

ATOÖB

ANKARA TABİP ODASI BÜLTENİ



OCAK 1976 / SAYI 1 / YIL 1 / FİYATI 10 TL.

SÖYLEŞİ

Sayın ATOB okurları,

Derginizin bu sayısı bazı zorunluluklar nedeniyle alıştığımız şekilde çıkmadı. Matbaanın değişmesi daha doğrusu ATOB'un yayınlanmasına birkaç gün kala matbaanın taahhütlerini yerine getirmemesi bizleri çok zor durumda bıraktı. Derginizin şeklindeki değişiklikler de buradan doğdu.

Ne var ki, ATOB'un içeriği bu sayısında geçen sayısındakine göre değişmedi. Hatta daha geniş konuları kapsamaya başladı. Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı ve ülkemizin sağlık sorunlarına bilimsel yaklaşım yapan yazılar ATOB'da daha ağırlıkla olarak yer almaya başladı.

ATOB'da yayınlanan yazılar geniş ölçüde ilgi uyandırdı. Özellikle basın mensupları geçtiğimiz ay boyunca derginizde yayınlanan yazıları ele alarak haber yaptılar. Aşağı yukarı her gün bir gazetede ATOB'da yer alan yazılar yayınlandı. Bu konular kâh Ankara Tabip Odası, kâh başka imzalar altında basında yer aldı. Ancak, bunların tümü ATOB'da yayınlanan yazılar idi.

Böylece, ATOB'un sağlık sorunları konusunda bir "forum" olma niteliğinde yol aldığımızı görmek bizleri sevindirdi. Bundan dolayı, ATOB'da yer alan röportajlara devam etmek, daha da genişletmek, sağlık sorunlarımız konusunda ilgili tüm kişi ve kuruluşlar arasında bir "soruşturma" niteliğine dönüştürmek niyetindeyiz. Bu konuyla ilgili tüm ATOB okurlarına sayfalarımızda yer olacaktır.

ATOB'da çalışanlar, tüm okurlarımızın 1976 yılını kutlar, yeni yılın esenlikler getirmesini dileriz.

ATOB

ATOB

Türk Tabipler Birliği
Ankara Tabip Odası
Aylık Yayın Organı

Sahibi
Ankara Tabip Odası Adına
Başkan: Dr. Hamdi ÖGÜŞ

Yazı İşleri Müdürü
Dr. Orhan AYBERS

Teknik Sekreter
Cevdet DURANOĞLU

Düzeltilen
Hüseyin ÜNSAL

Basıldığı Yer
Kırali Matbaası
Konur Sok. 15/B Ankara

Yönetim Yeri
Hanımeli Sokak 16/2
Sıhhiye/Ankara
Tlf. 12 25 58

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone
100 TL. Öğrencilere Yıllık
Abone 60 TL. Dış Ülkelere
12 \$ (Normal Posta)

Yayınlanan yazılardaki görüş
ve düşünceler yazarlarına
aittir. Ankara Tabip Odası ve
ATOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi

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

ODADAN HABERLER

Emek gücümüzün karşılığı neden verilmiyor?

Dr. Hamdi ÖGÜŞ

ANKARA TABİB ODASI BAŞKANI

Hekimler emek gücünü satarak geçinen kimselerdir. Tüccar ve işveren durumundaki hekimlerin sayısı pek az olup, devletten maaş almadan geçinen hekimler, toplam sayının ancak 1/8'ini oluşturmaktadır. Kalan 7/8'i ise emek gücünü devlete satmaktadır.

Anayasamıza göre Türkiye Cumhuriyeti, bir sosyal adalet ve hukuk devletidir. Çalışanların insanca yaşamaları, dinlenmeleri ve emek güçlerinin karşılığını almaları ilkeleri benimsenmiştir. Anayasamızda ve bazı yasalarımızdaki konu ile ilgili hükümlere kısaca göz atmamız daha da aydınlatıcı olacaktır:

Anayasa'da; iktisadi ve sosyal hayatın, adalete, tam çalışma esasına ve herkes için insanlık onuruna yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlanması amacıyla düzenleneceği (Madde: 41), devletin, çalışanların insanca yaşaması ve çalışma hayatının kararlılık içinde gelişmesi için, sosyal, iktisadi ve mali tedbirlerle çalışanları koruyacağı, çalışanları destekleyeceği ve işsizliği önleyici tedbirler alacağı, ANGARYA'nın ise YASAK olduğu belirtilmiştir (Madde: 42). Yine Anayasa'nın 44. maddesinde de her çalışanın dinlenme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda da; haftalık çalışma süresinin genel olarak 40 saat olduğu (Madde: 99), görevin gereği olarak çalışma saatlerini aşması zorunlu işlerde çalışılmasının fazla çalışma ücreti ile karşılanacağı (Madde: 178 d) hükümlerine rastlamaktayız.

1475 sayılı İş Kanunu hükümlerinde ise; fazla çalışma süresinin günde üç saati geçmeyeceği (Madde: 35 a), her bir saat fazla çalışma için ödenecek ücretin normale göre % 50 zamlı olarak verileceği ve fazla çalışma için işçinin muvafakatinin alınmasının da gerekli olduğu (Madde: 35 c ve e) görülmektedir.

Ne kuş, ne deve

Hekimler işçi olmadıkları gerekçesiyle, 1475 sayılı yasaya uygun fazla çalışma ücreti alamamaktadırlar. Yine hekimlerimizin üniversitede çalışanlarına, devlet memurları olmadıkları için 657 sayılı yasaya göre fazla çalışma ücreti ödenmemekte, fakat aynı yasa gereğince maaşlarından, bugün artık yasallığını çoktan yitirmiş olan % 5 oranında MEYAK kesintileri kesilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan sağlık kurumlarında çalışan hekimlerimize ise sözde yasa gereği olarak, fazla çalışma sürelerinin niceliğine bakılmaksızın ve yalnız birkaç aydır 200 TL. dolayında, değişmeyen ve gülünç bir miktar ödenmektedir. Böylece genç hekimlerimizin büyük bir kısmı Anayasa kapsamının dışına itilmiş bulunmaktadır.

Bazı yasalarla günde 3 saatten çok "fazla çalışma" yasaklanırken, hatta bu fazla çalışma için muvafakat alınması bile öngörülmüşken statüleri belirsiz bırakılan hekimler, bazı hastanelerde bir hafta gibi uzun bir süre devamlı nöbet tutmakta, uykusuz ve dinlenmesiz olarak çalışmak zorunda bırakılmaktadırlar. Bu koşullarda fazla çalışma açıkça angarya niteliğini taşımaktadır.

Bu çağdışı niteliğindeki durumun sürdürülebilmesinde ilk akla gelen önemli etmenler şunlardır:

- Genç hekimlerin geçim sıkıntısına düşerek günlük toplumsal olaylardan kopmasının sağlanmasının amaçlanması (aslında bu, kamu kesiminde çalışanların tümü için geçerlidir).
- Hekimlerin ekonomik taleplerinin ancak muayenehane hekimliği ile gerçekleştirebileceği tezine itelenmeleri.
- Bu kanudaki hekim taleplerinin örgütsüzlük nedeniyle etkinliğini yitirmesi.
- Yurdumuzdaki sosyo - ekonomik bozukluğun bu konuya da yansımış olması v.b.

Bunlardan sonuncuların aslında çok daha önemli olduğuna ve asıl sorunun sağlıklı bir biçimde örgütlenme olduğunu hemen belirtmemiz gerek.

İstenen hakların verilmesine hiç de niyetli olunmadığını ve bunların ancak örgütlü bir mücadele ile alınabileceğini aşağıdaki satırlar açıkça göstermektedir: Devlet Planlama Teşkilatı'nın hazırladığı Üçüncü Beş Yıllık Plan'ın 2. Bölümünde (s. 122) "belirli

bir gelir düzeyinde, sadece gelirin bölüşümünü iyileştirici tedbirlerle bugün için bazı gelir gruplarının yaşama düzeyini yükseltmek mümkün olsa bile, bu yaklaşım sermaye birikimini yavaşlatarak ülkenin gelişme potansiyelini sınırlandıracak ve gelecekte daha yüksek bir yaşama düzeyine ulaşılması gecikecektir" denmekte ve gelir dağılımını iyileştirici tedbirlerin uzun vadeli amaç olarak benimsendiği belirtilmektedir.

Ücret artımı yeterli midir ?

Bir düşünür, tarihsel olarak ücretin evriminde hemen hiç bir değişiklik olmadığına dikkati çekmektedir: "Günümüzde verilen ücretle, İ.Ö. 2000 yılında verilen ücret aynıdır. Günümüzde bir orakçının eline geçen ücretle alabileceği buğday miktarı, 4000 yıl önce Mezopotamya'daki tarım işçilerine verilen buğday miktarına eşittir."

Ücretlileri eşitleyen, her çağda ve her ülkede gerekenin en aзыyla yetinmek zorunda bulunmalarıdır. Ücretlilerin emekleri karşılığında aldıkları ücret, yükselmemiş değildir. Ne var ki; ABD'nin resmi istatistiklerine bir göz attığımızda, paranın öbür yüzünün hiç de öyle olmadığını hemen görebiliriz. 1880 yılında, ürettiği her yüz liralık değere karşılık eline 48 lira geçen işçiye, 1890 yılında aynı değerdeki üretim için 45 lira, 1899 yılında 40 lira, 1909 yılında 39 lira ödenmiş, 1952 yılında ise bu miktar 35 liraya kadar düşmüştür. Burada da açıkça görüldüğü gibi ücretin para diliyle yükselmiş bulunması, gerçekte işgücü fiyatının düşmesine asla engel değildir. Nitekim fiyat artışlarının daima ücret artışlarının önünde gitmesi de aynı mekanizmanın bir ürünüdür.

Onun içindir ki, mücadelelerle elde edilen ücret artışları temelde çözüm getirici olmamaktadır. Bu nedenle, emek gücümüzün gerçek karşılığını ve angarya niteliğindeki fazla çalışma gücümüzün karşılığını alma mücadelemiz aslında yakın hedeflerimizden biridir ve bu mücadelemiz ancak ana hedefimiz olan demokratik hak ve özgürlükleri gerçekleştirme mücadelemizin başarısına bağlı olacaktır.

Tüm sorunlarımızın temelde ayrılmaz bir bütün olduğunu ve çözümün gerçekten halkımızdan yana olan iktidarların yurduzda sosyoekonomik kalkınmayı başarmasına bağlı olduğunu unutmamamız gerekmektedir.

Bildiriye dikkat !..

Ankara Tabip Odası olarak Genel Sağlık Sigortası'na karşı olduğumuzu belirttik ve gerekçelerini ayrıntılı olarak ATOB'un üçüncü sayısında açıkladık.

Özet olarak; bu tasarının tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik olduğu, koruyucu hekimlik hizmetlerini geri plana ittiği, böylelikle muayenehane hekimliğinin daha da güçlenmesine yol açacağını, kısa zamanda zaten dengesiz olan hekim dağılımını daha da dengesiz duruma getireceğini, hekim bulabilen belli kesimlerin hekim bulmaya devam edeceklerini, fakat hekim bulamayan veya yeteri kadar sağlık hizmetlerinden yararlanamayan büyük kesimin durumunun değişmeyeceğini, hatta daha bile kötü olabileceğinden bahsettik.

Bugün, son günlerde Ankara'da birçok sağlık kuruluşunda sahnelenen bir oyundan bahsetmek istiyoruz; Bazı çok doktorlu sağlık kuruluşlarında hekimlerin imzasına açılan bir bildiri var. Bildiride aşağıda imzası bulunan hekimlerin Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısını destekledikleri ve bir an evvel kanunlaşmasını istedikleri dile getiriliyor.

Genel Sağlık Sigortası tasarısı nedir, nasıl hazırlanmıştır. Türkiye'de sağlık uygulamasına ne getirecektir, kanun kimleri onduracaktır, neleri daha da sömürecek... gibi daha birçok soruya cevap verilmeden, konu özellikle onu ilgilendirenler için daha da güncelleşmeden ve çarpıklığı, bozukluğu iyice belirmeden hekim kitlesinin de kanunu destekledikleri görüntüsü verilmek isteniyor.

Bildirinin kimler tarafından hazırlandığını belirten bir kayıt yok. Fakat özellikle bazı özel hastane sahiplerinin bu işe ön-ayak olduğu söyleniyor. Eğer durum böyleyse yalnız bu, kanunun kimlerin işine yarayacağını göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Ayrıca ilaç Şirketlerinin de böyle bir girişimi destekleyeceğinden kimsenin kuşkusu olmasın, Tasarı kanunlaşırsa gereksiz ilaç tüketiminin bugünkü durumdan çok daha aşırı uygulamalarını göreceğiz.

İşin şaşılacak yanı, bu oyunu düzenleyenlerin Ankara Tabip Odası'nın tasarısı desteklediği gibi bir yalanı oyunlarına katmaları, Bu da herhalde "bulamık suda balık avlama"nın bir başka çeşidi olsa gerek.

Çok söylendi ama bir kere daha yineleyelim: Ankara Tabip Odası; koruyucu sağlık hizmetlerini bu denli geri plana iten, üstüne üstlük ticaret hekimliğine bu denli tath kâr kapıları açan bir tasarısı desteklemek şöyle dursun, yasalaşmaması için üzerine düşen her görevi yapmakta kararlıdır.

Bu böylece biline.....

Tabip Odaları temsilciler meclisi toplantısı

Her üç ayda bir yapılmakta olan ve Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nce düzenlenmekte olan Tabip Odaları Temsilciler Meclisi toplantısı bu kez 8-9 Ocak 1975 tarihlerinde İzmir'de yapılacaktır. Toplantının ana konuları; MEYAK, Türk Tabipleri Birliği Kanunu, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı oluşturuyor.

Meyak Kampanyası

Meyak konusunda, aralarında Ankara Tabip Odası'nın da bulunduğu 9 demokratik kuruluş tarafından yürütülen ortak çalışma başarıyla devam etmektedir. Bazı örgütlere bağlı memur arkadaşların Maliye Bakanlığına vermiş oldukları dilekçelere cevap verilmiş ve Danıştay'a dava açmak için hazırlıklar başlamıştır. Geçen hafta içinde katıldığımız toplantıda şimdilik 10.000 dilekçenin bastırılmasına karar verilmiştir. Dokuz örgütün ortaklaşa hazırladığı bir rapor Ankara Belediye Başkanı Vedat Dalokay'a sunulmuş, aynı raporun daha da genişletilerek parlamenterlere gönderilmesi kararlaştırılmıştır.

Bu raporun kısa bir özetini gelecek ay ATOB'da bulacaksınız. Ayrıca Emekli Sandığı'nın niteliğini tartışan ve yüklenmesi gerekli görevlerini belirten bir raporun, hazırlıkları bitmek üzeredir.

Değerli okuyucu ve üyelerimizden bu kampanyaya, dilekçe haklarını kullanarak katılmalarını istiyor, bunun herkese düşen bir görev olduğuna inanıyoruz.

Meyak Konusunda Türk Tabibler

Birliği Merkez Konseyi Görüşü

1 — MEYAK kısa adıyla bilinen "Devlet Memurları Yardımlaşma Kurumu" 1970 tarihinde en geç bir yıl içinde çıkarılacak özel bir kanunla kurulmak kaydıyla 1327 sayılı Yasada yer almıştır.

Meyak'ın amaçları Yasada, "ek sosyal sigorta, konut, dinlenme kampları ve diğer ihtiyaçları karşılamak" olarak belirtilmiştir.

Kapsam maddesinde bütün Devlet memurlarını kapsamı öngörülmesi, ancak Ordu Yardımlaşma Kurumu üyeleri kapsam dışında bırakılmıştır.

Meyak için Devlet Memurlarının aylık tutarının % 5'i oranında kesinti öngörülmüştür.

2 — Yasanın çıkışından bugüne kadar beş yıl geçtiği halde kesintilerin bu beş yıl süresince yapılmasına karşın MEYAK kurulmamıştır.

Bu durumda, MEYAK kesintilerinin amacıyla bağlantılı olmayan bir vergi niteliğine dönüşmüş bulunduğu açıktır. Oysa, Devlet Memurları ayrıca vergi ödemekte, bu yükümlülüklerini hem de vergi yükümlülükleri arasında oldukça ağır oranda yerine getirmektedirler.

3 — Bu bakımdan MEYAK kesintilerinin derhal durdurulması, yapılmış kesintilerin faizleri ile birlikte iade edilmesi bir zorunluluktur.

4 — Bu tedbirle birlikte, MEYAK konusunun yeni bir anlayışla değerlendirilmesi gerekir.

Bilindiği gibi sivil ve asker bütün Devlet memurlarının sosyal güvenliği Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktadır. Yaşlılık, malullük ve ölüm riskleri güvenlik altına alınmıştır, tıbbi bakımları Devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu konulardaki eksiklikler yeni bir kuruluş eliyle değil, Emekli Sandığı uygulaması gözden geçirilerek tamamlanmalıdır. Böylece ek sosyal sigorta gereksinmesi ortadan kalkacaktır.

Meyak'ın amaçları arasında belirtilen konut da tıpkı Sosyal Sigortalar Kurumunun görevi gibi Emekli Sandığına görev olarak verilebilir.

Dinlenme kampları ise kuruluşların sorumluluğu olarak düşünülmelidir.

Böylece MEYAK'ın amaçları olarak belirtilen amaçları, MEYAK kurulma-

dan da gerçekleştirmek mümkündür. Bu hususu doğru kılacak bir ayrı gerçekte artık Devlet Memurlarından ek kesinti yapılmasının memurların her geçen gün azalan ekonomik güçleri karşısında haklı olmayışıdır. Bu kesintilerle biriken fonların sermaye olarak iş alanlarına devredilmesi, Devlet Memurlarının kaldıramıyacağı bir yük olarak büyük bir sosyal haksızlık örneğidir.

Kalkınmayı, bordro ile çalışan ve geçim kaynağı sadece maaş ve ücreti olan işçilerle memurların sırtına yüklemek anlayışının Çağdaş Sosyal Devlet kavramı ile bağdaşmadığı görüşündeyiz.

Kaldı ki, tüketicilerin hayat pahalılığına karşı korunması bütün tüketimleri kapsayan bir örgütlenme ile sağlanabilir. Ek Sosyal Sigorta kuruluşları sosyal devletin öncelikleri arasında değildir. Sosyal Devletin önceliği, bütün vatandaşları sosyal güvenlik altına almaktır.

Oysa yasa çıkarken, Ordu Yardımlaşma Kurumu üyelerini kapsam dışında bırakarak bütünlüğünü kaybetmiştir.

Bu bakımdan MEYAK kesintilerinin derhal durdurulması, bugüne kadar yapılan kesintilerin faizleriyle birlikte iade edilmesi, MEYAK kuruluşundan vazgeçilmesi, MEYAK amaçlarının yukarıda belirttiğimiz biçimlerde gerçekleştirilmesi, ayrı bir konu olan ve asıl gereksinme durumundaki, tüm tüketicilerin hayat pahalılığına karşı korunmasının bütün işçileri ve memurları da kapsayan tek bir örgüt eliyle sağlanmasının gerekli olduğunu belirtiriz.

İşçi - Memur ayrımı

Çalışanları, işçi-memur gibi yapay ayrımlara bölerek örgütlenmelerini kısıtlamak ve önlemek amacıyla güden uygulamalar son zamanlarda iyiden niteliğini değiştirmeğe başladı 1961 Anayasası ile getirilen memurların sendikalaşma hakları 12 Mart döneminden sonra değiştirilen Anayasa ile ellerinden alınmıştı. İşçilerin grevlerinin yasaklanması da olağan hale gelmişti. Daha sonra bir kısım işçileri memur sayarak, onların en doğal hakları olan ve memurların elde etmek için mücadele verdikleri sendikalaşma haklarını yok etmek için, önce 657 sayılı yasanın bazı maddelerini değiştiren 12 sayılı Kanun Hükmünde Kararname çıkarıldı.

Daha sonrada bu kararname 1897 sayılı yasa olarak yasalastı. Böylece kimin işçi, kimin memur olacağını saptanması, daha önce bağımsız yargı organlarının yetkisinde iken ve daha sonra belli koşullar için Yüksek Hakem Kurulu'na bırakılmışken, artık bu yetki bu organlardan alınıyor ve doğrudan doğruya siyasal iktidara veriliyordu. 26.11.1975 tarih ve 7/10986 sayılı Bakanlar Kurulu kararı bu ayrıma esas olan kurumların tespitini 1897 sayılı yasanın 5. maddesi gereğince açıkladı. Böylece binlerce işçinin sendikal hakları elinden alınıyordu.

Bu karar, haklı olarak işçilerin büyük tepkisine yol açtı. Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğüne bağlı 30 000 işçi direnişe geçtiler. Aralarında Ankara Tabip Odası'nın da bulunduğu birçok demokratik kuruluş, uygulamanın, demokratik hak ve özgürlükleri kısıtlayıcı nitelikte olduğunu ve aslında işçi-memur ayrımının da yanlış ve gereksiz olduğunu belirterek kararı kınadılar.

Yusuf Küpeli olayı

Geçtiğimiz günlerde basında, eski FKF (Fikir Kulüpleri Federasyonu) Genel Başkanlarından ve 12 Mart ara rejimi mahkûmlarından olup halen tutuklu bulunan Yusuf Küpeli'nin, sağlık durumu ile ilgili haberler geniş bir biçimde yayınlandı.

Bu haberlere göre, Yusuf Küpeli'nin sağlık durumu son derece bozuktur. Yusuf, hapisli olarak sağlıksız koşulları içerisinde, ağır ve aktif bir biçimde tüberküloza yakalanmıştı. Tüberkülozun yanı sıra romatizma ve kalb hastalıkları da vardı. Yani Türkiye Cumhuriyeti'nin bu vatandaşında ne ararsan bulunuyordu derde devadan gayri...

Üstelik tedavisi gerekli şekilde yapılmayan ve bu yüzden peraken- de olarak ölmekte olan Küpeli birtakım karanlık oyunlara alet edilmek isteniyordu...

Aşağıda Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulunun, siyasi tutuklu Yusuf Küpeli'nin sağlık koşullarına ilişkin basına açıklanan görüşünün metnini veriyoruz. Ayrıca Ankara Tabip Odası konuyla ilişkin olarak Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyine başvurdu.

"Her insanın hayatına, din, dil, ırk, milliyet ve inanç farkı gözetmeksizin gereken saygıyı göstermek bir insanlık görevidir. Bir kişinin, bu nitelikleri neden gösterilerek, sağlığının korunmasının engellenmesi çağdaş anlayışa, özellikle de bizim meslek anlayışımıza ters düşmektedir.

Ülkemiz, insan haklarının gözetildiği maddeler taşıyan bir anayasa ile yönetilmektedir. Ayrıca "İnsan Hakları Evrensel Beyanname"de TBMM tarafından kabul edilmiştir.

Bu durumda, Yusuf Küpeli'nin sağlık durumu ve kendisine karşı takınılan tavır özel bir önem taşımaktadır.

Yusuf Küpeli bir siyasi tutukludur. Bir siyasi tutukluya yapılan baskılar toplumun geniş kitlelerini ilgilendirir. Cenevre Andlaşması'nda, harp esirlerinin bile kullanılmasına olanak sağlanan "SAĞLIK HAKKI" bir siyasi tutukludan esirgendiği takdirde, bu, demokratik hak ve özgürlüklerin kısıtlandığı anlamına gelmektedir.

Yusuf Küpeli'ye ölüm cezası veriliyor

Yusuf Küpeli halen ağır ve aktif bir tüberküloz hastasıdır. Tedavisinin engellenmesi ile aslında kendisine mahkemelerin vermediği bir ölüm cezası, göz göre göre infaz edilmektedir.

Ankara Tabip Odası olarak bu insanlık dışı tutumun bir an önce önlenmesini ve Yusuf Küpeli'nin gerekli tıbbi bakımı görmesini sağlayacak koşulların derhal gerçekleşmesini istiyoruz.

İkinci bir "Harun Karadeniz" olayı daha artık sahneye konmamalıdır. Tüm yurtsever demokratik güçler bu konuda gerekli tavrı almalı, Yusuf Küpeli'nin hayatı faşizm özlemcilerinin elinden kurtarılmalıdır."

Ankara Tabip Odası
Yönetim Kurulu

TMMOB, Türk Tabipler Birliği adına Ankara Tabip Odası, TÜM-DER, TÜTED, TİB, TÜMAS, Tüm Öğretim Üyeleri Derneği ve AYÖD; geçtiğimiz günlerde Ankara'da düzenledikleri basın toplantısında "Faşist saldırılar, anti-demokratik baskılar ve kıyımlar" konusundaki görüşlerini ve çalışmalarını şöyle açıkladılar.

"Bugün ülkemizde işçi, memur, öğretmen, öğretim üyesi, teknik elemanlar ve öğrenciler üzerinde açıkça faşist baskı ve oyunlar tertiplenmektedir. Giderek bu antidemokratik girişimler tüm halkımızı kapsamaktadır.

Sürüp gitmekte olan ekonomik bunalıma çözüm getirme olanaklarından yoksun bulunan dışa bağımlı MC iktidarı, halkımızın gün geçtikçe gelişen demokrasi bilinci ve uyanışı karşısında, çareyi halka karşı baskı, terör, sürgün yöntemlerinde aramaktadır.

Esas hedef işçi sınıfımızdır. Geçmiş dönemlerde denenip gerçekleştirilemeyen sendikalar ve toplu sözleşme yasalarındaki değişiklik önerileri tekrar gündemdedir. Kamu kesiminde çalışan işçiler için bir "tavan ücreti" esası getirilmek istendiği, bunun özel sektör tarafından emsal gösterilerek özel işyerlerindeki işçiler için de uygulanacağı söylenmektedir.

İşçileri memurlaştırarak, sendika, toplu sözleşme ve grev haklarını yok etmek isteyenlerin en son girişimleri bu gün SSK da sürdürülmektedir. Anayasamızın 42, 46, 117 ve 119.maddelerine aykırı olarak başlatılan bu girişim işçilerimizin direnişine neden olmuştur.

Bütün bunlara karşı ve referandum hakkı için mücadele veren, grev yapan işçi sınıfı üzerinde sıkıyönetim tehdidi demoklesin kılıcı gibi her an hissettirilmektedir. Süratle yükselen hayat pahalılığı ve enflasyon hızı karşısında taban fiyatlarının göstermelik olarak artışı sonucu köylülüğün yoksulluğu daha da artmıştır.

Doğuda zulüm en yoğun bir şekilde sürmektedir.

Yurtsever öğrenci gençlik ve öğretmenler üzerinde ise baskı ve terör çok daha açık olarak sürdürülmektedir. Her geçen gün faşist komando bozuntularının kurbanı olan öğrencilerin sayısı artmaktadır. Yurt çapındaki tüm eğitim kurumlarında faşist çetelerin eliyle can emniyeti yok edilmekte, özerk üniversite mücadelesi kargaşalık içinde susturulmaya çalışılmaktadır.

Halen Ankaradaki yüksek öğrenim kurumlarından DTCF, Turizm Ticaret Yüksek Okulu, Endüstriyel Sanatlar Yüksek Okulu, Ziraat Fakültesi, Fen Fakültesi, İTİA, Gazi Eğitim Enstitüsü faşist teröristlerin işgali altındadır.

MC'nin iktidara gelişinden beri 6 yurtsever devrimci öğretmen katledilmiş, 51'i ağır yaralanmış, 4800'ü sürgün edilip 250'sinin ailesi parçalanmış, 62'si görevden uzaklaştırılmış, 13'ü ise meslekten kesin ihraç edilmiştir. Aynı kıyım ve sürgünler geçim sıkıntısı altında ezilen tüm memur ve teknik elemanlar için de söz konusudur. Birkaç aylık bir dönemde 3500 orman mühendisinden 1600'ünün yerinin değiştirilmiş olması bir örnektir.

Memur ve teknik elemanların örgütlenme çabalarından huzursuz olan MC'nin, bu kesimin zaten kısıtlı olan örgütlenme olanaklarını tümünden yok etmek için dernekler yasasını iyiden kuşa çevirmek amacıyla kanun tasarıları hazırladığı haberleri çıkmaktadır. Kuruluş kanunları Anayasa'ya aykırı bulunarak iptal edilmiş olan Devlet Güvenlik Mahkemeleri halen faaliyetlerini sürdürebilmektedirler.

İşte 7 aydır sürmekte olan MC iktidarında ülkemizde görünüm budur.

Bütün bu baskı ve terör ile demokrasi mücadelesini yok edebileceğini sanan iktidar yanılmaktadır. Başta işçi sınıfı olmak üzere tüm emekçi halkın bilinçli ve örgütlü mücadelesi bu oyunları boşa çıkartacaktır.

İHSAN ÜNLÜER

Hekimin hikmetine kim karışırsa ezilir

LÖ GRAN CHEF DÖLA KLİNİK sabahleyin hastaneye gelir gelmez Dahiliye Servisindeki nöbetçi hekime sorar:

“— Bu gece kaç ölü var bakalım?”

“— İki...”

“— Hayret doğrusu, halbuki ben gitmeden önce üç tane defin raporu vermemiş miydim?”

“— Evet ama hastalardan bir tanesi verdiğiniz ilacı bir türlü içmek istemedi...”

Gelelim ikinci fıkraya:

“— Yazdığım ilacı içtiniz mi?”

“— Hayır içmedim doktor bey, içseydim ölürdüm.”

“— Peki ne yaptınız?”

“— Pencereden dışarı attım...”

İLÂÇLAR, hekimin hastayı hastalıktan kurtarmak için kullandığı bir araç, bir silâh değil mi? Ama kimbilir bazan barutu az geliyor, bazan kapsülü ateşlenmiyor, bazan da geriye mi tepiyor ki bu silâh, onun etkisizliği hastalarca bile alay konusu oluyor. Neyzen Tevfik:

“Hekimin hikmetine kim karışırsa ezilir

Sekiz on tek rakı mişvarımı menfur etti”

“İnsan kendi kendisinin doktorudur” lâfı kadar da hekimliğe atılmış ağır lâf yok. Mösyö la Palisse: “Sihhatte olursanız hasta olmazsınız” demiş. Apaçık bir formül var ki kullanıla kullanıla eskimiştir bugün: “İnsan ölmez, kendi kendisini öldürür”. Buna karşın olarak hani zamanın kültür bakanının: “Maarif işleri çok iyi giderdi, ah şu okullar olmasaydı...” lafı gibi Chamfortun şu güzel sözünü sayabiliriz: “Ben olmasam sihhatim çok iyi gidecek.”

La Fontaine: “Sağ kalmak için ilâç milâç içmek istemez” diyor. İnsanların mutlu olması, sağlığının düzgün gitmesi, uzun yıllar dünyaya kazık çakması ve çok yaşaması için bir sürü koşullar öneren ünlü bir hekimse, ne yazık ki kendisi 43 yaşındayken ölmüştü..

Vaktiyle beyaz kravatlı, ellerinde altın başlı baston, gözünde gözlük olan hekimlerin herbiri bir papaz, bir hâkim etkisi yapardı hastalarına. Fikirleri, Tanrı buyruğunun sesine, mahkeme kararının okunmasına benzerdi onların Kutsal ödev yapardı o çağ hekimleri... Hastanın onlardan izahat istemeleri ne haddineydi. Korkunç bakışlarının hışmına uğrardı insan. Hasta, karşısındaki hekimin kutsal sırlarının büyüüne tutulmuş, tepeden tırnağa saygı kesilmiş halde elindeki lâtince reçeteyi titreyerek alır, çıkar giderdi. Bugün hekim, gözünde gözlük elinde baston ve redingotuyla eski tahtından ne yazık ki yuvarlanmıştır. Öyle ki tıp öğrenimi yapmış kadar ukalâ olan hastasıyla hastalığı konusunda tartışmaya zorlanır zavallı. Yanından çıkan hasta, vizite ücreti olan 150 teklifi toslamasına rağmen “Çok bilgili doktor, amma yine de büyükannem haklı, benim karaciğer hapı yutmuş” diye söylenir.

Hekimlik mesleğine ilk yumruğu vuran Jean - Pasques'tir. O ne diyor bakın: “Hekimlik iyidir ama hekimsiz olmak şartıyla, çünkü tıp sanatının yardımından umduğumuzdan çok, sanatkârın yâni hekimin hatâlarından korkulur”. Bu çok yerinde bir lâf ama şayet hekimlik hekimsiz gelecek olursa onu sihirbazlık getirecektir.

Lord Profesör Tüccareddin bey, Profesör Nekrolog Hazakaddin bey, Profesör Kasapolog, Dr. Ayıbeddin bey, Ford Prof. Okus Pokus, Mañyetizör Prefesör İnekolog Kazıkaddin bey, Özelbahçe, özel ve güzel kliniğinde KONSÜLTASYON, PERFORASYON ve YONTMASYON yaparak pamuk ağası Gasbeddin Beyefendinin davul gibi şişmiş olan karnındaki ur konusunda 5 kolonluk barsak - toto oynadılar. Kimisi şirden perforasyonu, kimisi 22 parmak barsağı iltihabı, kimisi kadınbudu retansiyonu, kimisi dalak patlaması, kimisi ciğer kızartması, kimisi de beyin tavası teşhisi koymuştu. 66 ncı Noter huzurunda yapılan ameliyat sonunda ise karındaki şişliğin BARSAK -GAZ olduğu anlaşılmıştı. Fakat herhangi bir komplikasyona engel olmak için yine de safra kesesi, idrar kesesi ve para kesesi ameliyatla çıkarılarak alındı.

HASTANEYE GİDEN YOL PASTANEDEN GEÇER

Kimi hekim muayenehanesinde baktığı hastanın 100 teklifini kestikten sonra kartvizitinin arkasına hiyeroglif yazısı ile bir şeyler karalayarak çalıştığı devlet hastanesinin kliniğine gönderir hastasını. Orada ameliyatını yapar. 100 teklifi olmayan hasta ise muayenehanesinden yüzgeri, elinde sadece bir reçete kâğıdı ile dönerken:

“Sen beni yüz teklife ettin feda”
diye bir nağme söylemektedir.

Kimi hekim ise hastasına, çalıştığı hastane kliniğinin idrar koktuğundan, koğuşlarda hamamböceği, tahtakurusu ve gergedan

bulduğundan bahsedip hastayı Nişantaş, Şişli özel kliniğine yatması için nasihat verir.

Kimi hekim :

“— Hımmm! Senden bir röntgen muayenesi rica edeceğim... Şu falan adresteki röntgen mütehassısı Röntgenci Rıza Özdikiz'e gidip bir iškembe filmi çektiriniz. Ve filmi bana getiriniz. Röntgen filmini dikizledikten sonra seni Dahiliyecî Palpasyon İsmail'e göndereceğim. O da idrarda ŞEKER, kanda SANAYAĞI, gaitada Sİ-GARA ve YENİ RAKI gibi karaborsaya düşmüş şeylerin tahlili için seni ANALİZ BAHİRİ'ye gönderir. Sonra tekrar bana gelersin... Gelirken üç aylık maaşını da almayı unutma ha!... Sonra, Ürolog Sami, Patalog Hami, psikolog Nami, katalog Kâni ile bir konsültasyon yaptıktan sonra belki de bir operatöre gönderebilirim...”

Bazonçon'un dediği gibi, “Hekimler iyi insanlardır. Ama yağmurlu bir havada şemsiye satan birini hiç gördünüz mü ki müşterisine: “Hayır olmaz, şemsiye almayınız. Gidin bir çift lastik çizme alınız” desin.

KOMANTALEVU LEN? SAVABIYEN EMMİ...

Hekimlik, hekimsiz gelirse sihirbazlarla, madrabazlarla, şarlatanlarla gelir demişti Bazonçon. Büyücülerle, üfürükçülerle.. Örneğin bir tedavi küründe acı hıyar ezmesi ile kanseri iyi eden, saçsız kel başlarda saç bitiren, 99 yaşındaki kaynanamın gebe kalmasını sağlayan şarlatanlarla, bir tek muska ile dünyaya huzur, mutluluk ve ucuzluk getiren politikacılarla gelecektir hekimlik...

İnsanoğlu hekimlerden daha çok mutatabıplara, yalancı hekimlere itibar etmiştir. Çünkü hekimliğin ağababası, ilk çağlarda ki büyücülükten başka şey değildi. İnsanlarda inanç denilen niteliğe dayandığı için ilâçların fizyolojik etkisinden çok onu veren kişinin ruhsal etkisi de rol oynamaktadır çünkü. En çok hastayı inandıran kişi, en hazik hekim demektir.

Vaktiyle diplomasız hekimlik yapan bir adam varmış. Taa Çini - Maçinden hastalar gelirmiş muayene olmaya. Üniversite kliniklerinde, büyük ve ünlü hastanelerde tedavi olamayanlar akın akın koşarlarmış ona. Okus pokusla, kakalaçı makalaçı ile çapraz iğne ile, davultozu ile, minare gölgesi ile tedavi etmediği hiçbir dert yokmuş onun. Küpünü doldurmuş. apartman sahibi olmadığı hiçbir semt kalmamış kentte. Bu diplomasız adam. Lordinaryüsleri kıskandıracak kadar nam yapmış ülkede... Bir gün onu çekemeyen hekimlerden biri bu adamcağızı kanunsuz hekimlik yapıyor diye şikâyet etmiş polise.. Böylece takibata uğramış adam Evine baskın yapan polisi kenara çekerek çekmecedden çıkardığı koskocaman hekim diplomasını gösterivermiş ve ona: “Çok rica ederim komser bey, demiş, ne olur sakın doktor olduğumu kimseye söylemeyin, bütün müşterilerim kaçarlar”

RÖPORTAJ

Ülkemizdeki tüm doktor ve sağlık personeline ulaşma çabasında olan ATOB'un, geçen sayısında siyasi parti liderleri ile sağlık sorunları konusunda yapmış olduğumuz röportajları yayınlamıştık. Gene geçen sayıda bu röportajları sürdüreceğimizi bildirmiştik.

Bu konuda röportaj yapma gerekçesini de şöyle belirtmiştik: “Sağlık sorunlarının geçmişte ve şu anda ihmal edildiği bir gerçektir. Demokrasinin vazgeçilmez unsurlarından olan siyasi partilerin, halkımız için çok önemli olan bu konudaki görüşlerini, liderlerinin ağızlarından öğrenmek istedik. Bu hayati konu, siyasi partilerin dünyaya bakış açılarıncı nasıl görülüyor? Nedenleri ile birlikte sorunun temelden çözümü için ne yapmalı? Sorularına açıklık getirmek” diyerek şöyle devam etmiştik:

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

ATOBU bu konunun etrafıca ve derinliğine incelenip tartışılması ve sonunda gelecek için pusula olacak veriler elde edilmesi gereğine inanmaktadır.”

Bu amaçla başlamış olduğumuz girişimizi bu sayıda da devam ettiriyoruz. Adalet Partisi adına Sosyal Güvenlik Bakanı Sayın Mahir Ablum ile Nevşehir Milletvekili ve eski Sağlık Bakanlarından Sayın Prof. Dr. Ragıp Üner, MSP adına Genel Başkan Yardımcısı Sayın Dr. Fehmi Cumahoğlu, CGP adına eski Sağlık Bakanlarından ve Parti Genel Sekreteri Sayın Dr. Vefa Tanır: arkadaşımız Cevdet Duranoğlu'nun sorularını aşağıdaki şekilde yanıtladılar.

Öte yandan CHP ve TIP'in görüşlerini size ulaştırmak bizim dışımızda olan nedenlerden ötürü mümkün olmadı. Herhalde kendilerinden aldığımız söze göre bunu sizlere gelecek sayıda sağlayabileceğiz.

Ayrıca ATOBU konunun önemi açısından sadece siyasi partilerin görüşlerini değil diğer ilgili kişi ve kuruluşların hatta demokratik kitle örgütleriyle birlikte siz okuyucularımızdan da gelecek cevaplara sütunlarını açacaktır.

Sorular

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

2 — Sağlık sorunlarının çözümü için savunulan iki görüş var. Birincisi sosyalizasyonun yaygınlaştırılması, İkincisi Genel Sağlık Sigortası. Sosyalizasyon ötedenberi pilot bölge seçilen yörelerde şöyle veya böyle uygulanıyor.. Öte yandan Genel Sağlık Sigortası ise kanun tasarısı halinde meclis komisyonlarında.. Genel Sağlık Sigortası mı? Sosyalizasyonun yaygınlaştırılması mı? Bu konuda siz ne dersiniz?

3 — Doktorların ötedenberi aktüel bir sorunu da Nöbet Paralarıdır. Doktorlar normal mesailerini dışındaki hizmetleri için çoğunlukla hiçbir karşılık alamamakta, az bir kısmı ise 150-200 TL. gibi gülünç denebilecek bir ücret almaktadırlar.

Bilindiği gibi İş-Kanunu "Fazla mesaiyi günde üç saat ile sınırlandırmıştır ve bu mesainin, saat ücreti olarak normal günlerde % 50 tatil günlerinde ise % 100 zamlı olmasını öngörmektedir.

Doktorlar her ne kadar İş Kanunu kapsamına girmemekte iseler de, ayda otuzaltı saat ile bir hafta arasında değişen fazla mesailerinin karşılıksız ya da gülünç bir ücret düzeyinde kalması büyük bir adaletsizliktir.

Doktorların yapmış olduğu bu hizmetler şu anda Anayamızın açıkca yasakladığı angarya niteliğindedir.

Oysa fazla mesailerin değerlendirilmesi konusunda Anayasa Mahkemesinin ve Meclis Genel Kurulunun almış olduğu bir karar da vardır.

Siz ülkemizde mevcut doktorların büyük bir kısmını ilgilendiren bu sorunun düzeltilmesi konusunda ne diyorsunuz?

4 — 657 sayılı yasanın, 1327 sayılı yasa ile değişik 190'ıncı maddesi uyarınca kurulması gereken MEYAK bugüne kadar kurulmamıştır. Bu durumda memurlardan, ve bu arada sağlık personelinin maaşlarından kesilen % 5 Meyak Kesintisi yasal dayanaktan yoksun bulunmaktadır.

● Neden 1.3.1970 ile 30.2.1971 tarihleri arasında geçen süre içinde kurulması gereken Meyak kurulmadı?

● Neden 30.2.1971 tarihinden itibaren, yasal dayanaktan yoksun bir biçimde Meyak Kesintilerine devam edildi?

● Meyak Kesintisi adı altında maaşlardan kesilen bu paralar ne oldu?

● Memurlardan kesilen, en az 5 000 TL. ile en çok 30 000 TL. arasında değişen bu paralar, yasal dayanaktan yoksun olduğu için ne zaman geri verilecek?

Bu kesintiler geri verilirken, para değerindeki düşmenin de gözönüne alınması, böylece belli bir faiz oranı ile birlikte iade edilmesi gerekmez mi?

Adalet Partisi

Mahir ABLUM

SOSYAL GÜVENLİK BAKANI

MAHİR ABLUM : Türkiye, sağlık problemleri çok olan ve her yıl aşağı yukarı bir milyona yakın artan nüfusu ile önleyici hekimlik bakımından gittikçe ihtiyacı artan ve her yıl sanayileşen şehirlerimizin, gittikçe köylerden yapılan akım neticesinde büyüyen şehirlerimizin, çevre sağlığı bakımından ortaya çıkan problemler itibariyle de sağlık meseleleri, i'k planda ele alınması lazım gelen bir memleket manzarası arz ediyor.

Şunu itiraf etmek lâzım ki, gerek yatak adedi itibariyle, gerekse doktor ve yardımcı sağlık personeli adedi itibariyle olması lazım gelenden çok geriyiz.

Bildiğiniz gibi Partimizin Liderliğinde kurulmuş bulunan MC Hükümeti, Meclislere Genel Sağlık Sigortası Kanununu sevk etmiştir. Bu tasarı kanunlaştığı takdirde, yatak ve sağlık personeli adedi, bir sorun olarak karşımıza çıkacaktır.

Bu tasarı kanunlaştığı takdirde, kanımca Türkiye'nin ana sağlık meselesi halledilmiş olacaktır. Ana sağlık meselesi diyorum; işaret ettiğiniz gibi koruyucu hekimlik, çevre sağlığı vb. diğer sorunların hepsinin birden bu Genel Sağlık Sigortası Kanunu içerisinde cevaplandırılması ve halledilmesi mümkün değildir. Fakat ana sağlık meselesi bu tasarı gerçekleştiği takdirde halledilmiş olacaktır. Türkiye'de bakımdan ve tedaviden mahrum, hiçbir vatan daş kalmayacaktır.

Bildiğiniz gibi şimdi SSK, Emekli Sandığı ve bazı küçük kuruluşlar kendi mensuplarının sağlıklarını güvence altına almışlardır. Fakat bunun dışında aşağı yukarı otuz milyon vatan daş sağlık bakımından güvencesizdir.

ATO B: Sağlık Bakanı sayın Kemal Demir, dergimizin ikinci sayısında çıkan demecinde, Genel Sağlık Sigortasının şayet kanunlaşır ise kademeli olarak uygulanacağını söylediler. Tasarı kanunlaşır ise, acaba ilk olarak nerelerde uygulanacak sizce mali portresi nedir ve tasarının bu yıl çıkacağından emin misiniz?

ABLUM : Ben sualinize tersinden cevap vereceğim. Adalet Partisi olarak ve koalisyon hükümeti mensupları partiler olarak gayemiz vatandaşları bir an önce sağlık güvencesine kavuşturmaktır. Bu yıl Meclislerden çıkması için büyük çaba harcayacağımız muhakkaktır.

İlk sualinizi cevaplandırırken Türkiye'de gerek yatak adedi, gerek doktor ve sağlık personeli adedinin ihtiyacın çok gerisinde olduğunu ifade etmiştik. Hal böyle olunca çıkarılacak olan GSSK'nun, yurdumuzun her yerinde aynı zamanında bütün vatandaşlara teşmil edilmek suretiyle tatbiki madeten imkansızdır.

Gayemiz süratle bütün yurt sathında bu kanunun tatbikini sağlamak olmakla beraber, elbetteki evvela doktorun ve yatağın olduğu yerlerden başlamak suretiyle, bunun tatbikine başlanacak ve süratle de yeni hastaneler inşa edildikçe ve yeni doktor ve personel buldukça, diğer bölgelerde teşmil edilecektir. Bu bakımdan bir zaman kestirmek mümkün değildir. Fakat hemen yine tekrar edeyim, amacımız bir an evvel bütün yurttaki vatandaşlara tatbikidir.

ATO B : Dergimizin ikinci sayısında yayımlanan bir araştırmaya göre, ge-

nel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan oran % 4 dür. Bu açıdan dünya ülkelerine göre Türkiye son sıralarda. Bu yılın açıklanan bütçe tasarısına göre genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan oran, geçen yıldan daha düşük bir düzeyde. Yaptığımız hesaplamalara göre bu oran ancak % 3,5 dolaylarında. Önümüzdeki yıl Genel Sağlık Sigortasının çıkmasının muhtemel olduğunu söylüyorsunuz. Öte yandan genel kanı önümüzdeki yılın sıkıntılı geçeceği, Sürekli artan zamlar ve hayat pahalılığının yanısıra, büyük oranlı bir devalüasyon söylentileri var basında. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, genel bütçeden ayrılan bu % 3,5'lük oran yeterli midir? Üstelik GSSK çıkarsa, beraberinde getireceği mali sorunu nasıl karşılayacaksınız?

ABLUM : Bir kere hemen şunu ifade edeyim ki, zamlar ve devalüasyon gibi tabirler gelişigüzel ifade edilmemesi ve söylenmemesi gereken tabirlerdir. Neye müsteniden söyleniyor? Kim söylüyor?

ATOB : Efendim basından hatırladığım kadarıyla, Uluslararası para fonunun (IMS) üç ayrı önerisi var. Bir: Doların 18 TL. olması, iki: Doların 20 TL. olması Üç : Doların 22 TL. olması önerileri var. Öte yandan bazı sermaye çevrelerinin önerileri var... Zamları ise çarşıya pazara çıkan herkes görüyor, ve ötedenberi hergünün konusu bu...

ABLUM : Hükümet diyor ki, ilgili dairelere diyor ki, bu yıl elimizdeki rakamlara göre Türkiye'de hayat pahalılığı geçen seneye kıyaslanamayacak bir düzeyde kalmıştır. Toptan eşya fiatları endekslerindeki artış hemen hemen yok mertebesindedir. Hal böyle olunca neden ve nasıl bir devalüasyon dan, pahalılıktan bahsedilir. Bunu izah etmek mümkün değildir.

İkinci husus tasarılar kanunlaşırken beraberlerinde gereken tahsisatları da getirirler. Genel Sağlık Sigortası kanulaştığı takdirde elbette ki hükümet gerekli tahsisatı meclislerden isteyecektir.

Üçüncüsü bütçeye bakıp da bütçede konan tahsisatlarla sağlık hizmetlerine verilen önemi ifade etmek mümkün değildir. Hemen işaret edeyim, ülkemizdeki sağlık tesislerinin en yüksek standartlarda olanlarının, yatak ve sağlık personelinin hemen hemen yarısına sahip olan SSK'nın bu maksatla sarfedeceği paralar bütçede görülmez. Saniyen bugün döner sermaye ile işleyen sağlık tesisleri vardır. Döner sermaye kısmı bütçede görülmez. Bu bakımdan bütçede konan rakamlara bakıp da bu yıl bütçenin şu kadar sağlık hizmetlerine ayrılmış, sağlık konutlarına az önem veriliyor diye birşey mevzubahis olmamalıdır.

ATOB : Çağdaş uygarlık düzeyi, Anayasamızın sosyal devlet espirisi ve özellikle 49'uncu maddesi halkın beden ve ruh sağlığının sağlanması yolunda devlete bir takım yükümlülükler" getirmektedir. Halk sağlığı ve halkımıza sağhyabildiğimiz sağlık hizmetleri yönünden, diğer ülkelerle yapılan karşılaştırmalarda oldukça geri olduğumuz ortada. Meclislerin bu yıl geçeceği söylenen gayet iddialı bir tasarı var. Genel Sağlık Sigortası...

Bu konuda kamuoyunda birtakım eleştiriler var. Bu eleştirileri şöyle özetleyeyim ben size: Sizin de duymuş olacağınız gibi, çağdaş tıp tedavi edici hekimlikten ziyade koruyucu hekimliği öngörmektedir. Genel sağlık sigortasına göre ise tedavi edici hekimlik ön plandadır. Dolayısıyla GSS ile özel hastaneler ve muayenehane hekimliği teşvik edilmektedir. Son tahlilde bu işten karlı çıkacak olanlar halkımız değil, kanun uygulaması ile ilaç arzları artacak olan ilaç şirketleridir.

Öte yandan hekime şu anda para verirken sıkıntı çekiliyor. GSS uygulamasında hekim, gelen hastaya "Aynı şey nasıl olsa muayenehaneme gel. Devletle ortakmısın? diyebilecek. Ayrıca hekim bulmada güçlük çekilecektir... Daha bir sürü eleştiriler.. Bu konularda ne diyorsunuz?

ABLUM : Tabiatıyla eleştirilerin hepsi muhteremdir. Saygı duymak icap eder. Böyle kısa bir mülakatta da eleştirilere cevap vermenin imkânsızlığı ve hatta mesnetsizliği ortadadır. Ben tek cümleyle cevap vereceğim. Bu bir tasarıdır. İyi niyetle hazırlanmış, bütün vatandaşlara sosyal güvence götürmek için hazırlanmış bir tasarıdır. Şu anda TBMM'dedir. TBMM muhakkak ki enine boyuna tartışacak memleket için, vatandaşlar için en iyisi ne ise onu yapmaya çalışacaktır. Tasarıda gerekli değişiklikleri, gerekli düzeltmeleri, bu açıdan ifa edecektir. O zaman bu eleştiriler yapılırsa daha tutarlı olur gibi gelir bana.

ATOB : Beyefendi, yapılan gözlemler şunu gösteriyor ki, GSS 19'uncu yüzyılın bir uygulamasıdır. Artık çağımızda bu yöntem terkedilerek, koruyucu hekimliğe ağırlık veren bir tıp anlayışının getirdiği bir yöntem olan sağlık hizmetlerinin sosyalle edilmesi yoluna gidilmektedir. Sosyalleşmenin, tüm sosyalist ülkelerde uygulanması yanında, kapitalist ülkelerde de örneğin; İsveç ve İngiltere'de artık GSS dan sosyalleşmeye geçmişlerdir. Tasarıyı bir de bu açıdan değerlendirmek gerekmez mi?

ABLUM : Şimdi şuna cevap vermek lazım. Biz kim için, ne getirmek istiyoruz. Türk vatandaşı için bir sağlık güvencesi getirmek istiyoruz. Binaenaleyh bizim vatandaşımıza getirilecek tedbirler, bizim memleketimizin şartlarına ve vatandaşımızın ihtiyacına uygun olacaktır.

ATOB : Soru 3

ABLUM : Ben konuya sizden çok değişik açıdan bakıyorum. Bunlar küçük sorunlar. Hattızatında doktorun çalışsa da, çalışmasa da yetişme tarzı dolayısıyla ve cemiyette ki insan sağlığına katkısı dolayısıyla, her dakikasının değerlendirilmesi gerekir.

Bu arada Full-Time tazminatının artırılmasına yürekten katılıyorum. Bugünkü Full-Time tazminatı çok komiktir. Bugünkü şartlarla en az 10 000 TL.'sına çıkartılması inancındayım. Ve bunun da sabit olmaması lâzımdır. Hayat pahalılığına, artan hayat standartlarına uymak suretiyle otomatik bir artış esnekliğine sahip olması icap eder.

Ben bakanlığa geldikten sonra, SSK Müdürler kuruluna ihtisas yaptırdığımız doktorların mecburi hizmetlerinin kaldırılmasını telkin ettim. Bugün SSK'da doktorların mecburi hizmet yükümlülüğü kalkmış bulunmaktadır.

Mecburi hizmet, bugün değil tıp sahasında, artık hiçbir sahada çalışanlara yüklenilmemesi icap eden bir külfettir bence. Memleket sahadındaki hizmet nerede olursa olsun ister resmi kuruluşlarda, ister özel kuruluşlarda bizim makbulümüzdür. Doktorlar istediği yerde, istediği şekilde çalışma serbestliğine sahip olabilmelidirler. O itibarla mecburi hizmeti kaldırmış bulunuyoruz.

ATOB : Sayın Ablum, doktorlar değişik yerlerde değişik ücret almaktadırlar. Örneğin bir kuruluşta asistanlık yapan bir doktor ikibin küsür TL. ücret alırken, bir başka kuruluşta asistanlık yapan bir doktor efendim dört bin, beş bin TL. ücret almaktadır. Oysa bunlar aynı yıl mezun ve aynı işi yapmaktadırlar çoğu zaman. Acaba bu durum düzeltilemez mi? Eşit iş'e eşit ücret verilmesi, ilke olarak alınmaz mı?

ABLUM : Türkiye'de hekim iki türlü istihdam edilmektedir. I — Kadro- lu hekim 2 — Mukaveleli hekim olarak. Kadro lu hekim, ister Sağlık Bakan- lığı, tesislerinde, ister SSK ve diğer resmi kuruluşlar tesislerinde olsun tah- sil derecelerine, hizmetine, kıdemine göre hesaplanıp kendilerine verilecek dereceler üzerinden ücret alırlar. Bu hiçbir zaman değişiklik arzetmez.

Sağlık Bakanlığında sadece mahrumiyet bölgelerinde mukaveleli hekim çalıştırmak olanağı vardır. Halbuki SSK'da nerede olursa olsun mukaveley- le çalışmak isteyen hekime kurum açıktır. Hizmetin gerektirdiği çalışma saatine ve hizmetin yapılacağı yere göre, bu kurumla hekim arasında serbest- çe tesbit edilebilmektedir. On beş bin liraya kadar varan mukavele ücretleri bulunmaktadır.

ATO B: Soru 4

ABLUM : Hiçbir kesinti TC Hükümetinde kanunsuz olmaz. Memurlar- dan kesilen bu kesinti kanun gereğidir. Hatırlayabildiğim kadarıyla kanun, memur aylık ve ücretlerinden böyle bir kesintinin yapılmasına amirdir. Ge- ne hatırlayabildiğim kadarıyla da, Meyakın muayyen bir sürede kurulma- sına amirdir.

ATO B : Efendim, "1.3.1970 ile 30.2.1971'denberi memurlar ve bu arada sağlık personelinin maaşlarından kesilen kesintiler, yasal dayanaktan yok- sun bulunuyor" denilmekte. Acaba siz bu konuda ne dersiniz?

ABLUM : Tabii bu hukuki bir sorun olarak ortaya çıkıyor. Hükümet, Meyak tasarısını aylarca evvel hazırlayarak, kurulması için parlamentoya sevk etmiş bulunmaktadır. Artık o andan itibaren, yetki ve sorumluluk par- lamentoya düşmektedir.

ATO B : Pardon anlayamadım efendim, MC Hükümeti mi sevketti?

ABLUM : Hayır. Geçmiş hükümetler. Parlamentoda aylar geçtiği halde kanunlaşmamış birçok tasarısı vardır. Bu da onlardan birisidir. Şimdi Me- yakın kurulmamasından hükümetleri sorumlu tutmak, veya Meyak kurul- madı diye bu kesintileri yapmamak doğru değildir. Kesinti kanun gereğidir. Meyakın kurulması parlamentonun yetkisindedir.

ATO B : Sayın Ablum "Kesinti 1970-1971 arasında yapılabilirdi, yapıldı. Ama bu süre içinde kanun çıkmadığına göre, 30.2.1971'denberi kesinti yapı- labilmesi için gerekli kanun ortada yok denilmekte." Bu durumda kanun- suz ve cebri bir kesinti söz konusu olmakta. Malumalınız devletin vatandaş- lardan keseceği kesintiler vergi diye adlandırılmaktadır. Vergiler, devletin tahsildarı, vergi memuru, vs. gibi görevlendireceği kimseler tarafından icabın- da cebren alınır.. Ama Anayasamızın da 'kanunsuz vergi olmaz' diye bir emri bulunmaktadır. Konuya bu açıdan bakınca, acaba siz ne dersiniz?

ABLUM : Parlamenteoya verme meselesi önemli burada. Başlangıç ya- pılmış oluyor. Bundan ötesi meclislerin bileceği bir iş. Hükümetler so- rumlu değildir. Böyle yorumluyorum ben.

ATO B : Sayın Ablum memurlar ve bu arada sağlık personelinin ke- silen bu Meyak kesintileri ne oldu? Bu paraların, bazı sermaye çevrelerine teşvik olarak verildiğinden veya başka alanlarda kullanıldığından bahsolu- nuyor. Bu iddialar doğru mu? Bu konuda ne dersiniz?

ABLUM : Meyak kesintisi adı altında toplanan bu paralar, T.C. Merkez Bankasındaki özel hesapta muhafaza edilmektedir. Bu kesintilerin başka alanlarda kullanıldığı konusunda ise, maliyeci değilim, daha doğrusu maliye Bakanlığında değilim. Fakat kanunsuz herhangi bir istimalle, kullanmaya gi- ridiğini veya girileceğini sanmıyorum.

ATO B : Sayın Ablum bu Meyak kesintileri adı altında kesilen paralar memurlar arasında 5 000 ile 30 000 TL. arasında değişmektedir. Bu da bu- günkü hayat şartları altında, bir sabit gelirli için önemli bir meblağ... Bu kesintilerin yasal dayanaktan yoksun olduğu varsayımından hareketle, geri verilirken para değerindeki düşmelerin de gözönüne alınarak, belli bir faiz oranı ile birlikte verilmesi gerekmez mi?

ABLUM : Gerek geri verilmesi ve gerekse bu geri verilmenin şekil ve şartları kanun konusudur. Böyle bir kanun çıkarsa tabiatıyla onun şeklini, şartını, faizini ve miktarını da tesbit edecektir.

Eski Sağlık Bakanlarından, Adalet Partisi Nevşehir Milletvekili Sayın Prof. Dr. Ragıp Üner ile, sağlık sorunlarıyla ilgili olarak aşağıdaki telefon görüşmesini yaptık.

RAGIP ÜNER : Genel Sağlık Sigortasıyla ne getiriliyor ne deniyor ne yapılmak isteniyor incelemedim. Metni daha elime geçmedi.

ATO B : Beyefendi Ankara Tabip Odasının çıkarmış olduğu ATO B der- gisini gördünüz mü?

RAGIP ÜNER : Gördüm.

ATO B : Son sayısını gördünüz mü? Orada Genel Sağlık sigortası hak- kında aydınlatıcı yazılar vardı. Nasıl buldunuz?

RAGIP ÜNER : Güzel.

ATO B : Sayın Üner biliyorsunuz son günlerde basında çok yer işgal eden bir konu da Meyak kesintileri...1971'denberi memurların yanında sağ- lık personelinin de yasal dayanaktan yoksun bir biçimde meyak kesintileri maaşlardan...

RAGIP ÜNER : Bu konuda da bilgim yok... Hariciye komisyonun- dayım... meşgulüm..

ATO B : Nöbet paraları sorusu?

RAGIP ÜNER : Çok güzel bir mevzu.. Bütün dünyada nöbete para ve- rilir. Ben şahsen nöbete para verilmesine taraftarım. Bu konunun düzel- tilmesi için elimden geleni yapmaya hazırım.

Etüba odaları Amerikadaki gibi güçlü olmalıdır. Ağırlığı olmalıdır. Ben sağlık Bakanı iken bu yolda uğraşmalarım olmuştur. Hatta Etüba odaları tayine müessir olmalı.. Amerikadaki gibi maddi gücü olmalı...

Cumhuriyetçi Güven Partisi

Dr. Vefa TANIR

C. G. P. GENEL SEKRETERİ

Eski Sağlık Bakanlarından. CGP Genel Sekreteri ve Konya Milletvekili Sayın Dr. Vefa Tanır, sağlık sorunları ile ilgili sorularımızı meclis başkanlığı seçimi ve yoğun politik ortam nedeni ile daha sonraki bir tarihte cevaplaya- cağını belirtti.

Telefonla yaptığımız görüşmede, Vefa Tanır doktorların nöbet parala- rının karşılığının verilmesine taraftar olduğunu söyleyerek, bu karşılıkların verilmemesinin anayasamızın açıkça yasakladığı angarya niteliğinde oldu- ğu ve düzeltilmesi gerektiği şeklindeki görüşümüze katıldığını belirtti.

Sağlık personelinin de Meyak kesintilerinden mağdur olduğu görüşüne katıldığını söyleyen Tanır, Meyak yasasının biran önce kanunlaşması gerektiğini belirtti. Artan hayat pahalılığı karşısında tüm memurlarla birlikte sağlık personelinin de kesilen Meyak kesintilerinin belli bir faiz oranı ile birlikte geri verilip bari yaraya şöyle bir merhem çalınmaz mı? sorumuzun, Meyakla ilgili kısmını geçiştiren Tanır, "Sıkıntıyı biliyoruz. Her ne kadar bütçe tasarısında memur katsayılarının artırılması ile ilgili bir hüküm yoksa da bu gene komisyonun bileceği bir iştir. 15 ve 14'üncü dereceler kalkabilir" dedi.

"Sayın Tanır, hayat pahalılığı pek duracağı benzemiyor. Öte yandan önümüzdeki günlerde büyük oranlı bir devalüasyon yapılacağı söylentileri de var. Ustelik 14 ve 15'inci derecelerin kalkması doktorlar için bir değişiklik getirmez. Bu durumda Katsayının yükseltilmesi yoluna gidilmesi gerekmektedir. Ne dersiniz?" şeklindeki bir sorumuzu ise,

"Devalüasyon yapan partiler seçime giremezler. Seçim varsa devalüasyon olmaz" diyerek cevapladı.

Milli Selamet Partisi

Dr. Fehmi CUMALIOĞLU

M.S.P. GENEL BAŞKAN YRD.



CUMALIOĞLU: Türkiye Sağlık sorunları koruyucu ve tedavi hekimliğini öğilendirmek üzere çeşitli bölümleri kapsamaktadır.

Acil ve uzun vadeli plan ve programlarla Devletçe ele alınmasını gerektiren bu sorunların başlıcaları şunlardır:

Acil tedbirler :

a — Mevcut bulaşıcı hastalıklarla mücadelede hız ve genişlik vermek, aşı taramalara devam, korunmada halkı genel bir eğitime tabi tutmak,

b — Modern besi kontrol sisteminin yurtçapında kuruluşuyla, yeterli analiz laboratuvarlarının kasaba belediyelerine kadar teşmil ve tesisi.

c — Gecekondu bölgeleriyle köylere temiz su temini, kanalizasyon ve fosptiklerin islahı ve tesisi

ç) Devlet eli ve propogandasıyla halkı alkollü içkilerle zehirlemeye paydos.

Anayasamızın 10 ncu ve 49. ncu maddeleri "Devlet, herkesin maddi ve manevi varlığının gelişmesini, Beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını sağlamakla görevlidir" dediği halde Devlet kendi eliyle halkını zehirlemekte, alkollü içki imal ve satışını içkiyi överek satmaktadır.

Alkolün zehir olduğu, bütün organizmayı, dokuları sinir sistemini, en önemlisi de insan tohumunu tahrip ve dejenere ettiği cemiyette sakat ve psikopat nesillerin çoğalmasına sebep olduğu, ruhsal bunalımlara ve alkol cinnetlerine malzame hazırladığı istatistikler ve tıp ilmi ile sabit olmuş bir gerçektir.

Bugün bütün dünyada olduğu gibi her eve her toplantıya alkollü içki modası girmiştir. Yer yüzündeki ruhsal bunalımlar, huzursuzluklar, ırza tecavüzler, cinayetler, rüşvet ve dalaveler, sayısız rezaletler, bizdeki sosyal huzursuzluklar anarşi, nizam düşmanlığı gibi hareketler hep alkoliün eseridir.

Tekel fabrikaları alkollü içki ve şarap yerine, halkın gıdasına yardımcı olacak reçel, üzüm mamülleri ve ekstreleri gibi faydalı bir üretime çevrilmelidir. İçkiyi kötülemekte, zararlarını anlatmakta doktorlar ve Tabib Odası önderlik yapmalı. Yılbaşı ve Tıp gecelerinde alkollü içkiyi programlarından kaldırmalıdır.

e — Aile planlamasının, nüfusumuzu kırmak, aileyi namus ve iffet müessesini tahribe yönelik olmaktan kurtarmak.

Ana ve Çocuk sağlığına ağırlık vermek.

Gebeliği önleme hapları, rahim tıkaçları, kürtaja sağlanan kolaylıklar, kadınların bünyesinde fiziki ve ruhsal sakatlıkları ve hastalıkları meydana getirdiği bir yana, ayrıca memleketimizde ahlâk, namus ve iffet telakkisini yıkmış, milli geleneklerimizi tahrip ederek seks furyasına ve fuhuş yaygınlığına sebep olmaktadır.

f) Bölgeler arası sağlık ve hekim dengesizliğini gidermek için, o bölgelere hekim ve sağlık personelinin çekecek cazip ve teşvik edici âcil tedbirler getirmek

Yabancı ülkelere beyin akımını önlemek.

Türk hekimleri de en az diğer meslek mensupları kadar vatanseverdir. Fakat hekimlerin davasına bu güne kadar gelip geçen iktidarlar eğilmemiştir. Hekimler, ilim ve geleceklerini teminat altına almak için gönül kırıklığı içinde dış ülkelere gitmektedir.

Baskı yasaları çıkarmakla bu keşmekeş önlemez. Hekime de insan hakları, okumak olgunlaşmak ve istirahat imkânı, maddi ferahlık sağlanmalı, adaletli bir tayin sistemi uygulanmalı, pratisyenlere ihtisas için, mahrumiyet böl. gelerine gittiklerinde öncelik tanınmalıdır.

g — Hekim ve sağlık personelinin yetiştiren müesseseleri çoğaltmak.

Uzun vadeli tedbirler:

Memleket gerçeklerini göz önüne alan bir plan ve program içinde, Devlet bütçesinden de sağlığa ayrılan ödeneklerin çok üstünde tahsisat olarak sağlık sorunlarına ciddiyetle eğilmek gerektir.

ATOB : Soru 2 :

CUMALIOĞLU: Sosyalizasyonun mahrumiyet bölgelerinde uygulanması devam ederken bir yandan Genel Sağlık sigortasını gerçekleştirmek bir zaruret.

ATOB: Soru : 3

CUMALIOĞLU: Doktor ve sağlık personeline verilen yan ödemeler günc denecek kadar yetersizdir. Hizmetin maddi ve manevi ağırlığı göz önünde tutularak, mesai saatleri dışındaki hizmetler değerlendirilmelidir.

ATOB: Soru 4 :

CUMALIOĞLU: Meyak durumu bir kanun konusudur Aksaklıkları en kısa zamanda Meclisler ele almalıdır.

G. SAĞLIK SİGORTASI

Genel sağlık sigortası Çalışmalarının tarihçesi

Dr. Refik ERER

Genel Sağlık Sigortası, Kanun tasarısı, 12 Mart'tan sonraki Hükümetler tarafından benimsenmiş, ancak aradan geçen 4 yıla yakın bir süre içinde yurtdışına meydana gelen değişiklikler ve gelişmeler gözönünde bulundurularak tasarının yeni bir revizyona tabi tutulması gereği de duyulmuştur.

Bu amaçla SSYB Müsteşarı Sayın Dr. Osman Yaşar başkanlığında kurulan Bir komisyon 18.10.1972 günü ilk toplantısını yapmıştır.

Komisyon Üyeleri :

Sağlık Bakanlığı adına: Dr. Osman Yaşar, Dr. Ahmet Üstünoğlu, Dr. Rıza Köksoy, Dr. Çetin Akçağlayan ve Dr. Fikret Pamir.

Çalışma Bakanlığı adına: Dr. Refik Erer

Maliye Bakanlığı adına: Hasan Çetin Savaş-Erdem

ODTÜ adına: Prof. Oğuz Arıç

Devlet Planlama Teşkilatı adına: Taner Karahanoğlu

SSK adına: Mustafa Ertem - Nihat Selamoğlu

Türk Tabipler Birliği adına: Dr. Erdal Atabek - Dr. Tonguç Görker

Türkiye Ziraat Odaları Birliği adına: Dr. Zeki Yüçetürk - Dr. Yusuf Mergen

Türkiye Esnaf ve Sanatkarlar Konfederasyonu adına: Muzaffer

Türk-İş adına: Neşe Erel.

Türkiye Esnaf ve Sanatkarlar Konfederasyonu adına : Muzaffer

18.2.1972 ile 9.3.1972 günleri arasında 6 toplantı yapan ve o vakitki Sağlık Bakanı Sayın Dr. Cevdet Aykan'ın bir açış konuşması ile çalışmalarına başlayan bu komisyon, birinci tasarımın tümü ve maddeleri üzerinde geniş tartışma, eleştiri ve tartışmalar yapmıştır. İkinci tasarımın hazırlanmasında yararlanılan ilgili kuruluşların eğilim, öneri ve eleştirilerini belirten bu çalışmaların özeti-konuşma sırası gözetilmeden Bakanlık ve kuruluşlara göre şöyledir.

Dr. CEVDET AYKAN: Bakanlığımızda son haftalarda grup çalışmaları yapılmaktadır. Orneğin, ODTÜ ve İstatistik Enstitüsü ile malzeme üzerinde, diğer bazı kuruluşlarla ilaç fiyatları üzerinde asistanlar yönetmeliği üzerinde ve diğer bazı konular üzerinde.. Bir müddet sonra bize sorsanız (Kaç doktor arapça biliyor? Kaç doktorun mikroskobu var?..) diye bunların hepsini cevaplandırabileceğiz. Yoğun bir çalışma içindeyiz. Bunlar arasında en mühimi sizin konunuz olan Genel Sağlık Sigortasıdır.

Sağlık hizmetlerimizin kifayetsizliği hepimizce bilinmektedir. Hastanelere yatan hastaların - memurlar hariç - ancak % 3'ü ücret ödemektedir. Bütün yük Sağlık Bakanlığının omuzlarındadır Döner Sermaye geliri ancak 100 milyon kadardır. Halbuki Bakanlık bütçesi 2 milyardan fazladır. Yurdumuzda Sağlık

Sigortasından pek az insan faydalanıyor. Büyük çoğunluk sosyal yardıma veya kendi imkânlarına başvuruyor.

Eskişehir'de sigortadan bahsetmeden muhtaralara bir soru yönelttim, cevapları entresandı. Bizi de sigorta kapsamına alın

Parlamentodaki bütün gruplar sağlık sigortasına taraftardır. Hükümetimiz de kademeli bir uygulama yanlısıdır.

İlk tasarımın hazırlanmasında çalışmış arkadaşların çoğu bugün buradalar. Çalışmalarınızı Mart ayı içinde bitirebilerseniz Genel Sağlık Sigortası Kanununu bu yıl çıkarmak mümkün olacaktır. Parlamento ve Kamu oyu hazırdır.

Hem teşekkür etmek, hem de kutlamak isterim sizleri. Benim söyleyeceklerim bu kadar.

SAĞLIK BAKANLIĞI: Eski program ve tasarı tekrar gözden geçirilmek kaydı ile Meclisten geri alınmıştır.

Sosyalleştirmede bütün yük Sağlık Bakanlığına kalmış ve işler iyi gitmemiş, bundan dolayıdır ki, bir Sağlık Sigortasına gidilme lüzumu belirmiştir.

Bu tasarımın hazırlanmasında Devlet Planlama Teşkilatı bize yeterince yardımcı olmamış, hesaplarda çok iyimser davrandığımızdan söz etmekle yetinmiştir.

Bu Sigortaya Devletin de yeterince katkıda bulunacağını ümit ediyoruz. Bizim görevimiz Genel Prensipleri koymak, finansman hesaplarını az hatalı tahminlerle göstermektir.. İşçiler nasıl Devlet Sağlık Tesislerinden yararlanıyorlarsa, Devlet de Genel Sağlık Sigortası da onların boş yataklarından faydalanacaktır.

4 milyon nüfuslu Sosyalleştirme Bölgesinin bir yıllık tüm poliklinik sayısı bir milyonun altındadır. Yani bir kişiye düşen ortalama müracaat 0.25 dir. Biz bunu Genel Sağlık Sigortasında 2.5 olarak aldık, uygun bir tahmin denebilir.

Döner Sermaye de devam edecek ve önümüzdeki yıllarda kendi masrafını korur duruma gelecektir. Sosyalleştirme de 1978 de tamamlanacak, Genel Sağlık Sigortasına o da yardımcı olacaktır.

Sağlık tesisi olarak Sağlık Bakanlığı hastanelerinden başka kurumlara ve şahıslara ait bütün hastaneler ve hekimlerle de anlaşmalar yapılacaktır. Bu nedenle hekim ve hasta yatağı bakımından fazla bir sıkıntımızın olmayacağı kanısındayız.

ÇALIŞMA BAKANLIĞI: Tarım Sektöründe çalışanlar bu sigortanın ağırlık merkezini teşkil etmelidirler. Hem en ihmal edilmiş sektör olduğu için, hem de çalışmaları ile yaşamımızı sağladıkları için.

S.S.K. nın boş kapasitelerinden yararlanmak, bizzat işçilerin lehinedir, zira bugün yüz milyonlara mal olmuş tesislerinin bir kısmı, atıl kapasite halinde, her geçen günü zararına işlemektedir.

Yeni kurulacak sigortanın en kritik konusu, yurtdışı hekim azlığından ziyade, hekimlerin dengesiz dağılışıdır. 3 büyük kentimiz çevresinde toplanmış olan ve % 65 oranındaki hekimleri kırsal bölgelere gönderebilmek hem zor, hem de çok masraflı olacaktır. Bu konuya ilişkin hesaplar yeniden ve daha gerçekçi bir yoldan gözden geçirilmelidir. Sağlık hizmeti Standardının S.S.K. hizmetleri düzeyinde olmasını istemek de bizim görüşümüzle, bu sigortanın daha en azından 15 yıl kurulmamasını istemek demektir. Daha mütevazı ölçülerle işe başlayabiliriz. 10000 kişiye 30 yatak da yeterlidir; önümüzde Hacettepe Tıp Fakültesi ile Sağlık Bakanlığının yürüttüğü bir Etimesgut Denemesi var, bu oranın altında bir yatakla idarenin mümkün olabileceğini gös-

teriyor. İlk yıllar için bütün Sağlık Yardımları biraz kısıtlı tutulabilir, örneğin, ilaçlardan acil olanları parasız, diğerlerini ve laboratuvar, röntgen ücretlerini % 30-50 bir sigortalı katkısı ile vermek gibi. Hastaneye yatırmaları da buna yakın bir sisteme bağlama düşünülebilir. İlk anlarda az verip, bunu gittikçe arttırmak fazla bir tepki yapmaz, ama çok vadedip, yerine getirememek büyük bir güvensizlik yaratır. Sosyalleştirme de bu olmuştur, aynı yanlış da daha düşülmemelidir.

Üzerinde durulması gerekli bir nokta da hastanın hekim seçme hakkıdır. Bütün dünya mevzuatında yer almış bu ilkenin pek az memlekette söylendiği gibi uygulandığını hepimiz biliriz. Bugün yaklaşık olarak 1.000 sigortalıya bir hekim düşen S.S.K. bile bunu uygulayamamaktadır. İlerde büyük çatışmalara yol açabilir.

Kurulması düşünülen bu sigortaya Devlet katkısının ne olabileceğine gelince, bir iki istisna dışında bütün dünyada Kırsal bölge sosyal güvenliğine devlet katkısı bütün dünyada adet gibidir. Maliyemiz bunu göze almalıdır.

İlaç ve eczane konusu da çok önemlidir. Yeni tasarıda bunlara da yer verilmelidir.

Sağlık Bakanlığındaki arkadaşlarımız Sosyalleştirme ile Genel Sağlık Sigortasının bir yürüyeceğini öngörüyorlar. Biz bu konuda endişeliyiz.

MALİYE BAKANLIĞI: Bakanlığımız Genel Sağlık Sigortasına karşı değildir. Ancak Genel bütçeye düşecek payın en azından % 75 bir isabetle tahmin edilmesinde zaruret vardır. Bizden ne isteneceği aşağı yukarı bilinmelidir. Zira benzeri bir çok girişimde, örneğin, Sosyalizasyonda, İstiklal madalyası sahiplerine şeref aylığı bağlanmasında, son personel kanunu uygulanmasında hep tahminlerin çok üstüne çıkılmış, bütün sorumluluk Maliye Bakanlığına yüklenmiştir.

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ: Türk Tabipler Birliği, daima Genel Sağlık Sigortasının yanında olmuştur. Ancak tasarıda hesapların neye dayandıkları iyice bilinmelidir. Biz Yani Sağlık Tesisi kurmayı yalnız hizmet satın almanın karşısındayız. Devletin de katkısı çok olmalıdır. S.S.K. nın hem kapsam dışı bırakılması, hem de yataklarından faydalanılmak istenmesi bir çelişki gibidir.

S.S.K. sigortalıları yılda ortalama 6.5 defa hekime baş vururlar, bu oran Romanyada 8.5 dir. Bu nedenle 2.5 defa hekime çıkılacağı görüşü isabetli değildir, 10.000 kişiye de en az 50 yatak hesabedilmelidir. Hizmet standardında ölçü SSK. Sağlık hizmetleri olmalıdır. Hem prim almak, hem de bugün Sağlık Bakanlığının Sosyal Yardım olarak sağladığından fazlasını yapmaması doğru olamaz.

TÜRKİYE ZİRAAT ODALARI BİRLİĞİ: İşe Köylüden başlanması ve köysel bölge halkından daha düşük prim alınması önerisini memnunlukla karşılıyoruz.

Köylülerin büyük bir çoğunluğunun sigorta primini ödeyemeyecek durumda oldukları görüşüne katılmıyoruz. Çiftçi ailenin en az % 50 sinin bu primi ödeyebilecekleri inancındayız.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI: Döner sermaye sisteminin devam edip etmeyeceğine ve Organizasyonu kimin yürüteceğine dair tasarıda bir açıklık yok. Keza eczane hizmetlerinden de tasarıda söz edilmemektedir, çok önemlidir. Açıklığa kavuşturulmaları gerekir.

Kırsal bölgenin başa alınması zaruridir. Ancak hesaplar iyi yapılmalı. Bu sigortaya ümit bağlayanlar hayal sukutuna uğratılmamalıdır. Çiftçilerin, Ormanlıların katkılarının çok sınırlı olacağı bilinmelidir. Ormanlıların arasında yaptığımız bir araştırmada, aldığımız cevap (Biz ayda 10-15 liradan fazla vere-

meyiz) olmuştur. Bunu Eskişehirde muhtarlarla yapılan görüşmeye karşı hatırlatırım. Sigorta isteriz, diye telgraf çekmek başka, fiiliyata geçip prim ödemek başka şeylerdir.

EMEKLİ SANDIĞI: Kamımızca S.S.K. bu sigortaya kendi isteği ile derhal katılmalı ve böylece işçiler de % 5 primle gördükleri Hastalık sigortası hizmetlerini her kez gibi % 3 le gördürmelidirler. S.S.K. da bir poliklinik muayenesinin 53, bir yatağın bir günlük maliyetinin 85 lira olduğunu yine kendi yayınlarından öğreniyoruz. Bu sigortaya katılmakla onlar da daha az masraf edeceklerdir.

Tasarıda adı geçen Meslek Kuruluşlarının prim tahsilatında yeterli olup olmayacakları da iyice incelenmelidir.

Genel sağlık sigortasına Niçin "HAYIR"

Dr. Nusret H. FİŞEK

Sağlık sigortasından söz ederken önce belirlenmesi gereken husus, sağlık sigortası ile milli cephe hükümetinin Türkiye Büyük Millet Meclisine sunduğu kanun tasarısının ayrı konular olduğudur. Bu nedenle bunların ayrı incelenmeleri gerekir.

Önce genel olarak sağlık sigortasından söz edelim. İlk belirtilecek nokta sigortanın bir hizmet kurumu değil bir finansman kurumu olduğudur. Bazı ülkelerde sağlık sigorta kurumları kendi sağlık örgütlerini kurmuşlardır. Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu ve İsrailde İşçi Sendikalarının sağlık sigorta örgütü bu biçim uygulamaların örneklerindedir. Ancak bu uygulamaların kaide değil istisna olduğunu bilmek gerekir.

Türkiyede sağlık yardım hizmetinin de İşçi Sigortaları Kurumunun hizmetleri arasına alınması kararlaştırıldığında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının örgütlerinin yetersiz olduğu görülmüş ve bu nedenle sigorta kendi örgütlerini kurmağa başlamıştır. Bu uygulamanın tüm halka sağlık hizmeti götüren örgütlere yapacağı zararı kestiremeyen hükümet bunu olumlu olarak karşılamıştır, tıpkı şimdi genel sağlık sigortasını öneren hükümet gibi.

Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık örgütleri az gelişmiş bölgelerde ve kırsal bölgede yaşayanların aleyhine gelişmiş ve gelişmektedir. Örneğin, bu gün Doğuda hastanelere uzman hekim bulamamanın en önemli nedeni Sosyal Sigortalar Kurumunun batıda yarattığı iş olanaklarıdır.

Hekim Oranı

1950 lere kadar sağlık hizmetinden çok sınırlı olarak yararlanabilen işçilerin sigortanın kurduğu sağlık örgütlerinden geniş ölçüde yararlanması, olayları geniş açıdan göremeyen bazı kimselerde, herkesi sigortalamakla aynı sonucun alınabileceği yanılgısını doğurmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu işçilere bu hizmeti Türkiye'de mevcut hekim hizmetini kendi tarafına çekerek sağlamıştır. Bu gün Türkiye'de 2 000 kişiye bir hekim düşerken Sosyal Sigortalar Kurumunda 700 kişiye bir hekim düşmektedir. Buna rağmen sigorta örgütlerinin talebi karşılayamadığı, hastane ve dispanserlerde yığılma olduğu ve bu nedenle hizmet kalitesinin düştüğü görülmektedir. Bu beklenen bir sonuçtur. Sigorta talebi arttırır ve 700 kişiye bir hekimle sigortalılara sağlık hizmeti istenen düzeyde verilemez. Sağlık hizmetini sigorta yönetiminin değil, hekimlerin yürüttüğünü söylemek, her halde, bilineni söylemek olur. Ama anlaşıldığına göre bunu bilmeyen veya değerlendiremeyen sorumlular var ülkemizde.

Ülkemizde, halk düzeyinde sağlık sorunu, bir finansman sorunu olmaktan çok, hekim gücü açığı sorunudur. Sağlık hizmetlerini geliştirmede önce çözümlenmesi gereken sorun hekim gücü sorunudur. Bu çözülemeyecekse finansman kaynağı yaratmak anlamsız olur. Bu nedenle Türkiye'de bu günkü şartlarda genel sağlık sigortası kurulamaz. Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarmak siyasi reklam materyeli hazırlamaktan başka işe yaramaz.

19. YY. Sigortacılığı

Yirminci yüzyılın son dörtte birinde, her ülkenin mevcut sigortaları tasfiye ettiği bir çağda, 19. yüzyılın sigortacılığına sarılmanın anlamı nedir? Biliyoruz ki 20. yüzyılın ikinci yarısında sağlık hizmetlerinden en yüksek düzeyde yararlanmanın bir insan hakkı olduğu ve bunu sağlamanın bir devlet görevi olduğu kabul edilmektedir. Sağlık sigortası ise 19. yüzyılda liberallerin, halkın sağlık hizmet istediğini karşılamak için yarattıkları bir kurumdur. Liberal düzende hekimlik ile çağdaş hekimlik arasındaki fark birincide hizmet üretimini pazar ekonomisi kurallarının düzenlenmesi, diğerinde hizmeti devletin maaşla çalıştırdığı hekimlere yaptırmasıdır. Pazar ekonomisinin en belirgin niteliği de hizmetin kazanımın fazla olduğu yerde gelişmesidir. O halde liberal bir düzende hekimlerin aşırı ölçüde ihtisaslaşmaya kayması, büyük kentlerde toplanması kaçınılmaz bir olgudur. Yeter sayıda hekimi olan ülke-

lerde bu etkinin farkına varılmayabilir. Ancak liberal düzen, hekim sayısı, yetersiz ve az gelişmiş ülkelerde, her alanda olduğu gibi güçsüzü ezer.

Yine sözü ülkemize getirelim. Türkiye'de sağlık düzeni liberal düzendir. Sigorta sağlık hizmeti pazarını genişleteceğine göre, bu kanun hekimlere her yerde, bu arada büyük kentlerde de, daha geniş iş sahası açacaktır. Bu durumda hekim, daha rahat yaşama, çocuğunu daha iyi okulda okutma gibi nedenler ile büyük kentleri tercih edecektir. Şimdi doğu illerine hekim bulunmaz iken, bu kanun yürürlüğe girince orta anadolu ve hatta batı anadolunun küçük ve az gelişmiş il ve ilçelerinde de hekim bulunmayacaktır. Ne yazık ki 20. yüz yılın son dörtte birinde çağdaş kapitalist düzene bile geçemeyen yöneticiler var.

Hükümetin Kanun Tasarısı

Şimdi hükümetin Türkiye Büyük Millet Meclisine sunduğu kanun tasarısına gelelim. Tasarı o kadar hatalar ile doludur ki, hepsini burada saymaya gerek yok. Sadece önemli bir kaç noktaya değinmek yeter. Bu kanuna göre, kanun hizmetlerin yapılması olanağı olan yerlerde uygulanmağa başlayacak ve kademeli olarak yurt içinde yayılacaktır. Bunun anlamı sigortanın büyük şehirlerden başlamasıdır.

Kanunun bir diğer hükmü sigortalı kişiye, özel muayenehane hekimleri dahil, istediği hekim ve hastaneye gitme hakkının tanınmasıdır. İlk bakışta çok yerinde gibi görünen bu hükmün altında yatan, hükümetin ve Sosyal Sigortalar Kurumunun hekimlik hizmetinden elini çekmesini sağlamaktır. Bu tasarı kanunlaşırca şöyle işler: Hiç bir hasta hükümetin sağlık tesislerine gitmez. Gitse bile hekim "Arkadaş sen hükümetle ortakmısın. Niye öğleden sonra muayenehaneme gelmiyorsun. Parayı sen verecek değilsin ya." diyerek hastaları muayenehanesine çekecektir.

Sosyal Sigortalar Kurumuna gelince; sigortanın sağlık hizmetinden şikayetçi olan işçiler de, diğer sigortalılar gibi, hekim seçme hakkı isteyeceklerdir ve kesinlikle bu hakkı alacaklardır. O zaman muayenehanelerde iş ve kazanç o kadar artacaktır ki, Sosyal Sigortalar Kurumu dahil, tüm kamu kuruluşlarındaki hekimler görevlerinden ayrılarak muayenehane açacaklardır.

Hekimlerin kamu hizmetinden ayrılmaları ve çok daha fazla para kazanmalarının ne zararı var diye sorulabilir. Aslında köyde ve kasabada herkes hekim hizmetinden yararlanabilse bu durum önemli sayılmayabilir. Ama durum böyle değildir. Gerçeği açıklamak için ufak bir hesap yapalım. Sağlık sigortasının başarı ile

uygulandığı ülkelerde 500 kişiye bir hekim düşmektedir. İhtiyaç bu düzeydedir. Buna göre ülkemizde mevcut 15 000 hekim ancak 7,5 milyon kişiye hizmet götürebilir. Geri kalan 33 milyon kişi bu günkü durumdan da kötü duruma düşer. Genel Sağlık Sigortası Kanununa "Hayır" demenin bir nedeni budur.

Son günlerde büyük isimleri olan yüz kadar hekimin genel Sağlık Sigortası Kanununu destekleyen bir bildiri imzaladıkları söyleniyor. Bu hekimler ne için halk yararına olmayan bu kanunu destekliyor. Kazançları artsın diye mi? Hayır. Bu hekimler sigorta olmasa da kazanabilecekleri kadar para kazanmaktadır. İstenen şey muayenehane hekimliğinde kazanç olasılığını arttırarak hekimlerin büyük çoğunluğunu muayenehane hekimliğine bağlamak ve tüm halka eşit hizmet götürmek isteyen hükümetlerin sağlık hizmetlerini sosyalleştirme çabalarını baltalamaktır. Genel Sağlık Sigortası Kanununa "Hayır demenin ikinci nedeni budur.

Koruyucu Hekimlik

Sağlık alanında koruyucu hekimlik hizmetlerinin öncelik alındığında görüş birliği vardır. Bir diğer gerçek de en liberal ülkelerde bile bu alanda pazar ekonomisinin işlemediğidir. Koruyucu hizmetler için Hükümetlerin hekimleri maaşla çalıştırmaları zorunluluğu vardır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bugünkü hekim kazanç düzeyinde bile bu hizmetlere hekim bulamamaktadır. Hekim kazancı şimdikinin bir kaç katına fırlayınca nasıl hekim bulur. Sağlık Sigortası Kanununa "Hayır" demenin üçüncü nedeni budur.

Sosyal Sigortalar Kurumu işçilerin kazancının yüzde onuna yakın prim almasına ve hekim seçme hakkı tanımamasına rağmen açık vermektedir. Genel Sağlık Sigortası Kanununda prim miktarı kazancın yüzde 4'üdür ve sigortalı özel hekime gidecektir. Bu biçim uygulamada büyük finansman açığı olacağını söylemek için uzak görüşlü olmak gereksiz. Kanunu hazırlayanlar da bunu gördükleri için açığın genel bütçeden kapatılacağı hükmünü getirmişler. Sigorta kademeli olarak uygulanacağına göre sigortadan yararlanma imtiyazı verilen vatandaşa yapılan hizmetin yükünü bu hizmetten yararlanmayan fakir, zengin herkes çekecektir. Kimin için? Sadece sigortalılar için değil, bu kanunun uygulanmasından büyük kazanç payını alacak hekim, ilaç üretici ve satıcıları için. Genel Sağlık Sigortası kanununa "Hayır" demenin dördüncü nedeni budur.

Örgütlenme Modeli

Şimdi yazımıza başlarken değindiğimiz bir diğer noktaya gelelim. Sağlık sigortası tüm halka yararlı olacak biçimde geliştirilemez mi? Geliştirilebilir. Bunun için önce Türkiye'nin olanakları göz önüne alınarak bir örgütlenme modeli geliştirmek gerekir. Bu yapılmıştır. Geliştirilen model sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununda ön görülen örgütlenmedir. Bu model bazılarının sandığından farklı olarak araştırmalara dayanılarak ve ülkemizin şartlarına uyacak biçimde hazırlanmıştır. Etimesgut bölgesinde 10 yıldır sürdürülen uygulama göstermiştir ki, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun getirdiği model ülkenin koşullarına uygundur ve bu hizmetler kanunun ön gördüğü bütün şartlar yerine getirilerek uygulanırsa başarı sağlanır. Kanunun uygulandığı diğer illerde başarısızlığın nedeni yersiz politik müdahale ve baskılar ile yönetimin yetersizliğidir.

Ülkemizde sağlık örgütlenmesi sorunu çözümlendikten sonra hükümet genel bütçe kaynakları ile kapatılamayacak bir finansman açığı görür ve bu açığı vergileri arttırarak kapamayı sakıncalı bulursa, halktan sağlık sigorta primi toplamak için bir kanun çıkarabilir. Bu yargıdan sonra "Acaba çıkarmalı mıdır?" diye de düşünebiliriz. Böyle bir kanun çıkarmanın içtenlikle tavsiye edilebileceğini sanmam. Çünkü sigortaya prim ödemenin kişi üzerinde olumsuz psikolojik etkisi vardır. Kişi para ödedim diye ihtiyacı olmadan da hizmeti kullanabilir, hekimin zamanını israf edebilir, ilaçları gereksiz yere tüketebilir.

Yazımı 1970 yılında XXI. Milli Tıp Kongresine sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda sunduğum raporun sonuç paragrafını aktararak bitirmek istiyorum.

"Yukarıda belirtilen hususlara dayanılarak denebilir ki, memleketimizde bu günkü şartlarda sigorta kurulması gerekli değildir. Hükümet vatandaşlar arasındaki sağlık hizmetinden yararlanmadaki farklılığı daha da belirgin bir hale getirmemek için sağlık sigortasından imkân ölçüsünde kaçınmalı, sağlık konusuna gereken önemi vererek genel bütçeden sağlık hizmetlerine düşen payı en az yüzde 6 ya çıkarmayı bir prensip olarak kabul etmeli, sağlık hizmetlerini bir an önce bir elde toplamalı ve verilen ödeneklerin en verimli bir şekilde kullanılabilmesi için sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini uygulamaya daha fazla ve daha disiplinli çaba harcamalıdır."

ARAŞTIRMA

Kentleşme ve Sağlık Sorunu

Dr. Yıldırım ÇINAR

Kentleşme çoğu kez kalkınmanında ölçüsü olarak savunulmuş ve gösterilmiş bir olgudur. Kalkınma veya geri kalmışlığı, kentleşme ve kentte yaşayan nüfusun çokluğu ile belirleyen, pek çok veri kolayca hatırlanabilir, Biz ise burada kentleşme sürecinin sağlık sorunlarımıza olan etkisini araştıracağız. Ancak sağlık sorunu da diğer sosyo-ekonomik sorunlardan ayrı ve bağımsız olamayacağından, konumuzu şu esaslar içerisinde ele alacağız:

Sağlık sorunu nedir?

Sağlık sorunu sağlık hizmetlerinin topluma yaygın, ve eşit olarak yerinde ulaştırılmasıdır. Daha önceleri sağlık hizmetleri yalnızca tedavi hizmetleri olarak anlaşılırdı. Bir yöreye hekim yollanması ile o yörede sağlık sorununun halledilmiş olacağı düşünülürdü. Bütün sağlık sorunumuz da adeta hekimin doğuya gidip gitmesi şeklinde vurgulanıyordu. Böylece sorun iyi ve kötü doktorlar arasındaki sayısal bir mücadelenin, iyi kalpli hekimlerin sayıca artıp, doğuya gitmesi şeklindeki bir galibiyeti ile çözümlenebilir deniliyordu. Oysa sağlık hizmeti yalnız tedavi değildir. Hastalanmış bir kişi çoğu kez eski sağlığına kavuşturulamaz ve bu sağıtma işlemi de çok pahalı, uzun zaman ve personel gerektiren bir iştir.

Bu gün çağdaş tıp anlayışı sağlık hizmetlerini koruyucu hizmetler, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üçe ayırmaktadır. Bu hizmetlerin en önde geleni koruyucu sağlık hizmetleri olup, koruyucu tedbirler ile kişiyi hastalanmaktan korumak veya hastalığı hafif atlatmasını sağlamak tedaviden çok daha kolay, ucuz ve insancıl bir yöntemdir.

Koruyucu hekimlik hizmetleri iki temel grupta toplanır.

I — Çevreye yönelik koruyucu hizmetler(Suların kontrolü, atıkların yok edilmesi, vektörler ile savaş, besin kontrolü, vb.)

II — Topluma yönelik koruyucu hizmetler (Sağlık eğitimi,

aşılama, beslenme, erken teşhis ve tedavi amacı ile tarama ve periyodik muayeneler, işçi sağlığı, ana ve çocuk sağlığı, vb.)

Tedavi hizmetleri, sağlık hizmetleri içerisinde ikinci sırayı alır. Üçüncü sağlık hizmeti olan rehabilitasyonu ise "Her hangi bir sebeple ortaya çıkan beden sakatlıklarının düzeltilmesi ve sakatlığına uygun işe yönlendirilmesi" olarak tanımlayabiliriz.

Bütün bu hizmetlerin nasıl verilmesi gerektiğini, bu hizmetlerin verilmesinde toplumumuzun maddi yapısının ve kentleşmenin etkisinin ne olduğuna geçmeden kentleşme konusuna değinelim.

Kentleşme nedir?

Kentleşme ile ilgili çeşitli araştırmalarda, il ve ilçe merkezi olan veya nüfusu belli bir sayıyı aşan yerlere kent adı verilmektedir. Ancak kentleşmeyi yalnız nüfus hareketi olarak görmek yetersizdir. Kentleşme sürecinde nüfusun belli bir yöreye toplanması ile beraber, o toplumun iktisadi ve sosyal yapısındaki değişimler esas unsurdur. Onun için kentleşme tarımsal üretim biçiminden, daha ileri bir üretim biçimine geçiş olarak tanımlanabilir.

Ticaret merkezi olması dolayısı ile kentleşen yöreler, bugün ancak sömürgelerin ithalat ve ihracat merkezi olan yerlerde görülen bir tip olmuştur. Kapitalist sistemde ise kent bir iş, ticaret, ve sanayi merkezi olarak anlaşılır. Bu kentler feodalizmin yoğunlaştığı kent bütünlüğünün kapitalist dönemde teknoloji ve sanayideki gelişimin, nüfusu birkaç misline çıkarması ile oluşmuşlardır.

Neticede oluşan kentler planlı bir faaliyetle de olsa, güç değişebilir bir yapı kazanmışlardır. Bu kentler karın yön verdiği biçimde şekillenmişlerdir. Sanayi istediği ve en karlı olan yöreye oturmuştur, konutlar en çok kar olan yöreye ve en karlı biçimde yapılmıştır. Arsa spekülasyonları ve müteahhit karları kente yön vermiştir. Bu gün gelişmiş ülkelerde bile bu şehirlerin gecekondulaşım, eğitim ve sağlık sorunları azalmakla beraber büyük oranda sürmektedir. Düzeltilmeler ise ancak kişi başına gelirin artması ve pahalı bir yöntem olan yıkıp yeniden yapma ile mümkün olmuştur.

Daha sonraki aşamada sosyalist ülkelerin kentleri gelmektedir. Sosyalist sistem kapitalist sistemle oluşan kentleri miras almıştır. Ancak en eski sosyalist kentin 60 yıllık mazisi olması dolayısı ile sosyalist ülke kentleri ile diğerleri belli oranda benzerlik gösterirler. Sosyalist ülkelerin kentleri bütün ülke ekonomisi ile birlikte planlanan kentlerdir. Burada sanayinin kontrolsüz ve plansız olarak her hangi bir yöreye kayması ve peşinden bir nüfus pat-

laması şeklinde göçlerin olması görülemez. Burada kent merkezleri siyasal, kültürel ve yönetsel faaliyetlerle ilgili kurumların toplandığı bir merkez sayılır.

Modern kentleşme sağlık sorununu nasıl etkiler?

Alt yapı hizmetleri, optimal büyüklüğü, konut ve ulaşım imkanları, çevre sağlığı ve gelişimi planlanmış ve gelişmiş kentler toplu bir nüfusa hizmet vermenin kolaylığı ve ekonomik oluşu ile elbette sağlık sorunlarını olumlu yönde etkileyecek bir olgudur. Nitekim sağlık hizmetleri en yüksek düzeye bu tür kentlerde ulaşabilmiştir.

Yurdumuzda kentleşme nasıldır?

Yurdumuzdaki kentleşme sürecini doğru tanımlayabilmek için önce kısaca sosyo-ekonomik durumumuza bakmak gerekir.

Türkiyedeki sektörlerin gayri safi milli hasıladaki (GSMH) payları şöyledir.

Yıllar	Tarım	Sanayi	Hizmet
1963	% 35.7	14.6	36.4
1967	% 30.2	16.7	36.6
1972	% 26.2	17.1	39.0

Çalışanların aynı sektörlere dağılımı ise şöyledir.

Yıllar	Tarım	Sanayi	Hizmet
1962	% 77.1	8.3	13.9
1967	% 71.3	9.2	11.3
1972	% 65.0	11.3	22.7

Görülüyor ki, tarımda çalışanlar ve bunların GSMH'ya katkısı halen en büyük olmakla beraber yıllara göre bir azalma mevcuttur. Buna karşılık sanayi ve hizmet sektörlerinin GSMH'ya katkısı ve bu sektörlerde çalışanların sayısı artmıştır. Ancak hemen görüleceği gibi tarım sektöründen kaçış büyük oranda hizmet sektörüne olmuştur. Sanayi sektöründeki gelişme küçük kalmaktadır ve Türkiye bir tarım ülkesi olma durumunu sürdürmektedir. Mevcut sanayileşmenin ne derece gerçek ve ağır sanayi olduğu ise ayrı bir sorundur.

Türkiyemizin nüfusunun yüzde 64.3'ü kırsal alanda yerleşiktir. Bir de bu nüfusun 36000 yerleşme merkezine (İl, ilçe, bucak, köy.) dağıldığını söylersek, nüfus yapımız daha belirginleşecektir.

Şimdi şunu sorabiliriz "Türkiye'de kentleşme hızı nedir ve bu bir kalkınma işareti sayılabilir mi?"

Yıllara göre toplam nüfus artışına oranla kentsel nüfus artışı şöyledir.

Yıllar	Toplam nüfus artışı %	Genel kentsel nüfus artışı %	100 000 den büyük kentlerde nüfus artışı %
1955 - 60	2.9	6.3	7.8
1960 - 65	2.5	6.7	8.0
1965 - 70	2.6	5.5	8.6

Total kent nüfusumuzun yüzde 30.54 ü Ankara, İstanbul ve İzmir'de oturmaktadır.

Görüldüğü üzere kırsal nüfus kentlere akmaktadır ve bu özellikle 3 büyük kentimize olmaktadır. Bu göç köylerden kentlere olduğu gibi, diğer kentlerden de 3 büyük kentimize doğru olmaktadır.

İç göçlerin yüzde 46,1'ini Marmara yöresi, yüzde 36,6'sını İstanbul metropolü çekmiştir. Öte yandan Karadeniz, İç Anadolu, ve Doğu Anadolu yöreleri göç veren başlıca bölgeler olarak gözükmektedir. Bu yöreler toplam göç hareketinin yüzde 70 ine kaynak olmaktadır. Bu göçlere tarım ekonomisinin yetersiz duruma gelmesi kadar şehirlerin çekici unsuru da yardım eder. Türkiye'nin bütün sanayi kuruluşlarının yüzde 40'ı İstanbul'dadır ve buna bağlı iş bulma imkanı çekici unsurların başında gelir.

Ancak sanayileşme hızının düşüklüğü nedeni ile kente gelen nüfusun pek azı sanayi işçisi olabilmekte, geri kalanı odacılık, kapıcılık, boyacılık, vb. gibi hizmetlere girmekte bir kısmı da işsiz kalmaktadır. Kente gelenlerin yıllık gelirleri artmamaktadır. Tersine yıllık gelirle beraber beslenme, ruh sağlığı ve konut durumu daha da kötüleşmektedir.

Toplam ücretlerin de ancak yüzde 54'ü sigortalı işçi ve memurdur. Bu işçilerin de ancak yüzde 29,6'sı sendikalı olabilmektedir. Geri kalanlar devamlı gelir ve sosyal garantilerden uzaktırlar.

Konut yönünden ise bu kentleşme gecekondulara nüfus yığılması şeklinde olmaktadır. Nitekim 1964 istatistiklerine göre çeşitli kentlerimizde gecekonduda oturan nüfus yüzdesi şöyledir.

Adana % 45	Ankara % 60	Antakya % 32
Diyarbakır % 10	Erzincan % 53	Erzurum % 35
İskenderun % 37	İstanbul % 45	Samsun % 36

1955 te kent konutlarının % 3.5'ü gecekondur iken 1972 de 22.4'ü gecekondudur. Ayrıca gecekondularda oturanların yüzde 46'sının kiracı olduğunu da belirtelim. Kira gideri de yıllık geliri düşürür. Kırsal alanda çok düşük görülen yıllık gelire rağmen köylünün yiyecek ve bir kısım giyecek vs. üretmesi sayesinde kente nazaran fahiş fiatla satın alma zorunluğunun azlığı sayesinde kimi zaman köylü daha iyi durumdadır.

Çeşitli şartlar yönünden köy ve gecekondur konutlarının karşılaştırması şöyledir.

	Köyde %	Gecekonduda %
Oda başına nüfus	2.1	2.6
Sağlam konut	55	30
Çürük konut	16.8	30
Akarsu, elektrik	97.6 yok	elektrik % 41 yok su % 71 yok

Görülüyor ki, Türkiye'de yaygın bir kentleşme değil, 3 büyük merkeze kontrolsüz bir nüfus hücumu vardır. Bu 3 büyük kentimizde de gelişme plansız ve sağlıksız şekilde olmaktadır. Bu çarpık kentleşme sürecinin sağlık sorumlularımıza herhangi olumlu etkisi olmadığı gibi sorunu daha da ağırlaştırdığını sağlık koşullarımızı incelerken göreceğiz.

Türkiye'de sağlık sorunu.

Ötedenberi hekimler parası olana baka gelmişler ve dolayısı ile hekimler talebin ve en çok kazancın olduğu yörelerde, ülkemizde de 3 büyük kentimizde toplanmışlardır. Halk koruyucu hizmetlere para ödemediği için bu faaliyetler yalnız tedavi hekimliğine yönelik olarak kalmıştır. Türkiye'de ortalama 2800 kişiye bir hekim düşerken bu sayı İstanbul'da 700'e düşer ve Doğu Anadolu'da 9400'e çıkar.

Çeşitli ülkelerde ve Türkiye'de yatak başına, hekim başına düşen nüfus ve bebek ölüm oranları ise şöyledir.

Ülke	Yatak başı nüfus	Hekim başına nüfus	Bebek ölüm oranı
Batı Almanya	90	580	23.5
ABD	120	650	21.8
SSCB	107	433	26.4
İtalya	100	560	29.2
Yunanistan	170	640	31.8
Bulgaristan	90	560	30.5
Türkiye	398	2316	153.0

Türkiye'de çeşitli sağlık personeli başına düşen hasta sayısı ise şöyledir.

Kişi başına hasta sayısı

Hekim	2300
Diş hekimi	11300
Eczacı	12100
Hemşire	4200
Sağlık memuru	3700
Ebe	3200

Bütün hekimlerimizin yüzde 62.9'u üç büyük kentimizde toplanmıştır. Bu dağılım şöyledir.

Kent adı	Hekim sayısı	Yüzde oranı
Ankara	3321	19.2
İstanbul	5999	34.5
İzmir	1609	9.2
3 büyük kentin toplamı	10929	62.9
Diğer kentler	6436	37.1
Toplam	17365	100

Türkiye'deki toplam yatak sayısının yüzde 44.6'sı gene Ankara, İstanbul ve İzmir'de toplanmıştır.

Acaba sanayinin, nüfusun, hekimin ve sağlık tesislerinin yığıldığı bu üç büyük kentte sağlık hizmetleri ne durumdadır.

Toplam yatak sayısının yüzde 44.6'sının toplandığı üç büyük kentimizde bir yıl içerisinde, bu yatakların ancak yüzde 58'i kullanılabilmiştir. İstanbul'da, Rami'de yapılan bir araştırmada, canlı doğan çocukların binde 253'ünün ilk ay içerisinde gıdasızlık ve bakımsızlık nedeni ile olduğu saptanmıştır. Bu rakam gelişmiş ülkelerde binde 20'yi geçmemektedir, Türkiye ortalaması ise binde 153'tür.

Görülüyor ki, İstanbul gibi bir yerde Türkiye ortalamasının iki katı kadar çocuk ölümü olabilmekte ve mevcut hasta yataklarının ancak yarısı kullanılmaktadır. Demek ki sağlık tesislerine yakın olmak ve kentte oturmak soruna bir çözüm getirmemiştir.

Tedavi hizmetlerinin diğer yöreler bir yana, üç büyük kentimizde dahi ne halde olduğunu gördük. Acaba çok daha önemli olan koruyucu hizmetler ne durumdadır? Türkiye'de koruyucu hizmetlerle ilgili istatistiki veriler yok denecek haldedir. Ancak koruyucu hizmetleri veren yegane örgüt olan Sağlık Bakanlığının mali durumunu incelemek dahi bize gerekli bilgiyi verecektir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığına genel bütçeden yüzde 3.5 kadar bir pay ayrılmaktadır.

Sağlık Bakanlığının bütçesinin yüzde 74.3'ü personel giderlerine harcanmaktadır. Bakanlık bütçesinin ancak binde 45'i proje, tesis, onarım ve yapı gibi yatırımlara ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı bu küçük miktar ile yalnız koruyucu değil, tedavi ve diğer hizmetleri de vermekle yükümlenmiş durumdadır. Görülüyor ki herhangi bir yörede, herhangi bir sağlık hizmetinin verilisinde ne eşitlikten ne yaygınlıktan ne de yeterlilikten bahsetmek olanaksızdır.

Nasıl düzelir?

Acaba sağlık sorunumuzla ilgili güzel yasalar çıkarılırsa mesele düzelir mi? Bunun geçersizliği Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasaının çağdaş ve halkımıza çok şeyler verebilecek bir yasa iken belli çevrelerce engellenip işlerlikten alıkonulabilmesi ile görülmüştür.

Sağlık sorunu Yurdumuzun diğer sosyo-ekonomik sorunlarından ayrı düşünülemez. Kentleşme de bu sorunların bir parçasıdır. Çarpık bir kentleşme bu sorunları ancak büyütüştür. Sağlık sorununun çözümü de diğer sorunlarla birlikte ve ancak gerçekten halkımızdan yana iktidarların gerçek sanayileşme ve kalkınmayı başarması ile beraber olacaktır.

Not : Mevcut istatistiki bilgiler, Devlet İstatistik Enst., Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı yayınlarından alınmış rakamlardır

ATOB'a abone olunuz



Vedat Dalokay İle bir röportaj

● Türkiye'de mevcut kentleşme süreci sıhhatli bir biçimde midir ve bu bir kalkınma işareti sayılabilir mi?

● Elimizdeki istatistiki veriler, Türkiye'deki tüm hekimlerin % 62'sinin üç büyük kentte toplandığını, ayrıca gene Türkiye'deki bütün yatakların % 44,6'sının gene bu üç büyük kentte toplandığını gösteriyor. Buna rağmen bu yatakların yıl boyunca ancak % 58'i kullanılabilir. Ve gene istatistikler gösteriyor ki, kimi gecekondu bölgelerinde sağlık şartlarının kırsal yörelerimizden daha kötü olduğu görülüyor. Bunun bu günkü kent yapısı ile ilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

● Bu günkü sosyo-ekonomik koşullarda kentlerimizin gelişiminin planlanması mümkün müdür? Sağlıklı ve yaygın bir kentleşme hangi koşullarda olabilir?

Arkadaşımız Cevdet Duranoğlu'nun sorduğu bu soruları yanıtlarken, Ankara Belediye Başkanı Sayın Vedat Dalokay şöyle diyordu.

DALOKAY: Hızla kentleşen bir Türkiye var. Örneğin başkent Ankara'nın 1970 yılında 1 200 000 olan nüfusu, 1975 nüfus sayımına göre 1 700 000 olmuştur. Yani beş yılda 500 000 artmışız. Yılda yüz bin, esasında 1970 yıllarında belki 70-80 bindi, yapılan hesaplamalara göre önümüzdeki yıllarda artış yılda 150-200 bin arası olacak.

Hızlı kentleşmenin nedeni, kırsal alandan kentlere akan insanlardır. Bunun nedenleri Türkiye'de çok tartışıldı, artık biliniyor. Kentin çekmesi değil, kırsal alanda sosyo-ekonomik yapının değişmesi sonucu, kırm itmesidir.

Başkent Ankara, son 5 yıl içinde Finlandiya'nın başkenti Helsinki kadar artmıştır. Veyahut iki tane Konya ili başkentimize ilâve edilmiş, benim görevi devralışımından bu yana, bir Konya ili, yani 250 000 kişi artış olmuştur.

Kentlerde doğumdan gelen nüfus artışı % 2 civarında iken, göçlerle bu % 8'e kadar çıkıyor. Yani % 6 da dışardan gelen göçlerin nüfus artışını itmesi var.

Genellikle kırsal alandan gelen bu insanların, nasıl bir kent fiziği ortaya koydukları da ortada.. Kent köyden gelen bu insanları ememiyor. Sanayi dallarında sağlıklı iş alanları açamıyor. Dolayısıyla kırsal alanda aylak olan bu insanlar, kentte de aylak. Tamamen tüketici nitelikleri olan, çok geçersiz mesleklerle uğraşıyorlar. Örneğin, kapıcılık, işportacılık, değnekçilik, boyacılık, gazete satıcılığı, simitçilik, v.b. gibi. Demin de dediğim gibi kent, sanayi organlarıyla, istihdam hacmiyle bunları ememiyor ve birdenbire sağlıksız bir kentleşme başlıyor.

Esasında kırsal alandan gelen bu insanların sağlık durumları da çok kötü. Çünkü orada iyi beslenememiş, iyi eğitilememiş, ve kendilerini iyi koruyamamış bu insanlar, kentlere de yığın halinde hastalık getiriyorlar. Ve hastalıklı geliyorlar.

Kentlere gelen bu insanlar, kendilerine karşı yeterli ilgili bulamadıklarından ve kentin en kötü sağlık koşulları altında yaşadıkları için, sağlık durumları giderek bozuluyor.

Bugün Ankara'da yaşayan 1 700 00 nüfusun 2/3'ü gecekonduya yaşamaktadır. Yani Ankara'da 300.000 birim konut vardır. Bunun 200.000'i gecekondu. Ortalama 6'şar kişi'den 1 200 000 kişi gecekonduya yaşamaktadır.

Bugün Türkiye nüfusunun 1/20'si Ankara'da yaşamaktadır. Öte yandan Türkiye'deki doktorların 1/4'ü Ankara'dadır. ve Türkiye'deki doktorların zannediyorum % 65'i 3 büyük şehirdedir.

Başkentimizde bulunan doktorları gidin araştırın, bunlar düzenli konutların olduğu yerlere yığılmış, gene gecekondu bölgeleri ihmal edilmiştir. Zannetmeyin ki gecekonduya ulaşan doktor sayısı, Anadoludaki doktor sayısından daha çoktur. Ama eğer doktor kendi karını çok görüyorsa oraya gider, ama kar amacıyla gider...

Nasıl Türkiye'de doktor adil dağılmamışsa, bizim başkentimizde yeşil bile adil dağılmamış. Bence yeşil alanların halk sağlığı konusunda olumlu fonksiyonları vardır. Bence kent üzerindeki yeşil sahaları koruyucu hekimlik kavramı içersinde müतालaa etmek gerekir. Örneğin başkent Ankara'da, Çankaya'ya gidiyorsunuz kişi başına 15-20 m² yeşil saha düşüyor. Cebeci'ye gidiyorsunuz 0,5m² yeşil saha düşüyor. Orada kişi başına düşen banka m²'si, yeşil m²'sinden daha fazla, gecekonduya gidiyorsunuz sıfır, hiç yok...

Kentte sağlık sorunları, kentleşme olayıyla beraber giderek büyüyor. Kentlerimiz sağlıksız kitlelerden oluşan bir sefalet kentleşmesi görünümünde...

Ayrıca kentin yapısı, bozuk olan sosyo-ekonomik düzenin, fırsat vurgun, talan ekonomisinin ortaya koymuş olduğu bir kent tipi olduğu için, biz buna kar kent veya profitopolis diyoruz. Karlarımızı maksimize etmek isteyen insanların spekülâtorlerin kenti diyoruz.

Modern tıp, evvela koruyucu tıptır. Bunun uygulaması, değil kırsal yörelerde, kentlerde bile yoktur. Bizim insanlarımız, hasta olduktan sonra hekim arama yoluna başvuruyorlar mecburen.. Koruyucu sağlık hizmetleri, kentin sağlıklı olmasıyla mümkün. Bunun için kentte çevreye yönelik sorunlarla birlikte, topluma yönelik sorunların da ciddi olarak ele alınması gerekir.

Düşünün ki, çevrede her türlü kirlenme var. Hava-su-toprak. Her türlü yer altı yatırımları daha doğrusu enfrastüktür dediğimiz yeraltında kalan kentin temel gereksinimleri olan hizmetler aksak, yani kanalizasyon yok, sular yeterli kalitede değil, hatta enerji yeterli değil.

Böyle bir kent fiziği içinde yaşayan toplumların kendi sağlık durumlarını korumaları çok güç. Ben size küçük bir anımı anlatacağım. Birgün gecekonducularda gezerken, gecekondu halkı şeker fiatlarının birdenbire pahalılaşmasından çok yakındı bana. Kendilerine "biz sizlerden belediyede çalışanların ücretlerini çok artırdık. Ayda 3-5 kilo şeker tüketimi için üçer lira fazla ödeseniz bu 15 lira eder. Halbuki ben bir günde işçime 15 liradan daha fazla ücret artışı sağladım. Yakımmanızın nedeni nedir?" dediğimde kadın, "Bey bizim sütümüz yok, bizim sütümüz çaydır. Bu nedenle biz çayı bol şekerle içmeyi yeğleriz." dedi.

Şimdi düşünün ki, kentimiz nüfusunun % 60'ından fazlasını oluşturan gecekondu halkının genç kuşakları süt içmeden yetişiyorlar. Şimdi bunlar nasıl fizik kondisyonu kazanır, nasıl bir ruhsal dengeye sahip olur, nasıl beyinleri daha iyi çalışır, nasıl sağlıklı bir insan olur... Giderek bu kuşakların geri zekalı olacakları endişesi içindeyim ben.

Sağlıklı kentleşmenin temel nedenlerini araştırdığımızda görüyoruz ki, kent planlamasının temelinde toprak yatar. Eğer bir kentte toprak, kamu denetiminde değilse veyahut plancının denetiminde değilse, işte o kent böyle kâr kent olur.

Kâr Kent'te, arsa spekülasyonundan yararlanan çıkarıcılar, kent'i istedikleri noktalara çekip, kentte kendi kârlarını maksimize edecek bütün oyunlarını oynayıp, kent alanlarını kullanma kararlarını veriyorlar. Sonunda kent elimizden çıkıyor ve hizmet görmeyen bir araç haline geliyor.

Düşünün bugün başkent planı yoktur. 1933'te Atatürk'ün Yansen'e yaptırmış olduğu plandan başka geçerli ve uygulanan plan yok. Atatürk döneminin plan anlayışı, harükülade bir plan anlayışı idi. Yansen'e planı hazırlattığı zaman, planın oturduğu bütün alanları bir yasayla kamulaştırmıştı ve kentteki arsa spekülasyonunu ortadan kaldırmıştı. Bugün sosyalist toplumların yapmış olduğu bir sistemi, yani kentteki bütün toprakları kamu denetiminde tutma işi bizde o zaman yapılmıştı. Bugün bazı batılı kapitalist ülkeler de bu yöne gitmişlerdir. Üstelik Atatürk, bunun uygulaması için İmar Müdürlüğü diye bir kurum getirmiştir. Bugün o kurumlar tamamen çalışmaz halde ve elimizde plan yok. O plan 1950'ye kadar geçerliydi. 1950'den bu yana bir planın yapılmaması, kentte vurgun yapan çıkarıcıların işine yaramıştır. Eğer plan yapılırsa, bir kamulaştırma eylemi başlamış olsaydı, Türkiye'de kentlerde spekülasyonlar yapılamayacak ve çıkarıcılar vurgunlarını vuramayacaklardı. İşte bu nedenle plansız bir şekilde 1975'i kadar gelen başkent Ankara, bugün o dediğimiz kâr kent örneğini özellikle toprak spekülasyonu nedeniyle ortaya koyuyor.

Bugün ülke planlaması içersine eğer, kent planlaması da dahil edilmezse

Türkiye'de kentlerin kurtuluş yolu kalmaz. Kentler bu bataklık içersine daha fazla gömülürler. Çünkü kent ülkenin bir parçasıdır. Dolayısıyla ülke planlamasında onunda bir yeri olması gerekir. Birinci, ikinci, üçüncü beş yıllık planları okuduğunuz vakit, enerji planlamasıyla Türkiye'deki bütün barajların yerlerini görüyorsunuz, termik santrallerin yerlerini görüyorsunuz, orman veya herhangi bir konuda örneğin; demir üretimi konusunda belli planlar var görüyorsunuz, fakat bütün bu plan tümü içersinde kent planlaması yok.

Halbuki modern kent bugün ülkede üretilen bütün üretimin denetlendiği koordine edildiği ve dağıtıldığı yerdir. Çağımız kenti, artık ne tarım kenti ne de sanayi kentidir. Sanayi de kıra gitmiştir. Sanayi de kendisine açık alanlar arıyor, kent içinde kalamıyor. Bu nedenle kent planlaması, artık ülke planlarının bir parçası olarak ele alınırsa belki çıkış noktaları bulunur.

Halbuki kentler bugün şu fukara belediyelerin ellerine bırakılmış. Kentteki bütün herşey, onların sorumluluğu ve denetimi altında. Maalesef kentler gerek idari ve gerek mali açıdan o kadar güçsüz durumda bırakılmışlar ki, güçleri hiçbir şeye yetmiyor ve kente hiçbir şey yapma olanağı kalmıyor. Mali güçleri yok, yeni alanlar kamulaştırsınlar. İdari güçleri yok, karar alsınlar. Böylelikle Türkiye'deki egemen sınıfların iktidarı, kentlerle istediği gibi uymuyor. Dolayısıyla kentteki insanların sağlık durumlarıyla oynuyor, ve onlar alabildiğine tehlikelerle karşı karşıya kalıyorlar...

ATO: Sayın Dalokay, sizin kent planlamalarında yapılabileceklerinin bir parçası olarak alınması gerektiği görüşünüze katılmamak mümkün değil. Ancak bildiğiniz gibi, bizdeki plan anlayışına göre yapılabilecek planlar; kamu sektörü için emredici, özel sektör için yol göstericidir. Son tahlilde, yapılan planlara ne oranda uyulduğu ortadadır. Kent planlamalarının ülke planlarının içinde yer aldığı varsaysak. Acaba bu düzen içerisinde işlerliği istenilen oranda olur mu?

DALOKAY: Ben demin kenti tanımladım. Kent ülkedeki üretimin denetlendiği, koordine edildiği ve dağıtıldığı yerdir. Demek ki kent yapısı, esasta bundan evvelki toplumların kent yapısını ortaya koymuyor. Yeni bir yapıya geçmesi gerek. Kentler bu nedenle daha çok kültürel sosyal ve idari faaliyetleri, eylemleri yüklenen misyonlara giriyorlar. Ülke planlaması yapılırken bütün bunların planlaması da yapılırken, bunların oturacağı fizik, bunların oturacağı mekan iyi planlanmıyor.

Bunun plana alınmamasının tek nedeni, Türkiye'deki egemen güçlerin kentlerdeki arsa spekülasyonlarını devam ettirmek ve kenti kendi arzularına göre kullanmak istemeleridir.

Kentler o ülkenin sosyo-ekonomik durumunun bir görüntüsü, bir fiziğidir. O ülkede sosyo-ekonomik koşullar ve yaşam ne kadar bozuksa, kent de o kadar bozuktur. O sosyo-ekonomik düzen nasıl bir rejimi tanımlıyorsa, kent de o rejimi tanımlar. Örneğin; Bir sosyalist ülkenin kentine gidiniz göreceksiniz ki, kent fiziği sosyalizmi tanımlar. Bir batı ülkesi kentine gidiniz bakınız, o kent fiziği de kapitalizmi tanımlar. Bizim Ankara'ya bakınız Ankara'daki kent fiziği hangi rejimi tanımlıyor. Ankara'da, çevrede 200.000 gecekondular var, ve merkezde de çok düzenli hatta otuz kata varan binalar...

Bundan 1000 yıl sonra diyorum, bir arkeolog Ankarayı küller altında keşfetse ve açsa baksa ki bir tarafta otuz katlı ve her türlü konforu haiz binalar, diğer yanda her türlü kentsel denetimden yoksun tek katlı barakalar.. Ne derdi arkeolog? Herhalde "burada vaktiyle bir derebeylik hakimdi, Bunlar

beyler, ötekiler de köleler." derdi. Yani Türkiye'deki rejimi böyle tanımlardı. Türkiye'de kentlerde sosyal ve ekonomik bütünleşmenin olmadığını, o arkeolog çok iyi keşfederdi. Kentlerde bir sınıfın çok zengin, çok fazla kazanan; diğer sınıfların hiç kazanamayan milli gelirden hiç hisselerini alamayan, çok kötü sağlık koşulları içinde yaşayan sınıflar olduğunu görürdük. Bundan da bizim rejimimizin ne olduğunu kavradık. Herhalde buna demokrasi demezdik. Bu arada Türkiye'nin 1961 Anayasa'sını da bulsa, arada bir bağ kuramazdı. Ki o Anayasa emrediyor: Dengeli bir toplum, adil bir gelir dağılımı, fırsat eşitliği, ve Anayasanın 49. maddesi "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamaktır..." v.b.

Şimdi konuya bir başka açıdan baktığımızda, kentlerimizde efendi kim diye sorarsanız, cevap otomobildir. Demin de dediğim gibi kentlerimizde, taşıt hakları insan haklarının önüne geçmiş, kent yaşamında doğadan uzak kalmış insan yığılımları, kent yaşamında çocuk ve yaşlılara öncelik vermeyen bir umursamazlık, kent yaşamında sosyal güçleri zayıf olanlara karşı sonsuz bir umursamazlık özellikle devletten.. kent yaşamında, birbirlerine yabancılaşan insanlar, ve yaşamak yerine ölüme terk edilen bir kent tipi...

Sağlık sorununa bir çözüm aranıyor, bu konuda benim de görüşüm isteniyor. Bu sorun yerleşik düzenin bir sonucu olarak ortada bence.

Herhalde herkesin üzerinde oybirliğiyle söyleceği tek şey, eğer bu yerleşik düzen değişmezse kentlerimizi de değiştirmek ve kentlerimizde daha sağlıklı insanlar yetiştirmek, yaşatmak olanaksızdır.

Halk Sağlığının Sınıfsal Temelleri

Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu

Giriş

Şimdiye dek yurdumuzda yapılan çalışmalarda, gerçekten önemli olan halk sağlığı konusuna gerekli önemin verilmeyişi ve hatta bu konuda ciddi hiç bir araştırmanın olmaması, Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosunu böyle bir çalışmaya sevk etti.

Amacımız, halk sağlığı kavramının genel olarak dünyanın gelişimi içinde ve çeşitli üretim biçimlerinde şekillenmesini, tarihi dialektik açıdan ortaya koymak ve görüşlerimizin ilerici-aydın çevrelerce tartışılmasını sağlamaktır. Bu tartışma konunun gelişimi ne de yön verecektir.

Her geçen gün halk sağlığı konusunda dünyada yeni yeni görüşler ortaya atılmaktadır. Buradaki çalışmamız, en çağdaş görüşün incelenmesi, bu görüşe giden yolda halk sağlığı anlayışının geçirdiği evreleri ve ülkemizin sağlık yapısını ortaya koymaktır. Konumuzun sonunda halk sağlığını korumak amacıyla uygulama biçimlerini anlatırken ülkemiz için bir model önereceğiz.

Çalışmamız şöyle plânlanmıştır.

I — GİRİŞ

- A — Halk sağlığı kavramının gelişimi
 - a — Tedavi edici hekimlik anlayışı
 - b — Koruyucu hekimlik anlayışı
 - c — Sosyal tıp anlayışı
- B — Halk Sağlığını etkileyen faktörler: Sosyo ekonomik faktörlerin belirlediği
 - a — Biyolojik çevre faktörleri
 - b — Fiziksel çevre faktörleri
 - c — Sosyal çevre faktörleri
- C — Halk sağlığı anlayışımızın ana karakteri: Sosyal Tıp ve çevresel faktörlerin incelenmesi

II — HALK SAĞLIĞI ÖRGÜTLENMESİNİ ENGELLEYEN SINIFSAK FAKTÖRLER

- A — Üretim ilişkilerinin sağlık sorununa yansımaları
- B — Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihçesi
- C — Türkiye'de tıp eğitimi
- D — Türkiye'de Halk Sağlığı için önerilen palyatif tedbirler.
 - a — Sosyalizasyon
 - b — Sağlık sigortası

III — Halk Sağlığı örgütlenmesinde modeller

- A — Kıyaslamalar
- B — Eleştiriler
- C — Öneriler

Halk sağlığı kavramının gelişimi

Toplumlar tarihin çeşitli evrelerinde, yaşadıkları döneme ait özellikler gösteren, mevcut üretim ilişkilerine uygun olarak, sağlıklarını sürdürebilmek için, çeşitli çalışma ve örgütlenmelerde bulunmuşlardır. Konumuzun daha iyi anlaşılabilmesi için üretim ilişkileri üzerinde kısaca duralım. üretim biçimini üretici güçler ve üretim ilişkileri oluşturur. Üretici güçlerden anlaşılan, üretim araçları (makinalar, araç ve gereçler, toprak, binalar, ulaşım araçları, kanallar, elektrik tesisleri, sanat yapıtları v.s.) ve maddi varlıkları üreten insanlardır. Üretim ilişkilerinden anlaşılan ise, insanlar arasında meydana gelen maddi varlıkların üretim, değişim ve dağıtım ilişkileri yani ekonomik ilişkiler anlaşılır.

Her üretim biçimi kendi ekonomik temeline uygun üst yapıyı oluşturur ve onun gelişimini belirler. Üst yapı kurumlarını, sosyal düşünceler (hukuk, felsefe, din, politika, bilim, v.s.) ve sosyal kurumlar (ordu, partiler, üniversiteler, polis, dernekler, meslek kuruluşları, mahkemeler, v.s.) meydana getirir.

Yukarıda genel doğru olarak belirttiğimiz her üretim biçiminin kendisine uygun üst yapıyı belirlemesi kaidesi her zaman bu şekilde seyretmez. Çeşitli sosyal kurumlar, bazı devrelerde içinde oldukları alt yapının özelliklerini benimsemeyerek bir ileri üretim biçimini savunabilir. Örneğin: bazı partilerin, meslek kuruluşlarının, derneklerin, üniversitelerdeki bazı unsurların bir ileri üretim biçiminin savunmasını yapmalarının nedeni budur. Kapitalist ülkelerde bilim adamlarının bazılarının sosyal tıp görüşünü savunmaları da bu çelişkiden doğmaktadır.

İlkel toplumların, üretim açısından özellikleri, iş aletlerinde illiklik emeğin üretkenliğinin azlığı, yaşamak için zorunlu olandan başka hiçbir üretimin olmayışı, insanın doğa karşısında güçsüzlüğü, ve insanların zorunlu olarak doğal bir işbölümü içinde olmaları sayılabilir. Bu toplumlarda sağlık çalışmaları son derecede ilkeldir. İnsanların bütün çalışmaları aç kalmamak ve ölmek üzerine kurulmuştur. Sağlıklarını koruyabilmek için, bir arada yaşıyorlar, savunma aletleri ve barınaklar yapıyorlar, tehlikelerden kendilerini uzak tutmağa gayret ediyorlardı. İlkel kabilelerde reis ve kabilenin sihirbazı aynı zamanda doktorluk görevi de yapıyordu. İlkel insanlarda hijyen kurallarının bilinmemesi bazı hayvanlarla bir arada yaşama bu toplumlarda paraziter hastalıkların çokluğuna, beslenmenin yetersizliği aneminin yaygınlığına kötü yaşam ve çalışma koşulları ise romatizmanın sık rastlanmasına sebep olmuştur. Antropologların çalışmalarında yine bu toplumlarda kemik iltihapları ve kemik tümörlerine rastlanmıştır. Beslenme ilkel insanlar tarafından önemi kavranan bir konu olmasına rağmen yetersizliği her zaman görülen bir konu olmuştur.

Beslenme başlangıçta yemek arpa yulaf ve yabancı otların karışımı olan bir nevi lapadan ibaretti. Ateşin bulunması besinleri daha yararlı hale getirdi. Ok ve yayın bulunması, çeşitli av aletlerinin geliştirilmesi beslenme içine av etlerini de ilave etti.

İlkel insanların tedavi yöntemi olarak inandıkları en önemli usul sihirbazlık ve tanrılardan şifa dilemek idi. Hastalık sebepleri çok zaman yıldızlara güneş ve ay tutulmalarına, fırtına şimşek gibi olaylara bağlamışlar ve tanrıların gazabı olarak nitelemişlerdir. Ateş hastalık sebebidir. Su ise hastalıkları temizler kanısı vardı. Mezopotamya'da su tanrısı sağlık tanrısı olarak kabul edilmişti. Bazı hastalıklarda bitki sularının kullanılması ve karantina tedbirlerinin uygulandığı ortaya çıkarılmıştır.

Köleci toplumlarda, üretimin illikliği yanında, en kaba ve en barbar sömürü şeklinin ortaya çıkışı, bütün üretim araçları, efendinin mülkiyetinde olduğu gibi, kölelerin akıl almaz ağır işlere koşulması ve ancak kendisine ölmeyecek kadar olanaklar sağlanması, bu üretim ilişkilerinin özelliklerini kabaca belirler.

Böyle bir üretim tarzında sağlık hayatı son derece kötüdür. Köleler bu çalışma koşulları içinde salgın hastalıklara kitleler halinde yakalanmışlar ve hastalandıklarında da efendiler tarafından, yine kitleler halinde hastalığı yok etmek için öldürülmüşlerdir. Köleci toplumda antropologların yaptığı araştırmalar sonucu ortalama ömür süresinin 30 yıl olduğu görülmüştür. İlkel toplumda bahsedilen hastalıklar yanında bilhassa bu toplumlarda ağır işler nedeniyle ektem hastalıklarının fazlalığı, köleler arasında beslenmenin çok yeter-

siz olmasından dolayı salgın hastalıklar ve beslenme yetersizliğine bağlı hastalıklar yaygın biçimde yer almışlardır.

Tedavi olarak bu toplumlarda en önde yapılan tanrılardan şifa dilemek ona kurbanlar adamak, büyücülük sihir gibi işlerdir. Salgın hastalıklar karşısında efendiler kendilerini korumak için kitlesele öldürmeler yolunu tutuyorlardı. Bu devirde basit pansuman işlerinin yapıldığını, bitkisel köklerden bazı ilaçların yapıldığını da bilmekteyiz. Bilinen en ilkel eczane şeklinde kuruluş bu devreye aittir. 760 senesinde Bağdatta kurulmuştur.

Feodal toplumlarda senyörün (derebeyin) toprak üzerinde mülkiyet hakkı ile serf üzerinde sınırlı mülkiyet hakkı, üretim araçlarının senyörün mülkiyeti altında olmasını üretimin genel karakteri olarak gösterebiliriz. Bu dönem içinde 2000 yıl sürmüştür. Batı Avrupa'da Roma İmparatorluğunun yıkılışı olan beşinci yüzyıldan başlayıp, 17 ve 18 nci yüzyıla kadar uzanır. Rusya'da ise dokuzuncu yüzyıl ile 1861 yılı arasında (Kulluk kölelik düzeninin yıkılması) bu dönemi yaşamıştır.

Feodal toplumda serf bir köle değildir. Senyörün, köleci toplumda efendinin hakkı olduğu gibi serfi öldürme yetkisi yoktu. Onu ancak eşya gibi alıp satabilirdi. Ona ufak çapta da olsa topraktan ve artı üründen yararlanma hakkı veriyordu. Bu toplumlarda ortalama ömür süresi 40 yıl olarak hesaplanmıştır.

Salgın hastalıklar, beslenmeye bağlı hastalıklar yine ön plandadır. Ticaretin gelişmesi hastalıkların yayılmasına sebep olmuştur. Tedavi alanında büyücülük, üfürükçülük sihirbazlık, dinsel uygulamalar varlığını sürdürmüştür. Hastalık olan bölgelerden gelen bazı karantina uygulamaları, bazı anatomi biyoloji ve eczacılık dalında ilkel çalışmalar yapıyordu. Tedavinin ana niteliği metafizik uygulamalar dışında polifarmasidir. Bu dönemde sağlık hayatında ilerlemelere üretimin niteliği yanında, kilisenin baskısı da engelleyici baş faktör olmuştur.

Kapitalizm öncesi devrede, önemli miktarda sermaye ve üretim araçlarını elinde toplayan bir azınlık ve yalnız bireysel özgürlüklere susamış, fakat üretim ve yaşama araçlarından yoksun, iş güçlerini satmak zorunda olan çoğunluk mevcuttu. Birinci azınlıktan burjuva sınıfı, ikinci çoğunluktan işçi sınıfı doğdu.

Kapitalist düzende üretim ilişkisi işçinin yaptığı üretimden, işçi ve ailesinin geçimi için ayrılan kısmın dışında kalan artık değere işverenin sahip olması temeline dayanır. İşverenin elinde kalacak olan artık değer (karın) çoğalabilmesi için ya işçi başına düşen üretimi artırmak veya üretimde işçiye düşen payı (ücreti) azaltmak gerekir. Karın artması için ya işçi fazla çalıştırılır, ya da işçi ücret-

leri azaltılır. Her iki durumda da işçi ve ailesinin sağlığı olumsuz yönde etkilenir.

Kapitalist üretim tarzının ana karakteri "kar için üretim, tüketime yönelik üretim" dir. Bu karakter sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkiler. Özel hastahaneler, muayenehaneler, özel ilaç sanayii özel tıbbi okullar, özel sağlık sigorta şirketleri, tıbbi alet ve sanayi ile burjuvazi kar getiren çarklarının sağlık alanında da teşkilatlamıştır. Yani, sağlık hizmetleri burjuvazinin kar kaynaklarından önemli bir kolu olmuştur.

Kapitalist üretim ilişkilerinde sağlık hayatında işçi sınıfı açısından üzerinde durulması gereken iki mesele vardır. Kapitalizm büyük işyerlerinde, fabrikalarda işçileri robotlaştırmak ister. Onun yaratıcı gücünü, onun düşünebilme, yapabilme, keşfedici gücünün yok etmek ister, Şöyle ki, böylece bir fabrikada çalışan işçinin görevi ö-nünden geçen vidaları sıkıştırmak veya kutuların kapaklarının yapıştırmak gibi, üretimin ancak ufak bir parçasıdır. Bunun dışında herhangi bir işi bellemez, başka bir iş yapmaz. Belli çalışma sonunda işinden ayrılan veya emekli olan işçi kendini yapayalnız hisse-der. Senelerdir bu çalışma sistemi içinde aynı bir işi yapan işçinin üretici gücü de artık yok olmuştur. İkinci bir işe uyum veya ikinci bir işte çalışma onun için çok zordur. Bu durum işçinin sağlık ha-yatı için olumsuz bir etkidir.

Kapitalizm her zaman devamlı işçiye ihtiyaç göstermez. Bün-yesinde mevsimlik işçilere, geçici işçilere de yer verir. Bu kesim hayat garantisi olmayan, geleceği için hiç bir güvencesi olmayan, her türlü kötü koşullar içinde çalışmasını devam ettiren guruptur. Çalışma yerleri işçinin yerlerinden uzaktır. Çalışma dağlarda tar-lalardan devam ederken, dinlenme ise barakalarda çadırlarda geçer. Beslenme ise genellikle yetersiz, soğuk ve kötüdür.

İşçi ya sigortasız çalıştırılır ya da sadece çalışma süresi içinde sigorta primi ödenir. İş mevsimi bitince işçinin ne ücreti verilir ne de sigorta primi. Konu sigorta primine gelince şu gerçeği de ilet-mek gerekiyor. Yukarıda bahsedilen her iki konu da ülkemiz işçi sınıfının içinde bulunduğu sorunlarından en önemlilerindendir.

Bunun yanında sigortalı işçinin genellikle karşılaştığı önemli bir sorun daha vardır. İşveren işçinin sigorta primini, işçinin gerçek ücreti üzerinden ödemeyip asgari ücret üzerinden ödemesi sık gö-rülür. Bu da işçinin emeklilik hayatında gelirinin düşük olmasına dolayısı ile yaşamının kötü koşullarını hazırlar.

Görüldüğü gibi halk sağlığını belirleyen her zaman üretim bi-çimi olmuştur.

Günümüzde halk sağlığı sorununa üç ayrı açıdan bakanlar var-dır.

I. Halk Sağlığını "tedavi edici hekimlik" açısından gören anlayış

II. Halk Sağlığı "koruyucu hekimlik" açısından gören anla-yış.

III. Halk sağlığını "Sosyal hekimlik" açısından gören anlayış.

Tedavi edici hekimlik görüşü (klasik tıp anlayışı)

Kökenini çok eski toplumlardan alır. Köleci toplumlarda efendinin, feodal toplumlarda senyörlerin sağlığı üzerine uğraşlar teda-vi edici hekimliğin temelini teşkil eder. Çok uzun geçmişi olan teda-vi edici hekimlik anlayışı çeşitli gelişmeler göstermiştir.

Kapitalist toplumlarda 17-18. Y.Y. da teknolojik gelişmelere bağli olarak, tedavi edici hekimlik alanında de en büyük atılımlar olmuştur. 16. Y.Y. da modern anatominin kuruluşu, 17 Y.Y. da histolojinin kuruluşu, 18.Y.Y. da termometrenin ve Patolojinin geliştirilmesi, 19. Y.Y. da mikroskop ve rontgenin keşfi, bakterio-lojinin kuruluşu bunu ispatlamaktadır. Bunlar modern tedavi edi-ci hekimlik anlayışının ilk temellerini oluşturmuşlardır. Aşağıdaki olaylar tedavi edici hekimlikteki çeşitli aşamalardır.

a — Modern tıp bilimlerinin doğuşu.

b — Hastalıkların birbirinden ayrılması.

c — Hastalıkların sebeplerinin bulunması.

d — Laboratuvar usullerinin keşfi ve çeşitli teşhis ve tedavi araçlarının geliştirilmesi.

e — Tedavi metodundaki gelişmeler.

Ana karakterleri ise şöyledir.

a — Sağlık teşkilatlanma ve çalışmalarında liberalizm.

b — İnsanları hastalandıktan sonra ele almak ve hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan çevresel faktörleri göz önüne al-mamak.

c — Koruyucu sağlık çalışmalarını bir kenara bırakarak sa-dece hastalıkların teşhis ve tedavisi ile uğraşmak.

Liberalizm bir kısım burjuvaları ve hekimleri, kâra yöneltmiş, sağlık alanında gerçek hizmetler yerine kar getiren kuruluş ve mu-ayenehaneler ortaya çıkmıştır. Hastalık öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesi toplumda hasta insan sayısını arttı-rırken sağlık düzeyini düşürmüştür.

Bu uygulamada sağlık hizmetlerinde en önemli unsur hekim-lerdir. Hasta hekimin karşısına çıkar. Hekim hastalığı teşhis edip tedavisini yapar. İlaçların etkisi ile bir süre iyileşen hasta yine eski yaşam koşullarına gönderildiği için hastalığı tekrarlar ve tekrar hekime başvurur. Bu durum,

a — Özel Çalışan hekime başvurma sayısını artırarak hekim kazancını artırır.

b — Hastalığın tedavisi uzadığından, ilaç ve tedavi için yapılan tüketimi artırır. İlaç ve tıbbi alet sanayiinin karlarını artırır. Tek başına tedavi edici hekimlik anlayışı, halk sağlığı çalışmalarında başarı sağlayamaz. Hatta halk sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yapabilir. Uygulama sonucu sağlık alanında tüketim ve çeşitli çıkar çevrelerinin karının artmasını ortaya çıkarır. Günümüz dünyasında Klasik hekimlik anlayışı ekonomik bakımdan geri, iç ve dış sömürünün hakim olduğu ülkelerde uygulanmaktadır.

Koruyucu hekimlik anlayışı

Teşhis ve tedavi edici hekimlik gibi, bu anlayışta çok eski toplumlardan beri dünyada vardır. Modern anlamda koruyucu hekimlik anlayışı ise 19. Y.Y. da önerilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. İlk uygulamalar Almanya ve İngiltere'de ortaya çıkmış ve giderek diğer gelişmiş kapitalist ülkelere yayılmıştır. Uygulamanın başlaması birkaç nedene birden bağlıdır. Bu ülkelerde işçi sınıfı giderek güçlenip örgütlenmiş, toplumun her kesiminde burjuvaziye karşı varlığını ve mücadelesini sürdürmektedir. Uzun mücadelelerden sonra elde ettiği grev hakkı ile burjuvaziye geriletmiş ve bazı ödümleri koparmıştır. Sağlığı ile ilgili elde ettiği haklar bunun bir bölümüdür. Burjuvazi ise işçi sınıfına bu sağlık ile ilgili tavizleri verirken kendi çıkarına da olduğunun bilincindedir. Şöyle ki, burjuvazi işçi sınıfından en yüksek verimi alabilmek için onun devamlı işe gelmesini, devamlı üretebilmesini yani sağlıklı olmasını ister. Yine koruyucu hekimlik ile ilgili çalışmaların tedavi edici hekimlik çalışmalarından daha ucuza mal olduğunun bilincindedir. burjuvazi.

Kısaca, gerek işçi sınıfının bu dönemlerdeki örgütlü mücadeleleri, gerekse burjuvazinin üretimi arttırma çabaları, sağlık alanında koruyucu hekimlik ile uygulamaları gündeme getirmiştir.

Bu anlayışın özelliklerini şöyle sayabiliriz.

1. Hastalık etkenlerinin bilinmesi ve bu sebeplerin ortadan kaldırılması sağlık alanındaki en önemli görevdir. Koruyucu hekimlik çalışmaları tedavi çalışmalarından daha önce gelir.

2. Hastalıkların oluşumunda en önemli etken, fiziksel ve biyolojik etkenlerdir. Sosyal etkenler ikinci olarak gelir.

3. Toplum sağlığını yüksek düzeyde tutabilmek için, toplumdaki fertleri tek tek ele alıp kontrol altında bulundurmak, sağlıklarını muhafaza etmek gerekir.

Bu anlayışta, halk sağlığını yüksek düzeyde tutabilmek için teşhis doğru konmuştur. Koruyucu hekimlik çalışmalarının öne

alınması gerekir. Fakat önerilen ve uygulamaya konan çözümler eksiktir. Hastalık oluşumunda en belirleyici etken olan sosyal çevre faktörleri ihmal edilirken sosyal çevre tarafından belirlenmekte olan fizik ve biyolojik çevre faktörleri ile mücadele ön plana alınmıştır. Yazımızın ilerideki çevresel faktörler ile ilgili çalışmasında bu konu etraflı şekilde araştırılacaktır.

Koruyucu hekimlik anlayışı toplumdaki fertleri tek tek ele almayı amaçladığından tek tek kişileri olumsuz çevre faktörlerinden sosyal çevreye dokunmadan uzaklaştırmağa çaba göstermesi, oldukça pahalıya mal olmaktadır. Halk sağlığı açısından klasik tedavi edici anlayıştan daha olumludur.

Gelişmiş kapitalist ülkeler kendi ülkelerindeki fiziksel çevre faktörlerini yok etmek için az gelişmiş ülkelere el atmaktan çekinmezler. Fiziki çevre üzerinde çok fazla olumsuz etkiler yapan bazı sanayi yatırımlarını, bu ülkelerin yapmasını çeşitli krediler ve teşvik tedbirleri ile onlara, onların ülkesinde yaptırırlar. Çevre kirlenmesini çok artıran kağıt sanayii, petrol rafinerilerinin, pamuk ipliği fabrikalarının, Çimento fabrikalarının petrokimya sanayiinin zorlanarak ülkemizde inşa ettirilmesinin bir sebebi de bu çelişkidir.

Koruyucu hekimlik çalışmaları bu sebeplerden daha çok emperyalist kapitalist ülkelerde uygulanmaktadır. Bu ülkelerin sık sık içine düştükleri ekonomik krizler nedeniyle, uygulamalar rafa kaldırılmaktadır. Sosyal etkenlerin önemi kavranmak istenmediğinden, bu toplumlarda sosyal hastalıklar, psikolojik hastalıklar, toksikomanlar, gibi çeşitli hastalıklar çok yaygındır.

Sosyal hekimlik anlayışı

18.Y.Y. da işçi sınıfının gelişen mücadelelerine paralel olarak, bilim ve felsefe alanında yeni atılımlar, devrimler artaya çıkmıştır. Diğer bilim dalları gibi sağlık bilimleri de bu atılımlardan etkilenmiştir. Dialektik ve tarihi materyalist görüşü inceleyen bilim adamları sağlık alanında sosyal tıp görüşünü geliştirmişlerdir. Bu gelişme kısaca şöyle olmuştur.

1847 Yılında bir alman olan Solomon Neuman tıbbın sosyal bir bilim olduğunu söylemiştir. Rudolph Virchow (1821-1902) bu görüşü geliştirmiş, şu temel ilkeleri savunmuştur.

a — Herkesin çalışma hakkı vardır.

b — Herkesin sağlığının korunması toplumun görevidir.

c — Devlet halk sağlığı ile yakından ilgilenmelidir.

d — Sağlığı geliştirme ve hastalıklarla savaş sadece hekimlik

hizmetleri ile sağlanamaz, sosyal tedbirleri de alma zorunluluğu vardır.

e — Sağlık ile sosyo ekonomik koşullar arasındaki etkileşim önemlidir.

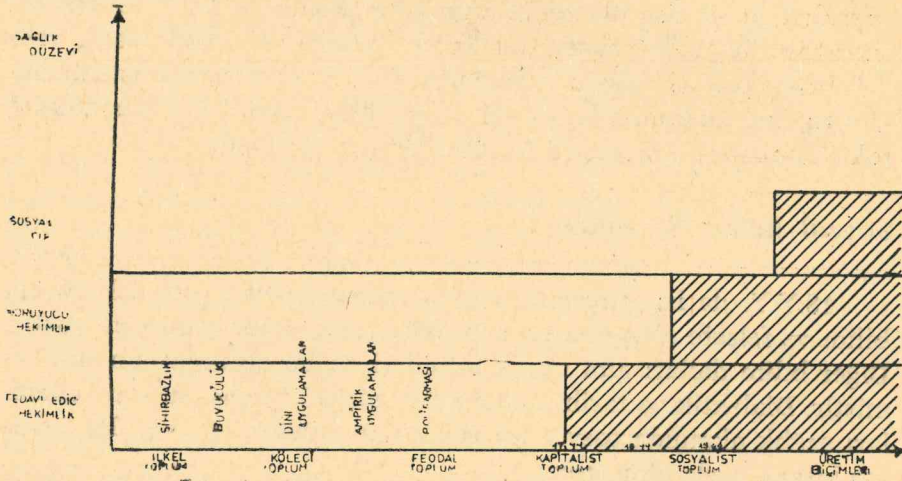
Daha sonraları sosyal hekimliğin en büyük kuramcısı alman hekim Alfred Grotjahn (1869-1931) "Sozial Pathologie" isimli kitabında sosyal hekimlik ilkelerini şöyle saptamıştır.

I — En önemli hastalıklar bir toplumda en sık görülen, en çok öldüren, ve en çok sakat bırakan hastalıklardır.

II — Bir kişinin veya bir toplumun sağlık düzeyini belirleyen kişinin hastalanmasına veya ölümüne neden olan biyolojik ve fizik çevre faktörlerini oluşturan veya bunların etkisini koşullayan etkenler sosyal ve ekonomik etkenlerdir.

III — Bir kimsenin hasta oluşu sadece o kişinin sorunu değildir. Kişinin hastalığı ailesinden başlayarak giderek bütün toplum sorunlarından biri haline gelmektedir.

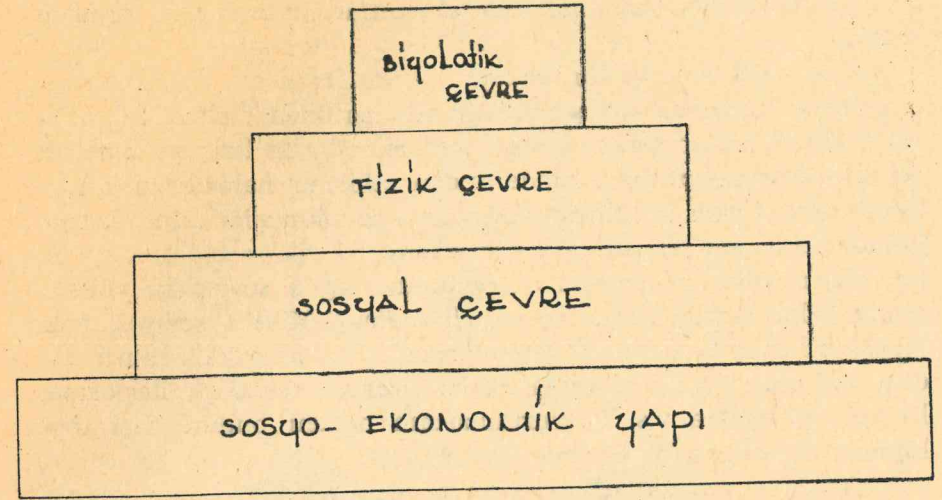
Yukarıda sayılan temel ilkelerden de anlaşıldığı gibi hekimlik salt biyolojik bir bilim olmaktan, sosyal bir bilim olmaya sosyal tıp görüşü ile geçmiştir. Sosyal tıp görüşünü ve diğer tıp görüşlerini şu şekilde şemalandırmak mümkündür.



Sosyal tıp anlayışına göre toplumun sağlık düzeyini etkileyen en önemli unsur sosyo ekonomik yapıdır. Hastalıkların oluşumunda çevresel faktörler büyük rol oynar, üç ana çevre faktörler gurubu vardır.

a — Sosyal çevre faktörleri, b — Fizik çevre faktörleri, c — Biyolojik çevre faktörleri.

Sosyo ekonomik faktörler çevresel faktörleri belirler, Çevresel faktörler içinde en önemli ve hastalık oluşumunda en belirleyici unsur olan sosyal çevre faktörleri de fizik ve biyolojik çevreyi etkiler (şema 2)



Çevresel faktörlerin incelenmesi

Sosyal tıp kavramını daha iyi kavrayabilmek için çevre faktörlerine ana hatları ile göz atalım. Daha geniş inceleme ileri bölümlerde yapılacaktır.

Sosyal tıbbın en önemli özelliği çevresel faktörlere doğru yaklaşmasıdır. İnsan sürekli olarak çevresinden etkilenir ve bunların gerektirdiği tepkileri gösterir. Bu yüzden insan çevre ilişkileri sağlığın değerlendirilmesinde ön planda gelir. Hastalık ve sağlık kavramını değerlendirebilmek için insanın çevresi ile arasındaki etkileşimi bilmek gerekir. Bu etkileşimi kavradıktan sonra çevresel faktörleri sınıflandıralım.

I — Biyolojik çevre faktörleri : İnsanın kendisinden başka diğer bütün canlı varlıkları içeren, biyolojik çevresel faktörler 5 ana grupta toplanırlar.

Bunlar: a) Mikroorganizmalar b) Vektörler c) Bitkiler d) Hayvanlar e) bitkisel ve hayvansal gıdalar.

II — Fizik çevre faktörleri : İnsanın yaşadığı çevredeki tüm fizik faktörleri içerir. bunların arasında, su, lağım ve pis sular, çöp ve gübre konut, iklim koşulları, hava, ışık, radyasyonlar, gü-

rültü, sağlığa zarar verebilecek yerler (fabrika, imalathane, işyeri- v.s.), genel yerler, ölümler ve mezarlıklar, giyim eşyaları v.s. vardır.

III — Sosyal çevre faktörleri : Yaşanılan toplumun üretim ilişkilerinin belirlediği sosyal çevre iki grupta incelenmektedir.

a — Sosyal yapı faktörleri,

Aile, dernekler, kurumlar, sosyal sınıflar, ve toplumun yapısını içerir.

b — toplumun kültür düzeyi

Sosyal çevre burada görüldüğü gibi en önemli çevre faktörlerindendir O kadar geniş alanları içermektedir ki fizik ve biolojik çevre de sosyal çevrenin içinde ondan etkilenir haldedir. Bir toplumda sosyal yapı ve kültür çağdaş hale getirilmediği sürece o toplumun sağlık seviyesi düzeltilememektedir. Fizik ve biolojik çevrenin düzenlenme çalışmaları o toplumun sağlık seviyesini yükseltmez. Elde edilen başarılar yeterli olamaz. Kültür seviyesi çağdaştırılmayan toplum kesimlerinin etraflarındaki sınırlı da olsa var olan tedavi edici hizmetler üzerine, kocakarı ilaçlarına, kırıkçı çıkıkçılara v.s. başvurulmasının nedeni budur. Kişi toplumdan yeterli sağlık eğitimi alamamıştır.

Kapitalist toplumlarda çok az bir kesimin aşırı refahı karşılığında, geniş kitlelerin asgari hayat koşulları içinde yaşaması, bu kesimlerin sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu örnek sosyal çevrenin bir unsuru olan toplumun sınıflı yapısının kişinin sağlığı üzerine nasıl etki ettiğini gözler önüne sermektedir.

Kapitalist toplumun "tüketime yönelik, kâr için üretim" genel ilkesi emekçi sınıfların sağlığını bozucu en önemli etkindir.

Gerçek sağlık düzeyi, tüketime yönelik üretimde değil, ihtiyaca yönelik üretimde, kar için üretimde değil, herkese ürettiğinin karşılığını veren bir düzen içinde sağlanabilir.

O halde sosyal tıp, tıbbın sosyalize edildiği, ulusal sağlık politikasını çizmiş, sağlık sanayiinde devletleştirmeyi başarmış, ekonomik ve siyasal olarak bağımsızlığını elde etmiş, sınıfsal farklılaşmanın asgariye indirilebildiği toplumlarda uygulanabilir.

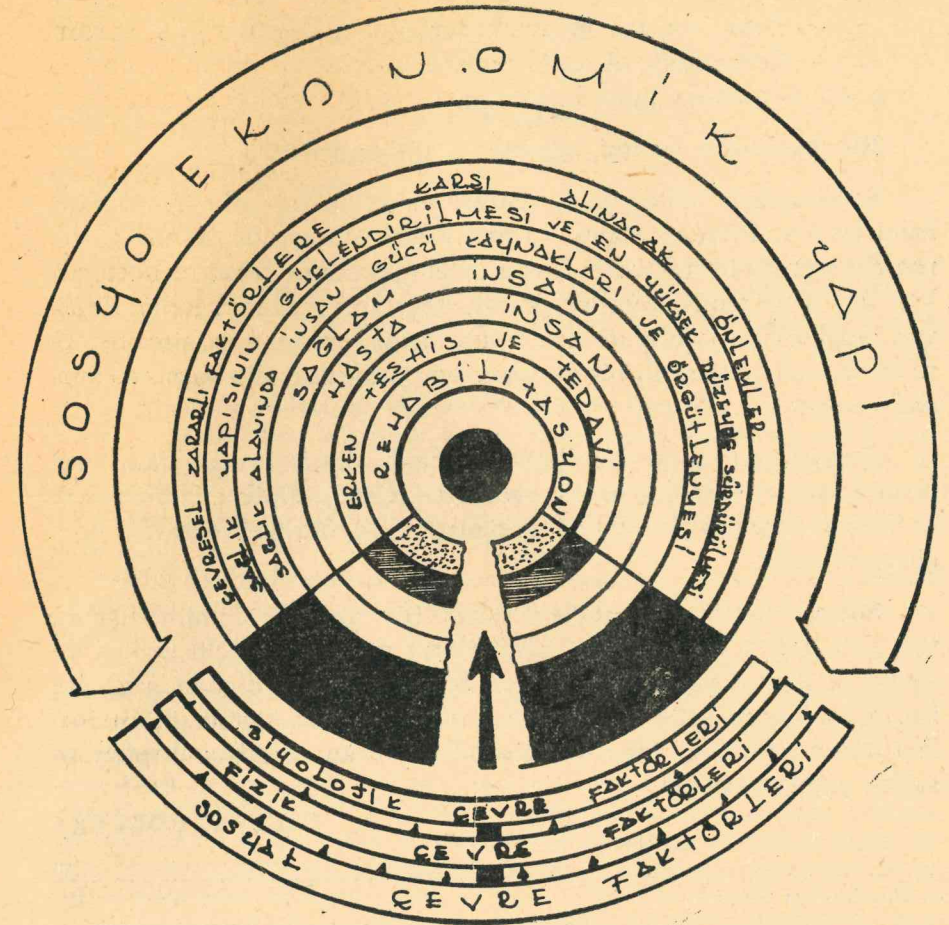
Çevresel faktörleri bu şekilde inceledikten sonra bir toplumun sağlık yapısını sosyal tıp açısından karşı sayfadaki gibi şemalandırabiliriz.

Çevresel zararlı faktörlere karşı alınacak tedbirleri : Aşı, serofilaksi, kemoprofilaksi, dezenfeksiyon, dezensektizasyon.

Sağlık yapısının güçlendirilmesi ve en yüksek düzeyde sürdürülmesi : Beslenme Ana ve çocuk sağlığı, sağlık eğitimi, okul üniversite sağlığı, kalıtım hijyeni, vucut bakışı, konut v.s.

Sağlık alanında insangücü kaynakları ve örgütlenmeleri:

a — Kişiyeye yönelik hizmet yapan sağlık personeli (Hekim, ebe, hemşire, fizyoterapist, psikolog, v.s.)



■ KLİNİK ÖNCESİ DEVRE

▨ KLİNİK DEVRE

▤ KLİNİK SONRASI DEVRE

● ÖLÜM

b — Çevreye yönelmiş hizmetler yapan sağlık personeli (veteriner, çevre sağlığı teknisyeni, mühendis, v.s.)

c — Laboratuvar hizmetleri (hem kişi hem çevreye yöneliktir)

- I — Klinik laboratuvarları
- II — Gıda kontrol laboratuvarları
- III — Çevre kontrol laboratuvarları
- d — Yönetimle ilgili hizmetler.

Bu personelin seçimi, eğitimi, örgütlenmesi.

Şemada izah edilen ilk üç çember klinik öncesi çalışmaları meydana getirir. Bundan sonra normal sağlık düzeyinde insanı gösteren çember görülmektedir. Hasta insandan sonra gelen çember, erken teşhis ve tedavi çemberi klinik devresini gösterir. Rehabilitasyon çemberi ise klinik sonrası hasta kişiyi mevcut kapasitesine göre en yüksek ve verimli bir duruma getirilebilmesi için yapılan çalışmaları gösterir.

Şemada, sosyo ekonomik yapıya bağlı olarak ortaya çıkan çevresel faktörlerin sağlık üzerine zararlı etkileri, klinik öncesi, klinik ve klinik sonrası çemberleri parçalayışı ve ölümün ortaya çıkışı gösterilmiştir.

Sonuç olarak şunu söyleyebiliriz. Bir toplum ölümün dışında yer alan çeşitli barikatları (çemberleri) ne kadar güçlü örmüş ve çevrenin kişi üzerindeki olumsuz etkilerini ne ölçüde azaltmış ise, o toplumun sağlık düzeyi o kadar yükselir. Çocuk ölüm hızları düşer, ortalama ölüm süresi (O.Ö.S.) o kadar artar. Toplumun sağlık yapısı güçlenir.

(DEVAM EDECEK)

— Faydalanılan Eserler —

- Ekonomi Politik — P. Nikitin Sol Yayınları
- Halk Sağlığı — Halk Sağlığı Derneği Yayın Organı, Sayı 1-2-1974.
- Toplum Sağlığı — Tıbbiyeliler Halk Sağlığını Koruma Derneği Yayını Sayı 1-2-3-4 Yıl 1969-1970.
- Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi — Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü. Prof. Dr. N. Fişek 1969.
- Atob — Ankara Tabip Odası Bülteni Sayı 2 1975.
- Eczacılık Tarihi Dersleri — Prof. Dr. N. Şehsuvaroğlu 1970.
- Sosyal Hekimlik Teksiri — Prof. Dr. Nusret Fişek.

ATOB'a abone olunuz

Bir yıllık için 9648 nolu posta çeki hesabına
100 lira yatırmanız kafidir.

İş ve işçi sağlığı

Ankara Tabip Odası Halk Sağlık Bürosu

Kapitalist Toplumda

Makinanın gücü sanayide kullanılmadan önce, işçiler küçük sanayi ünitelerinde, onar yirmişer kişilik gruplar halinde çalışıyorlardı. Özellikle İngiltere'de yaygın boyutlara ulaşmış olan el tezgâhlarında, dokumacılıkta erkeklerin yanı sıra daha düşük ücretlerle kadın ve çocukların da çalıştırıldığı görülmektedir.

Prekapitalist dönem olarak adlandırılan bu dönemde, işçi sınıfının güçsüz ve örgütsüz oluşu belirleyici bir nitelikti. Bu dönemde işçi sağlığı diye bir sorun yoktur. İşveren herşeyin üstünde kendi kârını düşünmektedir. İşyeri sağlık şartları aklın almayacağı kadar kötüdür. Özellikle çocuk işçilerin durumunu ayrıca incelememiz, bu dönemdeki işçi sağlığı konusunu aydınlatacaktır.

İngilterede 1563'de onaylanan çıraklık kanununa göre çırak ustanın evinde yaşamak, ücretsiz hizmetçi olmak, ustanın emirlerine kesinlikle uymak, tüm zamanını ve enerjisini ustasına vermekle yükümlüdür.

Genellikle çırak yedi senelik bir kontratla bu sorumlulukları üstlenirdi. Böylece yasalaştırılmış olan çıraklık, ucuz işçi sağlamanın bir yolu olarak ta incelenebilir. Daha sonra bu kurum endüstri devrimi koşullarına uymadığından ortadan kalkmıştır. Makinalaşmaya geçiş süreci içinde yok olan bu kurum, çocuk işçilerin daha değişik koşullarda, daha da fazla sömürülmesine yeni bir kapı açacaktır. Yeni kurulmaya başlayan fabrikalar önünde bekleyen işsiz erkeklerin yerine çocuk ve kadınlar işe alınmışlardır. Günde hiçbir şekilde onsekiz saatin altına düşmeyen bu yeni koşullarda, ödenen ücret de erkek işçilere göre çok azdır.

Böylece çocuk işçi ticareti yapanlar türemiş, yoksul çocukların patronlara satılışı sık görülen olayların arasına girmiştir. Bu çocukların hiç bir güvenceleri, yasal garantileri yoktur. Çok kalabalık barakalarda, ileri derecede uygunsuz sağlık koşulları altında yaşamaktadırlar. Tifüs gibi bulaşıcı hastalıklar çok yaygındır. Oyle ki, bu hastalığın adına o zamanlar "fabrika ateşi" denmektedir.

Kadınların durumu da, çocuklardan farksızdır. Çalışmaları, onaltı saatin altına hiçbir şekilde inmemeğe, genel olarak işçilerin beslenmeleri de kötü koşullar altında harcanan enerjiyi sağlamaktan çok uzak olmaktadır. Bu koşullar altında oluşan iş kazalarında işçiye ve ailesine ufak bir yardım yapılmamakta, işçinin geleceğini güven altına alacak en ufak bir sosyal güvenlik kuruluşunun olmayışı da dikkati çekmektedir.

Bu durumda hastalanan işçinin gelişmekte olan modern tıptan hiçbir şekilde nasibini alamamış olması da şaşırtıcı değildir. Hasta işçi, sağlık hizmetlerini bilimsel tıp dışı ve feodal dönemden arta kalan kaynaklardan satın almaktadır. Bu koşulların sonucu genç ölümleri artmakta, sakatlıklar ve özellikle ailede babanın sakat kalması yada ölmesi sonucunda ailelerin dağılmasına yol açan etkenler ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde işçi kesiminde yaş ortalamasının otuz olması yaşam koşullarını belirleyen önemli bir göstergedir.

17.ci YY dan 18.ci YY'la geçişte Batı toplumlarını belirleyen genel karakteristiklerin bir bölümü: ticaretin artması, endüstriye makinanın girmesi, bunun sonucunda işçilikte uzmanlaşmanın artması olarak gösterilebilir.

Teknolojide yeniliklerin, örneğin buhar makinasının (1871 de bulunmuştur.) Önce metal, sonra da dokuma fabrikalarında kullanılmaya başlaması ile işverenlerin kullandığı işçi sayısı ve işçilere ödenen ücretlerde bir azalma görülmektedir. Oysa el tezgahlarının önemi kalmadığından kapanmaları sonucu işsiz işçi sayısı çok büyük boyutlara ulaşmıştır. Gene bu yeni makinaların kullanılmaya başlanması sıklıkla başkaldırılara yol açmaktadır.

Oldukça kanlı bir biçimde bastırılan bu başkaldırılar sonucu Chartizm denilen güçlü bir işçi sınıfı hareketi doğmuştur. Ücretlerin arttırılması, daha iyi çalışma koşulları, genel oy hakkı ve bunun gibi işçilerin yaşamını sürdürebilmeleri için askeri düzeydeki bu talepler, yüzbinlerce imzalı bir dilekçe ile parlamentoya gönderilmiş ve sonuçsuz kalmıştır. Askeri düzeydeki bu isteklerin işvereni rahatsız ederek reddedilmesi işçi sınıfı bilincinin ve örgütlenmesinin gelişmesinde yeni ufuklar açacaktır. 18. YY'ın sonlarından itibaren hızlanan işçi sınıfı hareketi 1830 ve 1848 devrimlerinde doruk noktasına ulaşmıştır. Bu dönemde işin ilginç yanı, işçi sınıfı öğretisi olan sosyalizm, henüz kitaplara ve yazıya dökülmediği bir dönem olmasına rağmen işçi sınıfının örgütlü mücadelesinin başladığı görülmektedir. Demek ki işçi sınıfının bilimi, onun ortaya çıkışı ile birlikte dialektik bir işlerlik kazanmaktadır. İşte bu işlerlik içinde işçilerin artık iktidar talebi de ortaya çıkmaktadır. 1872 PARİS KOMÜNÜ bu talebin somut sonucudur.

Makina devriminden başlayarak değişik zamanlarda işçilerin örgütlü mücadeleleri, kendilerine bir takım sosyal ve ekonomik güvenceler sağlamıştır. Oldukça yetersiz olan bu güvencelerin en önemli nitelikleri, işveren tarafından lütfedilmeleri yerine işçilerin mücadeleleri sonunda koparılarak alınmış olmalarıdır. Örneğin 1802 de çocuk işçilerin günde en çok oniki saat çalışmaları, gece çalışmamaları, fabrika duvarlarının yılda iki kez yıkanması zorunluluğu yasallaştırılmıştır. 1819 da dokuz yaşında küçük çocukların fabrikalarda çalıştırılması yasaklanmıştır. Tüm işçilerin çalışma saatlerini on saate indirilmesi için 1830'dan 1847'ye kadar uzun ve korkunç bir mücadele verilmiştir. 1830 yıllarında işçi çocukların kemiklerinde deformitelerin oluştuğu, maden işçilerinde veremin sıklıkla rastlandığı, sırlı çömlek yapanlarda kronik kurşun zehirlenmesi olduğu bilinmektedir.

İngiltere'de işçilerin mücadeleleri sonucunda, 1833'te çıkarılan yasalarla onsekiz yaşından küçüklerin çalıştırılması günde on iki, haftada altmış dokuz saatten fazla çalıştırılmaları, dokuz yaşının altındaki çocukların çalıştırılmaları yasaklandı. Fabrika müfettişliği zorunlu kılındı. Daha sonra fabrika müfettişleri fabrikalara doktor atamaya da başladılar. 1847'de yine İngiltere'de çıkarılan bir yasa ile, kadınların ve gençlerin günde on, haftada ellisekiz saatten fazla çalıştırılmaları yasaklandı.

Çoğu zaman yerel fabrikalarda farklı olarak uygulanan bu kazanılmış haklar, tüm işçileri kapsamıyordu. Ancak işçilerin bilinçli ve örgütlü mücadeleleri sonucu sağlıkları ve yaşam koşulları ile ilgili istekleri zorunlu olarak burjuvazinin dikkatini çekmiş, işçi sağlığı ile uğraşacak bazı hayır dernekleri biçiminde örgütlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu dernekler aralarında örgütlenerek işçi sağlığı ile ilgili bakımevleri ve hastaneleri geliştirmeye başlamışlardır.

Başlangıçta tedavi edici hizmetlerin ağır bastığı bu derneklerde, işçiye götürülen hizmetlerin pahalılığı dikkati çekmiş. Ekonomik tasarruf açısından koruyucu hizmetlere yönelmek gereği duyulmuştur.

Ancak işçi sağlığı sorunu büyük ölçüde çözümlenmiş değildir. Dokuma dışındaki endüstrilerde hala çok fazla sayıda ve çok küçük çocuklar çalıştırılmaktadır. Kibrit endüstrisinde çalışanların çoğu genç kız ve kadındır. Kibrit yapımında kullanılan beyaz fosfor, fosforlu çene denilen korkunç bir hastalığa neden olmaktadır. Kana geçen fosfor çene kemiğine yerleşmekte ve çeneler mikrop kaparak Osteomyelite yol açmaktadır. Dayanılmaz ağrılar, çeneden dışarı çıkan iğrenç kokulu bir akıntı, yüz deformasyonu bu hastalığın belirgin özellikleridir. Oysa çok daha önceleri aynı işte kullanılacak ve tamamen zararsız olan kırmızı fosforun bulunması, burjuvaziyi karından daha fazla ilgilendirmemektedir. Kağıt ve kumaşların boyanmasında kullanılan, bakırın arsenik birleşimleri hem işçilerde hem de bu kağıt ve kumaşı kullananlarda kronik arsenik zehirlenmeleri ortaya çıkarmakta ise de, bu da burjuvaziyi tatlı karlarından döndürememektedir.

Bu örnekleri uzatmak mümkündür. Ancak daha özel bir durum olan maden işçilerinin sağlık durumu ve çalışma koşulları üzerinde ayrıca durmak istiyoruz. Herşeyden önce dokuz yaşından küçük çocukların çalıştırılmasını, günde on iki saatten fazla çalışmayı yasaklayan ve diğer bazı işleri için geçerli olan yasa madencilik alanını kapsamamaktadır. Dolayısıyla beş, altı yedi yaşlarındaki çocuklar bile madenlere indirilmekte, küçük bir kovukta ellerinde galerileri havalandırma ipi, on iki saat çalıştırılmaktadır. Atların geçemeyeceği kadar dar ve alçak galerilerde kömür vagonlarını çekmek, ayakları suya gömülü durumda madenin dibinde on iki saat ayakta su pompalamak, madenlerde çalışan çocuk işçilerin başlıca görevlerindedir hemen hemen çıplak durumdaki kadınlar bir at gibi kömür vagonlarına çekmektedir. Madenciler atölyelerin kapanması ile işsiz kalan ve bu büyük tehlikelere atılabilecek çocuk işçileri rahatlıkla bulabilmektedirler. Genellikle on iki senelik bir kontratla işe bağlanan bu çocuklar, çalışmak istemezler ise, yargıç kararı ile hapsedilebilmektedirler.

1840'larda özellikle kadın ve çocuk işçiler için çok ağır olan çalışma koşulları yeniden düzenlenerek, kadın ve kızların madenlere inmeleri yasaklandı ise de, on yaşının üzerindeki çocukların madene inebilecekleri yasa ile belirlenmiştir. Maden işçilerinin çalışma koşullarında yeni düzenlemeler, mücadeleleri sonucunda 1850 ile 1911 arasında çıkarılan yedi yasa ile parça parça koparılarak sağlanmıştır.

18.YY'ın sonlarına doğru daha önce varlığını ve ortaya çıkış nedeni belirttiğimiz işçilerin sağlığı ile uğraşan hayır dernekleri her yönü ile yetersiz kalmıştır. İşçiler kısa dönemde rahatlamakla birlikte zaman geçtikçe bu çözümün ne kadar yüzeysel olduğunun farkına varmışlar. Hayır dernekleri aracılığı ile yapılan hizmetlerin yetersizliğini ve onur kırıcılığını görmüşlerdir. işçi örgütleri, sendikalar partiler daha disiplinli ve örgütlü somut taleplerle ortaya çıktığından burjuvazi işçi sağlığı konusunu artık hayır kurumları boyutlarında değil, daha geniş ölçülerde ele alınması gerektiğini anlamak zorunda kalmıştır. Bu olguların sonucu kapitalist ülkelerde sağlık sigortası sisteminin ortaya çıkışını görmekteyiz. Burjuvazinin bu ödünü de işçi sınıfının mücadelesi sonucunda sağlanmıştır. İşçinin sosyal güvenliği için kurulmuş bulunan sigorta sisteminin bir yerde yine burjuvazi denetimi altında işleyebildiği görülmektedir. Öte yandan işçi sınıfı artık görmüştür ki, sorunlarının çözümü belirli isteklerinin zaman zaman karşılanması ile değil ancak kendi sahibi olduğu bir iktidarla mümkün olabilecektir. Sağlık sorunu da işte böyle bir bütünlük içinde tümünden çözümlenebilir.

DEVAM EDECEK

İlaçlar arasında görülen İstenmeyen etkileşmeler

Dr. Cihat KÜÇÜKHÜSEYİN

H. Ü. TIP FAKÜLTESİ FARMAKOLOJİ
TEKSİKOLOJİ BİLİM DALI

İki ya da daha fazla ilaç birlikte ya da yakın aralıklarla uygulandıklarında birbirlerinden bağımsız olarak etki edebildikleri gibi bekleneni arttıracak ya da azaltacak biçimde de etkileşebilirler. Bunlara ek olarak yeni ve beklenmeyen bir reaksiyonun ortaya çıkması da mümkündür. Aşağıda sunulan tablo, yalnız klinikte gözlenen önemli etkileşmeleri vermektedir, ve istenmeyen etkileşmelerin önlenmesi bakımından rehber durumundadır. Etkileşmelerin riski nedeniyle hekimin, birlikte kullanılacak ilaçları olanaklar ölçüsünde az yazması gerekmektedir. Bunun yanında, hastalara ne gibi ilaçlar kullanmakta olduğu da sorulmalıdır.

İlaç etkileşmeleri çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir :

- 1 — Karaciğerde mikrozomal enzimlerin endüksiyonu ya da inhibisyonu sonucu ilaçların metabolizması değişebilmektedir.
- 2 — İlaçların plazma proteinleri ya da doku reseptörlerine bağlanmaları değişebilmektedir.
- 3 — İlaçların aktif reseptör bölgelerine dağılmaları değişebilmektedir.
- 4 — İlaçların atılımları değişebilmektedir.

Genetik farklar da ilaçların metabolizma ve etkileşmelerini etkileyen bir faktördür. Bu arada bazı ilaçların yüksek dozları ile bir etkileşme ortaya çıkarken, düşük dozlarında görülmemesi de gözden uzak tutulmamalıdır.

Fazla kullanılan bir içki olan alkolün ilaçlarla etkileşmesi, üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. İlaç-alkol etkileşmesi bir kişiden öbürüne değişebildiği gibi, içilen alkol miktarına ve fazla miktarda alkolün kullanılma süresine göre de değişmektedir. Yüksek dozda, bazan da normal miktarlarda merkezi sinir sistemi depressanları ile yüksek dozda alkolün birlikte kullanımı koma ve ölüme yol açabilmektedir. Bir kişi toksik miktarda alkol içerse, birçok ilacın karaciğerdeki metabolizması inhibe olmaktadır. Böylece tedavi ve toksik değerleri artmaktadır. Diğer taraftan bazı kişilerde 80 derecelik viskiden uzun süre 240 cc. den fazla alınması karaciğer metabolizmasını arttırmakta, birçok ilacın tedavi değeri böylece azaltılmaktadır.

TABLO: İlaçlar arasında görülen istenmeyen etkileşmeler

ETKİLEŞEN İLAÇLAR	İSTENMEYEN ETKİ	OLASI MEKANİZMA
ALKOL İLE		
Antabuse (Disulfiram)	— Karın krampaları, yüzde kızarma, ve ateş basması, kusma, psikoz epizodları, konfüzyon.	— Alkolün intermediyer metabolizmasının inhibisyonu
Oral antikoagülanlar	— Kronik alkol kullanımına bağlı olarak antikoagülan etkinin azalması, entoksikasyon sonucu antikoagülan etkinin artması	— Oral antikoagülanların metabolizmalarının artması, alkol entoksikasyonunda metabolizmalarının azalması
Antikonvülsanlar (Difenilhidantoin)	— Kronik alkol suistimali antikonvülsan etkiyi azaltır. — Akut entoksiyonda antikonvülsan etki artar.	— Metabolizmasının artması. — Metabolizmasının azalması
Antimikrobikler a) Kloramfenikol b) İzoniyazid c) Kinakrin (Atebrin)	— Minör antabus benzeri belirtiler — Hepatit insidansını artırır. — Bazı hastalarda kronik alkol kullanımını izoniyazid etkisini artırır. — Minör Antabus benzeri belirtiler.	— Alkolün intermediyer metabolizmasını inhibe eder. — Bilinmemektedir — Metabolizmasının artması — Alkolün intermediyer metabolizmasını inhibe eder.
Hipoglisemikler (1) a) Klorpropamid (Dibinase) b) Fenformin (DBI, Meltrol) c) Tolbutamid (Orinase)	— Minör antabus benzeri belirtiler — Laktik asidoz — Kronik alkol kullanılması hipoglisemik etkiyi artırır. — Özellikle oruç tutan hastalarda alkol alınması hipoglisemik etkiyi artırır. — Minör antabus benzeri belirtiler	— Alkolün intermediyer metabolizmasını inhibe eder. — Sinerjizma — Metabolizmasının artışı — Glikoneogenez supresyonu — Alkolün intermediyer metabolizmasını inhibe eder.

ETKİLEŞEN İLAÇLAR	İSTENMEYEN ETKİ	OLASI MEKANİZMA
MAO İnhibitörleri (2) (Chianti şarabı ve diğer bazı içkilerle)	— Hipertansif kriz	— Tiramin metabolizmasını inhibe ederek norepinefrin salınmasını artırır.
Salisilatlar	— Gastrointestinal kanama	— Additif etki
Sedatif ve Hipnotikler a) Barbitüratlar b) Kloral hidrat c) Diazepam (Valium) d) Meproamat	— Kronik alkol kullanımı ile sedatif etki azalır. — Hipnotik etkinin uzaması — Santral sinir sistemi depresyonu artışı — Kronik alkol kullanımı sedatif etkiyi azaltır. — Akut entoksikasyon santral sinir sistemi depresyonunu artırır.	— Metabolizmasının artması — Ortaklaşa potansiyalizasyon — Additif etki — Metabolizmasının artması — Metabolizmasının azalması
AMİNOGLİKOZİDİK ANTİBİYOTİKLERLE		
Sefaloridin	— Nefrotoksisite	— Bilinmiyor
Sefalotin	— Nefrotoksisite	— Bilinmiyor
Kürarizan ilaçlar (4)	— Nöromüsküler blok	— Additif etki
Etakrinik asit	— Ototoksisite	— Additif etki
Polimiksin	— Nefrotoksisite	— Additif etki
AMİNSALİSİLİKASİT (PAS) İLE		
Probenesid	— PAS toksisitesi	— Böbrekten atılımın inhibisyonu
AMFOTERİSİN B İLE		
Kürarizan ilaçlar (4)	— Kürarizan etkinin artması	— Hipokalemi
Dijital glikozidleri	— Dijital toksisitesinin artması	— Hipokalemi
SEFALORİDİN İLE		
Aminoglikozid antibiyotikler	— Nefrotoksisite	— Bilinmiyor

ETKİLEŞEN İLAÇLAR	İSTENMEYEN ETKİ	OLASI MEKANİZMA
Etakrinik asit	— Nefrotoksisite	— Additif etki
Furosemid	— Nefrotoksisite	— Additif etki
Probenesid	— Sefaloridin toksisitesinin artması	— Böbrekten atılımın inhibe etmesi
SEFALOTİN İLE		
Aminoglikozid antibiyotikler (3)	— Nefrotoksisite	— Bilinmiyor
KLORAMFENİKOL İLE		
Alkol	— Hafif antabuse benzeri belirtiler	— Alkolün intermediyer metabolizmasının inhibisyonu
Oral antikoagülanlar	— Antikoagülan etki artar	— Karaciğerde mikrozomal enzim inhibisyonu
Hipoglisemikler (1)	— Hipogliseminin artışı	— Karaciğerde mikrozomal enzim inhibisyonu
GRİZEOFULVİN İLE		
Oral antikoagülanlar	— Antikoagülan etkinin azalması	— Mikrozomal enzim endüksiyonu
İZONİYAZİD İLE		
Alkol	— Hepatit insidansının artışı — Kronik alkol alanlarda izoniyazid etkisinin azalması	— Bilinmiyor — Metabolizmasının artışı
Alüminyum antiasitler	— İzoniyazidin etkisinin azalışı	— İzoniyazid emiliminin inhibisyonu
Antabus (Disulfiram)	— Psikotik antabus ve ataksi	— Katekolamin metabolizmasının değiştirilmesi
Fenitoin (Difenilhidantoin)	— Fenitoin toksisitesinin artışı	— Karaciğerde mikrozomal enzim inhibisyonu
LİNKOMİSİN İLE		
Kaolin, pektin	— Linkomisin etkisinin azalması	— Linkomisin emiliminin inhibisyonu

ETKİLEŞEN İLAÇLAR	İSTENMEYEN ETKİ	OLASI MEKANİZMA
NALİDİKSİK ASİT İLE		
Oral antikoagülanlar	— Antikoagülan etkisinin azalması	— Bağlama yeri ile yer değiştirmesi
POLİMİKSİNLER İLE		
Aminoglikozid antibiyotikler (3)	— Nefrotoksisite	— Additif etki
Kürarizan ilaçlar	— Nöromusküler blok	— Additif etki
KİNARKİN (ATERBİN) İLE		
Alkol	— Hafif antabus benzeri belirtiler	— Alkolün intermediyer metabolizmasının inhibisyonu
RİFAMPİN İLE		
Oral antikoagülanlar	— Antikoagülan etkinin azalması	— Mikrozomal enzim endüksiyonu
Oral kontraseptifler	— Kontraseptif etkinin azalması	— Östrojen metabolizmasının artışı
Probenesid	— Rifampin toksisitesi artışı	— Rifampinin karaciğerde tutulmasının azalışı.

- (1) Hipoglisemikler grubundaki ilaçlar :
- a) İnsülin, fenformin (DBI, Meltrol)
- b) Sülfonilüreler :
- Asetoheksamid (Dymelar)
- Klorpropamid (Diabinese)
- Tolazamid (Tolinase)
- Tolbutamid (Orinase)
- (2) MAO inhibitörleri grubundaki ilaçlar :
- Furazolidon (Furoxone)
- İzokarboksazid (Marplan)
- Pargilin (Eutonyl)
- Fenelzin (Nardil)
- Tranilsipromin (Parnate)
- (3) Aminoglikozid antibiyotikler :
- Gentamisin (Garamisin)
- Kanamisin (Kantrex)
- Neomisin
- Streptomisin
- (4) Kürariform ilaçları :
- d—Tubokürarin
- Gallamin
- Süksinilkolin

DEVAM EDECEK

THE
SURGICAL
CLINICS
OF
NORTH
AMERICA

THE
MEDICAL
CLINICS
OF
NORTH
AMERICA

CERRAHİ DAHİLİYE KLİNİKLERİ KLİNİKLERİ

MECMUALARINA 1976 YILI İÇİN
ABONE OLUNUZ

Fiatı : 600 TL. (1 Senelik Çiftli)
500 TL. (1 Senelik Çiftsiz)

Adres :

GÜVEN KİTABEVİ

Güven Apt. Müdafaa Cad. 12/5

Tel : 18 02 59

Kızılay - ANKARA

GÜVEN + ARI KİTABEVİ

Vilayet Karşısı Ankara Cad. No. 45

Tel : 26 36 03

Cağaloğlu - İSTANBUL