; yanığın genişliği, hastanın yaşı, genel fizik yapısı, yanıktan önceki sağlık durumu, ağırlığı ve solunum yollarındaki tahribatın derecesidir.

Bütün yanıklara uygulanabilecek ortak bir tedavi formülü yoktur, verilen her hangi bir formül, hastanın ihtiyacı olan sıvı miktarı hakkında bilgi verir ve hiç bir zaman aynen uygulanacak bir tedavi şeması demek değildir.

Sıvı kaybının hızı ve hacmi tahmin edilebileceğinden, yapılacak tedavinin tipi ve miktarı için birçok formüller tavsiye edilmiştir. Bunların bazıları, Evans, Moore, Brooke, Parkland formülleridir. Her klinik en çok alışık olduğu formülü kullanmalıdır. Sıvı ihtiyaçlarını tesbit için kullanılan formüllerden bir tanesini seçmek, onu kullanmak ve mümkün olduğu kadar bu metod'ta tecrübe kazanmak en doğru yoldur.

## Evans Förmülü

İlk 24 saatte gerekli İ.V. sıvıyı şu şekilde formüle eder :

Kolloid : 1 cc X Vücut ağırlığı Kg. X Yanan vücut yüzdesi,

Elektrolit Sıvısı : 1 cc X Vücut ağırlığı Kg. X Yanan vücut yüzdesi.

Metabolik su : 2000 cc. % 5 dextrose (çocuklarda daha az). İkinci 24 saatte kolloid ve elektrolit miktarının yarısı verilir.

% 50 nin üzerindeki yanıklar % 50 gibi hesaplanmalıdır. İlk 24 saat için hesaplanan sıvının yarısı ilk 8 saatte, 1/4 ü ikinci 8 saatte, kalan 1/4 ü de son 8 saatte gönderilir.

## Brooke Formülü

Evans'ın bir modifikasyonudur. İlk 24 saat için gerekli İ.V. sıvıyı şu şekilde belirler :

Kolloid (Plazma—kan veya dekstran) : 0,5 cc X Kg. Vücut ağırlığı X Yanık % si.

Elektrolit Sol. (Ringer Laktat) : 1,5 cc. X kg. Vücut ağırlığı X yanık yüzdesi.

Su ihtiyacı (su içinde dextroze) : Erişkinlerde 2000 cc., çocuklarda yaşa göre daha az.

İkinci 24 saatte kolloidler ve Ringer laktat miktarının yarısı hesaplanır.

Küçük çocuklar, yaşlılar, kardiovasküler ve böbrek hastalığı olanlar fazla sıvıyı tolere edemezler. Solunum yollarında irritasyon varsa pulmoner ödem bir tehlike oluşturur. Başın etrafında ileri derecede yanığı olan hastalara eğer fazla sıvı verilecek olursa beyin ödemi oluşabilir.

İlk 48 saat içinde nadiren kan transfüzyonuna gerek vardır. Vücut yüzeyinin % 50 sinden fazlasını tutan yanıklarda, elektrik travması ile birlikte olan yanıklarda, kanama da varsa bu halde kan verilmesi uygun olabilir. Bundan sonraki kan ihtiyaçları hemoglobin ve hematokrite göre tayin edilir.



İleri derecede yanıklarda mide dilatasyonu ve paralitik ile hemen hemen her vak'ada oluşur. Bu nedenle İ.V. sıvı tedavisi yapılan hastalarda ağızdan sıvı verilmesi iki gün kadar durdurulmalıdır.

Verilen sıvının süratinin ayarlanmasına yardım eden en iyi rehber saatlik idrar miktarıdır. Bir yetişkinde ideal miktarı saatte 30 cc'dir. Bu miktarın altına düşüldüğü zaman sıvı arttırılmalı, 40 cc. nin üzerine çıkıldığı zaman sıvı azaltılmalıdır. Kan basıncının düşmesi, idrar miktarının azalması kolloid verilmesi gerektiğini gösterir. İdrar miktarının azalması, kan basıncının normal kalması elektrolit solüsyonu ve su ihtiyacı olduğunu gösterir. İdrarda mikroskopik olarak hemoglobin görülmesi yanığın oldukça derin olduğuna bir işarettir. Bu vak'alarda tübülileri temizlemek için, böbrek atımı arttırılmalıdır. Bu, fazla sıvı verilerek veya bazen Manitol kullanılarak sağlanır.

### Antibiyotik tedavisi

Muayyen bazı vak'alar hariç, antibiyotikler enfeksiyona ait belirtiler ortaya çıkana kadar verilmezler. Ajana etkili antibiyotik en idealidir. Çocuklarda sepsise karşı gamma globulin kullanılabilir.

### Yaranın Tedavisi

Büyük yanık yaralarının tedavisinde esas problem enfeksiyonun kontrolüdür. 1. ve 2. derece yanıklarda tedavinin hedefi, yanık yarasının enfeksiyon olmadan kolayca iyileşmesini sağlamak için temiz bir ortam oluşturmaktır. 3. derece yanığın lokal tedavisindeki hedef ölü dokuların erkenden temizlenmesi ve yaranın mümkün olduğu kadar erkenden deri grefti ile kapatılmasıdır.

Yara tedavisi için kabul edilmiş bir çok metodlar vardır :

- Kapatıcı sargı,
- Açık bırakma,
- Hemen eksizyon ve greftleme,
- Gümüş nitratla ıslatma.

Bunların hepsi ayrı ayrı kabul edilen metodlardır. Hastaya ve zamana göre arzu edilen metodun seçilmesi cerraha kalmış bir işdir. Metodun seçilmesi yanığın lokalizasyonu, travmanın büyüklüğü, yanığın derinliği, Hastanın tipi, mevcut kolaylıklar ve hastanın tedaviye cevabına göre yapılır.

### Kapatıcı Sargı

İyi bir sargının hedefi, açık bir yarayı enfeksiyondan korumaktır. Sargının fazla basınçlı olması gerekmez. Yara üzerine konan materyel do-

kuyu masere veya geride kalan epitelyumu tahrip etmemelidir. Pansuman muntazam olarak uygulanmalı' elastik bir kompresyon yapılmalıdır. İlk sargı ekseri 5 gün kadar yerinde bırakılır. Genel olarak yanık sargıları 4-5 günde bir değiştirilmelidirler.

### Açık Bırakma

Yanık kısım temizlendikten sonra hasta, yanık en iyi görülebilecek şekilde steril çarşafın bulunan bir yatağa yerleştirilir.

2. derece yanıklarda husule gelen eksuda 48-72 saatte kurur ve sert bir kabuk husule getirerek yaranın üzerinde tabii bir koruyucu kapak yapar. Enfeksiyon engel olmadıkça bu kabuğun altında epitel rejenerasyonu ilerler. 14-21 gün içinde kabuk, geride sikatrissiz, mükemmel iyileşmiş bir yüzey bırakarak kendi kendine düşer.

Açık bırakma metodu ile tedavi edilen 3. yanıkların seyri farklıdır. Yüzeyde eksudasyon minimaldir, çabuk teşekkül etmez. 3. derece yanıkların ölü dokusu dehidrate olur ve açık bırakıldıktan sonra 72 saat içeriisinde kalın, sert bir eskar haline döner.

Yüz yanıkları kolayca açıkta bırakılırlar. 3. derece yanıklarda 8. ve 10. günlerde tuzlu su solüsyonu ile ıslatmaya başlanırsa eskar daha erken çıkar. Boynun ön yüzünün yanıklarında, boyun ekstansiyon durumunda tutulmalıdır. Bu durum mesarasyonu azaltır.

Çepeçevre yanıklarda hastanın pozisyonu problem arzeder, bu durumda döner yataklar yardımcı olur. Perineum yanıklarının açık bırakılmaları zordur, süpürasyon hemen her zaman mevcuttur. Fakat perine cildi enfeksiyon olsa bile büyük bir rejenerasyon ve spontan iyileşme kapasitesine sahiptir.

Yüzeysel 3. derece yanıklarda açık bırakma tedavisi eskar yumuşamaya ve çıkmaya hazır hale geldiği zaman bitmiş demektir. Bundan sonra kapalı tedavi metodlarının birisi uygulanır.

### Primer Eksizyon

Yanığın 1. veya 2. günü ölü dokuların çıkarılması, yaranın çok erken kapanmasını mümkün kılar. Bu girişimin iki sakıncası vardır :

- İlk birkaç saat hatta birkaç gün içinde 3. derece yanığın genişliğini saptamak güçtür.
- Derhal yapılan bir cerrahi girişim travmayı arttırır. Geniş primer eksizyon denenmiş olmasına karşın tavsiye edilmez.

### Gümüş Nitrat'la ıslatma

% 05 lık Ag No<sub>3</sub> antibakteriyel bir madde olup yanık yarasını tevdi için kullanılır. Ancak uygulanması güç ve zahmetlidir. Pansuman günde 1 kere değiştirilir ve 2-3 saatte bir ıslatma gerekir.

Işığa maruz kalınca siyah leke yapması, serum Na<sup>+</sup> ve Cl<sup>-</sup>'unu almasıyla süratle seviyelerini düşürmeleri, sakıncalarını oluşturur.

### Eskarın çıkarılması

3. derece yanıkların tedavisinde hedef, eskarın çıkarılması ve mümkün olur olmaz deri greftinin uygulanmasıdır. Kapalı sargı metodu kullanılırsa eskar erken yumuşar ve kolay çıkar. Çünkü eskarın altında bakteriyel proliferasyon ve otoliz vardır. Devamlı tuzlu su ile yapılan ıslak pansuman eskarın çıkmasını kolaylaştırır. Topikal antibakteriyel tedavi uyguladığı zaman eskar 25-40 gün kadar sıkıca yerinde yapışık olarak kalır.

### Yaranın Kapatılması

Eskar çıkarılıp yara hazırlandıktan sonra 3. derece yanık olan yerlere serbest deri grefti uygulanır. Greftin iyi tutması için granülasyon yüzeyinin stabilize edilmesi hem olanaksız hem de gereksizdir. Bakteriyel kontaminasyon minimal ise genellikle greft tutacaktır.

### Nütrisyonel destek

Geniş yanıklı hastalarda kan hacmini normale yakın tutmak önemli bir faktördür. Sık sık hematokrit seviyesi saptanmalı, transfüzyonlarla % 40 dolayında tutulmaya çalışılmalıdır.

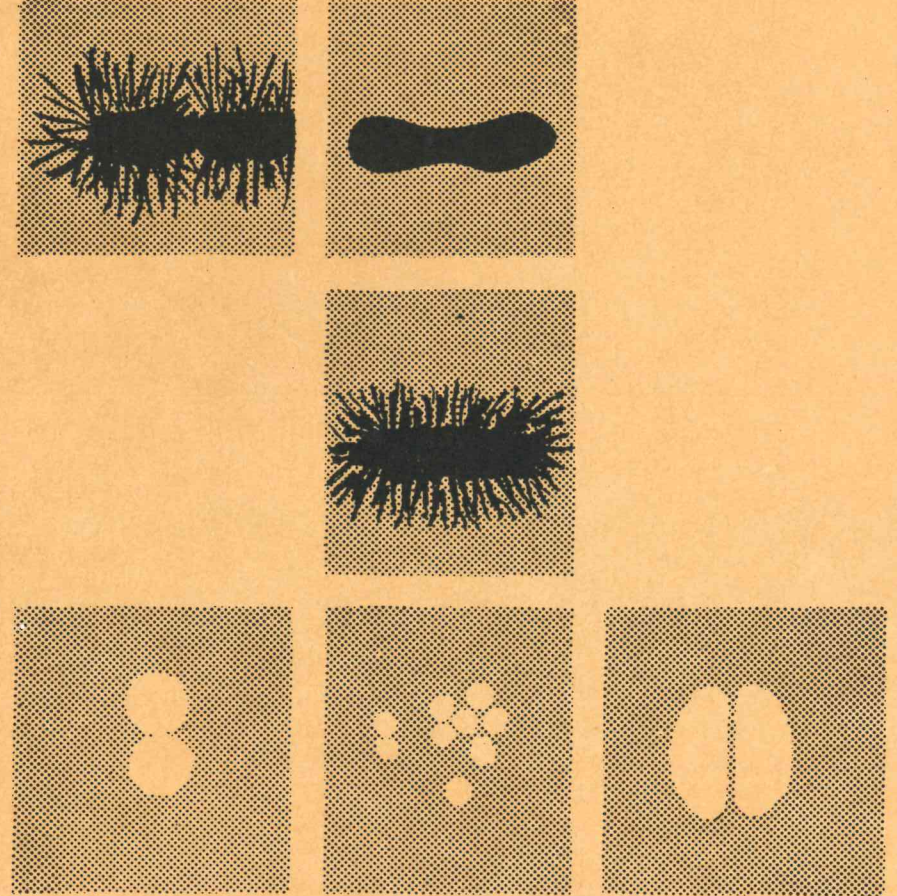
Yanık sonrası erken devirlerde nitrojen kaybının fazla olması ve azot alımının azalması nedeni ile şiddetli bir negatif nitrojen balansı, geniş yanıklı hastaların karakteristik bir bulgusudur.

Yanıktan 7-14 gün sonra enerjik bir gıda rejimi uygulanmalıdır.

Günlük kalori ihtiyacı vücut ağırlığının kg. başına 50-75 cal., protein ihtiyacı 2-3 g/kg'dır. Diyete ek olarak C vitamini 1500 mg. Thianin 50 mg. Riboflavin 50 mg. ve Nicotinamid 500 mg. oral yoldan verilmelidir.

#### KAYNAKLAR

- 1 — Topical therapy  
Moncrief JE  
Surg. Clin. North am. 50:1301-1323, 1970
- 2 — Early tangential excision of the eschars of major burns.  
Monafo W.W., Aulenbacher CE, Pappalardo C.  
Arch. Surg. 104: 503-508, 1972
- 3 — Experiences in the management of the burn wound.  
Blocker TG, Lewis SR, grant DA, Blocker A, Bennett JE.  
Plast. Reconstr. Surg. 26: 579-589, 1960
- 4 — Silver nitrate in the treatment of burns. Constable JD.  
Symposium on the treatment of burns.
- 5 — Uzel S. Yanıklar ve Modern Tedavileri  
Başnur Mat., 1965



## Primasin

AMPİSİLİNDEN 2 MISLI YÜKSEK  
KAN  
YOĞUNLUKLARI SAĞLAYAN  
GENİŞ SPEKTRUMLU YENİ ANTİBİYOTİK



eczacıbaşı ilaç sanayi ve ticaret a.ş.