

## ÇAĞDIŞI TEDAVİ HİZMETLERİ

**ÖZEL** DISPANSEPHANE  
HA. YATAK 200TL.  
DOKTOR 400TL  
AMELYAT 15.000TL



# KARA MİR TOB

ABİP ODALARI BÜLTENİ

(961 ANAYASASI madde 49.  
DEVLET HERKESİN BEDEN VE RUH  
SAĞLIĞI İÇERİSİNDE YASAYABİLMESİNİ  
VE TIBBİ BAKIM GÖRMESİNİ  
SAĞLAMAKLA GÖREVLİDİR





15 Mart 1977

Sayın Üyemiz,

Odamızın, duyuru ilanının gecikmesi nedeniyle ertelemek zorunda kaldığı 1977 Mart Olağan Genel Kurul Toplantısı, bu kez 9 Nisan 1977 Cumartesi günü Saat 10.00'da Makina Mühendisleri Odası Konferans Salonu'nda yapılacaktır. Gündem aşağıda belirtilmiştir.

Toplantıya katılmanızı rica ederiz. Saygılarımızla.

**ANKARA TABİB ODASI  
YÖNETİM KURULU**

**G Ü N D E M :**

- 1 — Açılış ve Genel Kurul Divanı'nın seçilmesi,
- 2 — Yönetim Kurulu Çalışma Raporu'nun ve Mali Raporun okunması,
- 3 — Denetleme Kurulu Raporu'nun okunması,
- 4 — Eleştiriler,
- 5 — Aklama,
- 6 — Yönetim Kurulu, Denetleme Kurulu, Onur Kurulu ve Büyük Kongre Temsilcilerinin seçilmesi,
- 7 — Dilek ve öneriler,
- 8 — Kapanış.

Yönetim Kurulu : Dr. Hamdi Ögüş (Başkan), Dr. Yavuz Erkoçak, Dr. İlhan Günalp, Dr. Ergin Atasü, Dr. Erkan Dirik, Dr. Suat Diker (Diş tabibi üyeliği boştur).

## İ ç i n d e k i l e r

Sayfa

— Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesi (Doç. Dr. Nevzat EREN) ... ..	2
— Türkiye'nin Gereksinimi ve İnsan Gücü Planlaması Yönünden Uzmanlık (Prof. Dr. Rahmi DİRİCAN) ... ..	12
— İntörn'lük Üzerine (Ankara Tabip Odası Eğitim Bürosu) ... ..	28
— Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısının Düşündürdükleri (Dr. Erdoğan USUBÜTÜN) ... ..	35
— Yarımın Tıbbi ve Doktorları (Dr. Halfdan MAHLER) ... ..	46
— Ülkemizin Diş Sağlığı Sorunları ve Diş Hekimliği (Dt. Hilal DORUK) ... ..	52
— Sağlık Sorunları, Ankara Tabip Odası ve CHP (CHP Gen. Sekr. Yrd. Mustafa ÜSTÜNDAĞ ve Ankara Belediye Başkanı Vedat DALOKAY ile Röportaj : Cevdet DURANOĞLU) ... ..	57
— Haberler - Haberler - Haberler ... ..	

<b>TOB</b> Türk Tabipler Birliği Ankara ve İzmir Tabip Odaları Aylık Yayın Organı  Sahibi : Ankara Tabip Odası Başkanı <b>Dr. Hamdi ÖĞÜŞ</b>  Yazı İşleri Müdürü : <b>Dr. Recep AKDUR</b>  Teknik Sekreter : <b>Cevdet DURANOĞLU</b>  Yazı Kurulu (Ankara Tabip Odasından) <b>Dr. Muzaffer AKYOL, Dr. Doğan BENLİ, Doç. Dr. Nevzat EREN, Dr. Özen ARAT</b>  (İzmir Tabip Odasından) <b>Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan SEVİNÇ, Dr. Soniz EVREN</b>	Yönetim Yeri : <b>Hanmeli Sokak. 16/2</b> <b>Sıhhiye/ANKARA</b> Tlf : 29 55 70  Basıldığı Yer : Şafak Matbaası Tlf : 29 57 84 <b>Hanmeli Sok. No. 49 ANKARA</b>  Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL. Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL. Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta) Yayınlanan yazılardaki görüş ve düşünceler yazarlarına aittir. O- dalarımızı ve TOB'u bağlamaz.  İlan Tarifesi : Kapaklar ..... 1500 TL. İç tam sayfa ..... 1000 TL. İç yarım sayfa ..... 750 TL.
---	--



# Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesi

(1)

Dr Nevzat EREN  
Halk Sağlığı Doçenti

## A. Kamu Sağlık Örgütlenmesi :

Türkiye'de, halka sağlık hizmeti vermek üzere örgütlenmiş 40'a yakın kuruluş vardır. Bu sayı bile, sağlık örgütlenmesi açısından ülkedeki başıboşluğu göstermeğe yeterlidir. Ancak, sistem olarak, başlıca iki uygulamanın varolduğu söylenebilir.

- 1) Geleneksel Sistem,
- 2) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Sistemi.

### 1) Geleneksel Sistem :

Türkiye'de halka sağlık hizmeti vermenin geleneksel sistemi, bir sistem denemeyecek kadar karmaşıktır. Bu uygulamanın kökenini, ilk kuruluşu 1876'lara kadar giden Hükümet tabiplikleri oluşturur. 1876, Türk Tıp tarihi açısından çok önemli bir yıldır. Denebilir ki ilk kez bu yılda, İmparatorluk yöneticileri halkın sağlığından sorumlu olduklarını anlamışlardır. O zamana dek ülkede, hekimlik uygulamaları tam bir liberal düzende süregeliyor, parası olan hekimin hizmetini satın alıyordu.

Selçuklular ve Osmanlılarca, daha önce, yoksul halka sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş bulunan Vakıflar, İmparatorluğun mâli yıkılışına uyarak, halka parasız sağlık hizmeti verme görevini yerine getiremez olmuşlardı. Bu vakıfların diğer bir önemli görevleri daha vardı. Vakıflarda, usta - çırak yöntemi ile hekim de yetiştirilirdi. Bu görev de, doyurucu bir biçimde yapılamaz olmuştu. İmparatorluk sorumluları hekim yetiştirme sorununu 1826 yılında «Mekteb-i Şahane-i Tıbbiye» adındaki, batı ölçülerine göre hekim yetiştiren tıp okulunu açmakla, bir dereceye kadar çözümlenmişlerdi. Askerî hekim yetiştiren bu okula, 1840'larda sivil öğrenciler de alınmaya başlamıştı. 1876'ya gelindiğinde, ülkenin hemen her kasabasında, bu okuldan yetişmiş sivil hekimler çalışmaktaydı.

Ancak bu hekimler de, hizmetlerini halka para karşılığında vermediler. Ülke çok yoksuldu. Hekimin hizmetini satın alabilecek parasal güçteki kişilerin - ailelerin sayısı, çok azdı. Toplumun büyük bir kesimi,

halk hekimliği uygulamalarına başvurmak zorundaydı ve ülkenin genel sağlık durumu da çok bozuktu.

Sorunu çözmek için yöneticilerin buldukları çözüm şu oldu :

«Serbest hekimlik yapanlara, az bir ücret vermek, bu ücret karşılığında, boş zamanlarında yoksul halka parasız bakmalarını saklamak.» Bu uygulamaya «Memleket Tabiblikleri» adı verildi. Çözümü anlatan tümcede «boş zamanlar» sözcükleri önemle gözönüne alınmalıdır. Bulunan bu çözümde, halka - yoksul halka sağlık hizmeti vermenin kamu görevi olduğu, dolaylı da olsa kabul edilmiş olmakla birlikte, bu hizmetin hekimlerin boş zamanında yapılacağı kararlaştırılmıştı. Bunun açık anlamı, hekimin asıl görevinin kendi muayenehanesinde hasta bakmak olduğu anlayışının benimsenmesidir. Hekim ancak boş kalırsa halka parasız bakacaktır.

Cumhuriyet döneminde sağlık örgütlenmesi, öncelikle ele alınmıştır. Öyle ki, daha Cumhuriyet kurulmadan, Türkiye Büyük Millet Meclisi, kabul ettiği 3 sayılı yasa ile S.S.Y. Bakanlığını kurmuştur. O zaman kurulan örgütün özellikleri şöyle özetlenebilir :

— Sağlık örgütü idarî ve örgüte uydurulmuştur. Merkezsel yönetim, Bakanlar Kurulu üyesi olan bir bakanın sorumluluk ve yönetimindeki S.S.Y. Bakanlığıdır.

— İllerde, sağlık işlerinin yürütülmesinden sorumlu olan ve hizmeti yürüten Vali'dir. Sağlık müdürü, valinin ancak danışmanıdır.

— İlçelerde de sorumlu ve yetkili Kaymakamdır. Hükümet tabipleri de kaymakamın danışmanıdır.

Bu örgütlenmenin eleştirisi şöyle yapılabilir :

— Uygulama, merkezsel bir yönetim ve planlamayı getirmiştir. Ülkenin genişliği ve o zamanki ulaşım ve haberleşme güçlükleri gözönüne alınırsa, bunun bir yanığı olduğu ortaya çıkar. Ancak, o zamanki yöneticilerin, kurtuluş savaşını izleyen yıllarda, ulusal birlik ve beraberliği gözönüne almış olmaları olasılığı, onları bir dereceye kadar haklı kılmaktadır.

— Gene bu uygulamada sağlık hizmetlerinin sorumluluğu, hekim olmayan kişilere, vali ve kaymakamlara verilmiştir. Bu kararın alınmasında bir Osmanlı geleneği olan VALİ PAŞA anlayışının etkisi sezilenmektedir. Vali Paşa'ların her konuda son sözü söyleyen yöneticiler olduğu bilinmektedir. Çağdaş yönetimin önemli bir kuralı, «yetki devri» diye birşey bilinmemekteydi. Cumhuriyet dönemi il yönetimi yasası da



tüm yetkileri valilere vermiştir. Valiler de bu yetkilerini sonuna dek kullanmışlar, hiç kimseye devretmemişlerdir. Bunun sonucu olarak sağlık müdürleri ve hükümet tabipleri, yetkileri olmayan, ancak sayılamayacak kadar çok görevi olan kişiler durumuna düşmüşlerdir. Kuşkusuz bu durum, Sağlık yöneticisinin işinden doyum sağlamasını engellemiş, sağlık yöneticiliğini, koruyucu hekimlik hizmetlerinde çalışmayı sevimsiz bir iş durumuna getirmiştir.

Çok partili demokrasiye geçildiğinde, seçim kazanmayı her erdem üstünde tutan politikacılar, sağlık yöneticisini ve koruyucu hizmetlerde çalışan hekimleri, diğer bir anlatıyla, devletten aldığı maaşla geçinen hekimleri, yerel mütegalibenin partizan etkileri ile yerinden atmış, onlarla damataşı gibi oynamıştır. Böylece, daha önce sevimsiz duruma getirilen Sağlık yöneticiliği ve koruyucu hizmetler, bu kez de güvencesiz, geleceği yerel politikacının iki dudağı arasında olan meslekler durumuna düşmüştür. Hızlı enflasyonist baskı sonucu bu görevlilere verilen maaşlar ise, onlara ortalama bir yaşam düzeyi bile sağlayamamıştır.

Özetlenen bu gelişmenin, günümüzde, eskisinden de etkili bir biçimde süregittiği gözlenmektedir. Durumun doğal sonucu, sağlık yöneticiliği ve koruyucu hizmetlerde çalışacak hekim sayısının hızla azalması ve uzmanlaşmanın artması olabilirdi. Nitekim ülkemizde, her dört hekimden üçü, bugün, herhangi bir dalda uzmandır. Uzmanlaşma eğilimini doğuran pek çok etken varsa da, en önemlilerinden birisi, hekimin kendini ve geleceğini güvence altına alma iç güdüsüdür. Sonuç o kadar dramatiktir ki, ülkenin 67 ilinde, sağlık müdürlüğü yapabilecek bilgi ve becerideki sağlık yöneticilerinin sayısının, iki elin parmakları sayısı kadar bile olmadığı, S.S.Y. Bakanlığının en üst düzeydeki yetkililerince açıklanmaktadır.

— Hernekadar sağlık yönetimi, merkezi yönetim ve planlama olarak ele alınmışsa da, merkezi yönetimin diğer gerekleri yerine getirilememiştir. Bu eksiklikler de şöyle özetlenebilir :

● Merkezde, ülke çapındaki örgütlenmeği ve işleyişi denetleyecek, plan ve programları yapacak bir teknik ekip kurulamamıştır.

Sözü edilen bu hizmetleri yapmak üzere kurulan Hıfzıssıhha Okulu, günümüzde, kadrosundaki personele Sağlık ve Çevre Sağlığı kolejlerinde ders verdirmekten öte bir görev yapamamaktadır. Bu durum, Hıfzıssıhha Okulu için saklanamaz bir başarısızlıktır. Okulun eğitici kadroları, bugün ülkemizde halk sağlığı alanındaki tüm değerleri yetiştirmiş olmakla birlikte, günden güne erimektedir. Çünkü, yukarıda sözü edilen

çok önemli görevleri yapmak üzere kurulan okulun, birçok sorunları yüzüstü bırakılmıştır. Politikacının güncel çıkarları, okulun bilimsel önerilerine yeğ tutulmuştur. Kadro ve ödenek istemleri, bürokrasinin duvarlarına çarpmış ve olumsuz olarak geriye yansımıştır. S.S.Y. Bakanlığının bilimsel danışmanlık yapmak üzere kurulan okulun, atacağı her adım için Bakanlıktan izin alması zorunluluğu getirilmiştir. Bilim, dünyanın hiçbir yerinde, politikacıya bağlı kuruluşlarda gelişmemiştir. Özellikle ülkemizdeki çirkin politikacı örneğinin, bilimin Hıfzıssıhha Okulu'nda gelişmesini isteyeceği, hoşgörü ile karşılayabileceği düşünülemezdi. Çünkü böyle bir gelişme olsaydı, bu bilim, önce politikacının güncel çıkarlarının karşısına dikilecekti.

Böyle bir gelişmenin, bilinçli olarak önlenmesi, kendi amaçlarına varmak için, politikacının önündeki önemli bir engeli ortadan kaldırmıştır. Bu, çirkin politikacının yararına bir durumdur. Diğer yandan, ülkenin yararları söz konusu edildiğinde, belki de bir daha ele geçmez bir fırsat kaçırılmıştır. Sonuç ise ortadadır :

● S.S.Y. Bakanlığının «GERÇEK POLİTİKA» denebilecek herhangi bir sağlık politikası yoktur.

● Sorunlar, «İTFAİYE DÜZENİ» denebilecek bir yaklaşım ile ele alınmakta, yangın nerede ise oraya saldırlmaktadır. Yangın çıkmasını önleyecek herhangi bir ciddi girişim söz konusu değildir. Sağlık teriminin çağdaş kapsamı gözönüne alındığında, S.S.Y. Bakanlığının eşgüdüm (koordinasyon) sağlayan bir bakanlık olması gerekmektedir. Çünkü, sağlığı kötü yönden etkileyen :

- Ulusal gelirin az oluşu
- Az olan gelirin dağılımının çok bozuk oluşu,
- Eğitim düzeyinin düşük oluşu,
- Başboş kentleşme,
- Bozuk fizik çevre koşulları,

— Yetersiz ve dengesiz beslenme ve benzeri temel öğelerin çözümü, S.S.Y. Bakanlığının değil, diğer bakanlık ve kuruluşların görevidir. S.S.Y. Bakanlığının bu kuruluşlara etki yapamamaktadır. Çünkü, sayılan kötü koşulların insan sağlığı üzerindeki çok önemli etkilerini ortaya koyacak, sergileyecek verileri yoktur. Bu verileri toplamak, bilimsel yönetimle gerçekleştirilebilir.

Oysa S.S.Y. Bakanlığının yöneticileri arasında, sağlık yöneticiliği ve halk sağlığı eğitimi görmüş, öğrendiklerini uygulayabilen yönetici sayısı ihmal edilebilecek kadar azdır. Bu yöneticilerin tek övünç kaynakları deneyimleridir. (Tecrübeleridir) Oysa günümüzde bilim, dene-



yimi pek çok geride bırakan bir hızla gelişmektedir. Bilimsel eksiklik yöneticiyi zayıf kılar ve kendine güvenini yok eder. (Nitekim bugün, araya konacak birkaç politikacının etkisiyle, S.S.Y. Bakanlığı'nda yaptırılmayacak herhangi bir şey yoktur. Herşey, akla gelebilecek herşey yaptırılabilir, her yasa çiğnetilebilir). Bu durumu, yalnız günümüzdeki politik durumun bir sonucu olarak göstermek yanıltıcıdır. Bu sonuca varılmada, yukarıda belirtildiği gibi, bilimsel bir yönetimin kurulamış olmasının önemli payı vardır.

B. Geleneksel sistemde üzerinde önemle durulması gereken bir yönetim birimi de Sağlık müdürlükleridir. Sağlık müdürü'nden, valinin emri altında, ilin sağlık yönetimini yürütmesi beklenmektedir. Çağdaş anlayışa göre bir yönetim biriminin şu görevleri yapması gerekir :

- Planlama (Planning)
- Örgütlenme (Organizing)
- Danışma, Personel alma (Staffing)
- Yönetme (Directing)
- Eşgüdüm (Coordinating)
- Haberleşme (Reporting)
- Bütçeleme (Budgeting)

Bu yanaşıma, görevlerin İngilizce adlarının baş harflerinden türetilen POSDCORB yanaşımı adı verilmektedir. Şimdi, Sağlık müdürlüklerini, yapmaları beklenen bu görevleri açısından inceleyelim :

1) Plânlama : Sağlık müdürlüklerinde gerçek bir planlama yapıldığı söylenemez. O kadar söylenemez ki, S.S.Y. Bakanlığı hangi aşının hangi aydan başlanarak yapılacağına karar vermekte, bu konuda genelgeler yayınlamaktadır. Diğer yandan planlama, elde bazı kaynakların bulunmasını, bu kaynakları en etkin biçimde kullanarak seçilmiş amaçlara varılmasını biçimlendiren bir iştir. Sağlık müdürlüklerinin bu işi yapamamalarının iki önemli nedeni vardır :

1.1. Kaynak terimi insangücü, malzeme ve parayı kapsamaktadır. İllerde görevli sağlık personelinin nitelik ve nicelik açısından yetersiz olduğu bilinmektedir. Malzeme ise hem eksik, hem de bakımsızdır. İkmal ve tamir işleri işlememektedir. Sağlık müdürlüklerinin parasal açıdan, herhangi bir planlamaya girecek olanakları da yoktur. Çünkü, aşağıda da değinileceği gibi, bütçeleme işi merkezi kuruluşta yapılmaktadır.

1.2. Sağlık müdürleri, kendi başlarına plan yapacak bilgi ve beceriden, çoğunlukla yoksundurlar. Bilgi ve becerisi olanlar ise, bunu uygulamazlar. Çünkü ülke yönetiminin geleneği, görevlide suç arama, yamılgı

arama eğilimindedir. Yapılan yamılgıya karşılık elde edilen başarı, çok az durumda gözönüne alınabilir. Yamılgıdan, dolayısı ile koğuşturmadan kurtulmanın en güvenilir yolu, kendi başına herhangi bir girişimde bulunmamaktır. HİÇ İŞ YAPMAYAN HİÇ HATA DA YAPMAZ. Böylece Sağlık müdürlükleri, bir yabancı gözlemcinin söylediği gibi, bir tür postacılık görevi yaparlar. Bakanlıktan gelen emirleri Hükümet tabibliklerine aktarır, onlardan gelen bilgileri toplayıp bakanlığa sunarlar.

2) Sağlık müdürlüklerinin örgütlenme görevleri de, hemen hiç yerine getirilmez. Bir hemşire yardımcısının, bir şoförün, bir hizmetlinin görev yerini, bir sağlık evinin yapılacağı köyü bakanlık kararlaştırıyor ise, ya da bu konularda, il yöneticilerince alınan kararları değiştiriyorsa, aslında sağlık müdürlüklerinin örgütlenme olanağı da yok demektir. Tüm personeli atama yetkisinin bakanlıkta oluşunun sonucu, baş döndürücü bir personel hareketliliğidir. Halka sağlık hizmeti vermenin temel koşulu halkı ve sorunlarını tanımaktır. Bu süreç ise, belli bir süre görev yerinde çalışmayı gerektirmektedir. Yalnız 3 - 5 ay önce S.S.Y.B. Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı'ndan deneyimi (tecrübesi) çok, çalıştığı bölge halkını tanıyan birkaç ebe adı istenmişti.

Şaşılarak görülmüştür ki, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği 30'a yakın ilde görevli 2384 ebe içinde, çalıştığı sağlık evinde 2 yıl çalışan tek ebe yoktur. Hepsini 1.5 yıl ya da daha az süreden beri buldukları sağlık evlerinde görev yapmakta idiler. Sağlık müdürlükleri ve hizmetlerin etkinliğini ölçerken, bizzat bakanlığın ortaya çıkardığı bu çok önemli olumsuz etken önemle gözönüne alınmalıdır. Bu durumda il yöneticilerinden örgütlenmeye ilişkin bir çaba beklemek, hayal kurmaktan da öte bir şeydir.

3) Bir yönetim yöntemi, ögesi olan danışma, il sağlık örgütü düzeyinde hemen hiç başvurulmayan bir yoldur. İl yöneticilerinin bakanlıktan akıl sormaları, emir istemeleri bu savın dışındadır. İl sağlık yöneticisi karar vermeden önce, ildeki diğer sorumlu ve yetkililere, ilçe düzeyindeki yöneticilere akıl danışmayı, bir tür yetersizlik belirtisi sayar. Bu kural ülkemizdeki tüm yöneticiler için geçerlidir.

Gelenek odur ki, yönetici her şeyi bilir ve yöneticinin hikmetinde sual olunmaz. Oysa yönetici BİLENLERİ YA DA BİLENLERİN BİLDİKLERİNİ İLGİLİ GÖREVDE KULLANAN, DEĞERLENDİREN KİŞİDİR.

4) İl düzeyinde yönetim (Directing) bir tür emir ve kumanda zinciri biçimindedir. Bu yönetim anlayışı Prusya'dan Fransa'ya, oradan da ülkemize geçmiştir. Bu yönetimin en belirgin belirtisi yazışmalardır. Üst düzeydeki bir görevlinin alt düzeydekine yazdığı bir yazı «Gereğini



rica ederim.» «Gereğini önemle rica ederim.» ya da «Bilgi edinilmesini rica ederim.» tümceleri ile biter. Eğer yazı, bir alt düzeydeki görevli- den üsttekine yazılmışsa sonu «..... arz ederim.» diye bitmek zorunda- dır. Bu «arz ederim» sözcükleri yazılmamışsa yazı «Devlet Dairelerin- de Yapılacak Yazışmalarda Uygulanacak Kurallara İlişkin Yönetmelik» gereğince, hiçbir işlem yapılmaksızın, arz ederim sözcüğünü kullanma- yan bu saygısız asta geri gönderilir. Bu uygulamada, belki de Klanlar devrinden kalma, üste karşı «kayıtsız ve şartsız itaat» ın izleri vardır.

Bu üstlere ayrıcalıksız baş eğme zorunluluğu halktan da istenir. Sağlık yöneticisi, az - çok mürekkep yalamış olduğundan bu «ARZ» işi- ni pek aksatmaz. Oysa halkın bu deneyimi yoktur. Bir vatandaş Ağrı Valiliğine yazdığı bir dilekçeye «Vilâyet Yüksek Makamına» diye baş- lar. Kendisine, Patnos Kaymakamlığına başvurması söylenir. Valiliğin «Yüksek Makam» olduğunu öğrenen vatandaş, kaymakamlığın da yük- sek makam olduğunu düşünemez ve dilekçesine «Kaymakamlık Orta Makamına» diye başlar. Kuşkusuz bu dilekçe de, kaymakamlık yüksek makamına yapılmış bir saygısızlık olarak algılanır, hiçbir işlem yapılmadan geri çevrilir. Doğru düşünce hangisidir? ..... valisi de, kaymaka- mı da, diğerleri de yüksek makam sahibi iseler, mantık açısından hiçbi- ri yüksek olamaz. Oysa bürokrasi, hepsini yüksek makam sayar. Orta ya da alçak makam, yönetim zincirinde yoktur. Olsa olsa bu sıfatlar halk için kullanılabilir.

Burada asıl mantık, bürokratin kendini halktan soyutlaması, kendi- ne öncelikli bir durum vermesidir. Bu işi yapan bürokrat ulusal bayram- larda, Atatürk'ten söz edildiğinde, ya da oy istemeğe halka gidildiğin- de «Köylü Milletın Efendisidir» bile diyebilir. Bu, şuurlu bir ikiyüzlü- lüktür. Halkın kendinden olan yöneticileri olmadığını gösterir.

Sonuç olarak yöneticiler birbirlerine yardımcı olan bir birimin, bir örgütün üyeleri olmak yerine, ast - üst ilişkileri içinde bir garip karma- şa oluştururlar. Halk ise yönetimden tümüyle kopar. Çünkü yönetimi an- layamamaktadır. Kendi yalın mantığı, bürokratin özel mantığı ile bağ- daşamaz. Oysa bürokrattan bitecek işi vardır. Doğal olarak araya, bü- rokratin mantığını, bürokratin dilini bilen kişileri sokar. Bu kişiler ise ağalar, şeyhler ya da politikacıdır. Bu araçlar kurulu düzenin savu- nularındırlar. Toplumı yöneten sömürücü - kapitalist sınıfın uçtaki temsilcileridirler. Dolayısı ile istediklerini yaptırırlar. İmdi bu noktada, bu sonucu bizzat kendisi yaratmış olan bürokrat, partizan etkilerden, haktan, hukuktan söz etmeğe başlar. Oysa kendisi, sınıfının bilincinde olmadığı için olayı başlatmıştır ve olay, dönüp dolaşıp onun yakasına yapışmıştır.

«Bir adam pazarda bir keklik satıyordu ve kekliğine 1.000 TL. fiyat biçmişti. Meraklılar, bir keklik için neden bu kadar çok para istediğini, kekliğin özelliğinin ne olduğunu sordular. Satıcı «Bu avcı kekliktir. O'nu kafesiyle bir yere gizlersiniz, sürekli öter. Sesini duyan diğer keklikler çevresine yaklaşır, siz de onları kolayca avlarsınız» diye yanıtladı. Bir alıcı 1.000 TL. sayıp kekliği satın aldı. Kafesin kapağını açtı, kekli- ği tuttuğu gibi kafasını koparıp yanbaşına koydu. Görenler şaşkınlıkla «Bu kadar para verdikten sonra o'nu neden öldürdün? diye sordular. Adam «O, sınıfına ihanet etmişti.» diye yanıtladı.

Kuşkusuz bürokratin kafasının koparılması önerilmemektedir. Ka- fa yerinde duracaktır. Ancak, sınıf şuuru ve bu şuurun gerektirdiği dav- ranışın önemini kavramış olarak. Bu sonuca varmanın tek yolu ise, eği- timdir. Yönetici de, bürokrat da halktan olduklarını, kendileri de emek- lerini sattıkları, hiçbir üretim aracına sahip olmadıkları için emekçi ol- duklarını bilmek durumundadırlar. Sermaye, gereksinimi kalmadığında, sadece eski hizmetlerini düşünerek, bir yöneticiyi yerinde tutmaz. Bu sermayenin kârlılık ilkesiyle bağdaşmaz. O'na, yeni gereksinimlerinde kullanabileceği, sınıfının bilincine varamamış ya da sınıfına ihanet et- miş yeni kişiler gereklidir, misyonları bitene dek.

5) İl Sağlık yönetimi, hizmetlerinde bir eşgüdüm (koordinasyon) uygulamak istese bile başaramaz. Bunun iki önemli nedeni vardır.

5.1. Bakanlık ve Vali, Sağlık müdürüne yetki devri yapmamışlar- dır, yapmazlar. Dolayısı ile Sağlık müdürünün yetkisi yoktur. Uygula- ma yetkisi olmayan kişi eşgüdüm de yapamaz, başka herhangi bir şeyi de yapamaz.

5.2. Eşgüdümün asıl yapılması gereken yerde, S.S.Y. Bakanlığında eşgüdüm yapılmamıştır. Her Genel Müdürlük kendi başına bir dükalık- tır. Her Genel Müdürlüğe göre en önemli iş, kendi genel müdürlüğünün işidir. Bu nedenle her genelge «Gereğini önemle rica ederim.» diye biter. Her genel müdürlüğün gereği ÖNEMLİ olduğundan, hepsinin önem ve önceliği olan işlerden hiçbirine önem ve öncelik verilemeyeceği için, İl- Sağlık yöneticisi, eğer varsa kendi yönetimini de şaşırır. Sonuçta bir yöntemsizlik ya da HA BABAM yöntemi ortaya çıkar. Doğrusu, yönetim bilimi açısından başka bir sonuç beklemek de olası değildir.

6-7) Son olarak il düzeyinde haberleşme ve bütçelemeye kısaca değinilecektir. İl Sağlık yöneticilerinin bütçeleme işinde hiçbir yetkileri olmadığından söz edilmişti. Haberleşme işi ise, gene yukarıda belirtildiği gibi, Sağlık müdürlükleri bir tür postacılık görevi yaparlar.» biçimi- minde özetlenebilir.



C. Hükümet Tabiblikleri : Geleneksel sistemde asıl Sağlık hizmeti vermesi beklenen görevli hükümet tabibidir. Hükümet tabiblerinin 180'i aşkın görevleri vardır. Ancak bu görevler 4 ana başlıkta toplanabilirler :

- 1 — Koruyucu hekimlik hizmetleri,
- 2 — Tedavi edici hekimlik hizmetleri,
- 3 — Yönetime ilişkin hekimlik hizmetleri ve
- 4 — Adli hekimlik hizmetleri.

S.S.Y. Bakanlığının 1975 yılı sonu verilerine göre, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmediği bölgelerde görevlendirilen her hükümet tabibi başına ortalama 50.300 kişi düşmektedir. Şimdi, bu sayıya dayanarak, hükümet tabibinin yukarıda sayılan görevleri ne derecede başarabileceğine bir göz atalım :

1) Koruyucu hekimlik hizmetleri : Hükümet tabiblerinin her ilçeye bir tane atandığı bilinmektedir. (Sayısı pek az ilçelerde birden çok hükümet tabibi vardır). Ülkemizde ortalama ilçe merkezi nüfusu 10.000 dolayındadır. Geriye, köylerde yaşayan 40.000 nüfus kalmaktadır. Köylerin ortalama nüfusu ise 600 dolayındadır.

$$40.000/600 = 66$$

Bu demektir ki, bir hükümet tabibi 10.000 nüfuslu bir ilçe merkezi ile bağlı 66 köye koruyucu hizmet götürmektedir. Çağdaş hekimlik anlayışına uygun koruyucu hizmetleri anımsayalım :

#### KORUYUCU HEKİMLİK HİZMETLERİ

##### KİŞİYE YÖNELİK

- 1 — Sağlık Eğitimi
- 2 — Aile Planlaması
- 3 — Erken Tanı
- 4 — Bağışıklama
- 5 — Beslenme

##### ÇEVREYE YÖNELİK

- 1 — Su Sağlığı
- 2 — Helâ, kanalizasyon
- 3 — Atıklar
- 4 — Vektör kontrolü
- 5 — Besin hijyeni v.b.

Bir ayda ortalama 20 işgünü vardır. Hükümet tabibinin ayda 5 gün ilçe'de çalışacağını (yalnız koruyucu hizmetleri yürüteceğini varsayıyoruz) 15 günde de, günde bir köye gideceğini varsayalım. Her köye  $66/15 = 4$  ayda bir sıra gelecek demektir.

Görülmektedir ki, hükümet tabibi, yalnız koruyucu hizmetleri yürütse bile, bu işin üstesinden gelme olanağı yoktur.

2) Tedavi Edici Hizmetler : Şimdi, hükümet tabibinin yalnız tedavi edici hizmetleri yürüteceğini varsayalım. Bu durumda 50.000 kişiye tedavi edici hizmetler vereceği ortaya çıkar. Burada, bir kişinin yılda kaç kez hekime başvurduğunu bilmek gerekir. Sosyal Sigortalar Kurumu'nda bu sayı yılda 5 dolayındadır. Etimesgut bölgesinde ise yılda kişi başına hekime başvurma 1'dir. Biz 1 sayısını alalım. Hükümet tabibinin yılda 50.000 poliklinik yapması gerekecektir. Tabib yılda bir ay izinlidir. Kalan 11 ayda, her ay 20 iş günü olduğuna göre 220 işgünü çalışacak demektir. Böylece günlük poliklinik sayısı :

$50.000/220 = 227$  olmaktadır. Bir hekim günde 227 polikliniği nasıl yapabilir?.. Bu olası mıdır?

Görülüyor ki hükümet tabipleri, başka hiçbir iş yapmasalar, yalnız poliklinik yapsalar, gene bu işin üstesinden gelemezler. Her hastanın hükümet tabibine gitmeyeceği, diğer hekimlere ve özel hekimlere de başvurulacağı akla gelebilir. Unutulmamalıdır ki hükümet tabibinin koruyucu hizmetleri yapmasının da olanaksız olduğu gösterilmişti. Ayrıca yönetime ilişkin hekimlik ve adli hekimlik hizmetleri de hükümet tabiblerinden istenmektedir. Ülkemizde hekimi olan belediye sayısı ise, yok denecek kadar azdır ve bu durumda belediye tabiblerinin de görevlerini, yasal bir zorunluk olarak hükümet tabipleri yüklenirler.

Bu kadar olmayacak, yapılamayacak görev yüklenen hükümet tabipleri ne yapmaktadırlar? Hükümet tabipleri 1876 geleneğini sürdürmeyi yeğlemişlerdir. Tüm yasalarda suç sayılmasına karşı, ASIL GÖREVLERİNİ, MUAYENEHANELERİNDE PARAYLA HASTA BAKMAK biçimine sokmuşlar, arada boş kalırlarsa, önemsiz bir ek görev gibi YUKARIDA SAYILAN RESMİ GÖREVLERİNE BİR GÖZ ATAR, DAHA DOĞRUSU RESMİ YAZILARDAKİ «ARZ EDERİM» sözlerinin altına İMZA ATAR OLMUŞLARDIR.

Yoksa, ülkenin pekçok yerinde bebek ölüm hızının binde 180'in, Ana ölüm hızının %0 15'in (onbinde değil) üstünde olması, başka nasıl başarılabilirdi?.. Buna başarı denebilirse, bu başarıyı geleneksel sisteme borçluyuz. Bu sistem, Sağlık merkezleri ve zaman zaman büyük başarılar elde eden Savaş Kuruluşları (Sıtma Savaşı, Verem Savaşı v.b.) ile desteklenmesine karşın, böyle acı bir tablo ile önümüze çıkmaktadır.

Bu sonucu doğuran geleneksel sisteme karşı planlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Sistemi ayrı bir yazının konusu olacak önemdedir ve öyle yapılacaktır.

#### **KAYNAKLAR :**

1. Kalkandelen, A. Hayrettin. : Personel Yönetimi ve Yönetimde Sistemler-İkinci Kısım. Şenyuva Matbaası, Ankara, 1972.



# Türkiye'nin Gereksinimi ve İnsan Gücü Planlanması Yönünden Uzmanlık

Dr. M. Rahmi DİRİCAN

Halk Sağlığı Profesörü

## 1. GİRİŞ :

Son yüz yılda, hekimlikte göze çarpan en önemli gelişmelerden biri uzmanlaşmadır. Önceleri bilgide uzmanlaşmayla başlayan bu hareket, giderek tanı ve tedavi tekniklerini de kapsamına almıştır. İnsan sağlığına olumlu katkılarda bulunan büyük buluşların hemen tümü uzmanlaşmayla başlamıştır.

Uzmanlaşma sonucu, hekimlerin tanı ve tedavi yetenekleri farklılaştığı için, hastaların tıbbi bakım sorumluluğu birçok hekim arasında bölünmüş ve hekimlik çeşitli dallara ayrılmıştır. Hastaların tanı ve tedavisinde çok başarılı olduklarından, uzman hekimlerin toplumdaki itibarları giderek artmış ve bu durum, tüm hekimlerde hızlı bir uzmanlaşma eğiliminin doğmasının temel etmenlerinden olmuştur. Kuşkusuz, böyle bir eğilimin doğmasında özellikle tıp fakültelerindeki eğitim ve öğretim; hekimliğin bilimsel ve teknolojik gelişimi; hükümetlerin ve sosyal sigortaların tedavi hizmetlerinde büyük ölçüde sorumluluk almaları vb. gibi etmenler de önemli rol oynamıştır.

Terminolojideki karışıklığı gidermek amacıyla uzman, pratisyen hekim ve aile hekimi terimlerinin tanımlarını belirtmek yararlı olacaktır:

**Uzman** : belirli hastalıkların ya da belirli yaş gruplarındaki hastaların muayene, tanı ve tedavisi için özel bir mesleki öğrenim yapmış olan hekimdir.

### ● Bir önceki sayfadan devam

2. Soysal Mümtaz. : Halkın Yönetime Etkisi. Türkiye ve Orta Doğu Amme İcâresi Enstitüsü Yayını, Sevinç Matbaası, Ankara, 1968.

3. March, G. James, Simon, A. Herbert. : Örgütler. Çevirenler : Ömer Bozkurt, Oğuz Onaran. Türkiye ve Orta Doğu Amme İcâresi Enstitüsü Yayını. Sevinç Matbaası, Ankara, 1975.

4. Tortup, Nuri. : Yönetim Bilimi. Ankara İktisadi ve Ticari Bilimler Akademisi Yayını. Kalite Matbaası, Ankara 1975.

5. Gournay, Bernard. : Yönetim Bilimine Giriş. Çeviren : İhsan Kuntbay. Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Yayını, Sevinç Matbaası, Ankara 1971.

6. Yasa, İbrahim. : Türkiye'nin Toplumsal Yapısı ve Temel Sorunları. Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını. Sevinç Matbaası, Ankara 1970.

**Pratisyen Hekim** : Sağlık ve hastalıkla ilgili durumlarda, çoğunlukla ilk kez başvurulmuş ve mesleki uygulaması belirli bazı hastalıklar la sınırlanmamış olan hekimdir.

**Aile Hekimi** : Sorumluluğunu yüklediği ailelerin tüm bireylerine sağlık ve hastalık durumlarında sürekli olarak tıbbi bakım sağlayan, çoğu kez pratisyen, ama bazen dahiliye ya da çocuk uzmanı olan hekimdir.

## 2. TÜRKİYE'DE VE DIŞ ÜLKELERDE UZMANLAŞMA :

Yıllar boyunca hemen her ülkede, pratisyen hekimliğin önemine ve pratisyen hekim sayısının artırılması için, çaba gösterilmesi gerektiğine değinildiği halde, pratisyen hekim oranında herhangi bir artış olmamıştır.

Türkiye'de, 1960 yılında, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Prof. Dr. Ragıp Üner, hekimlerin % 51'inin uzman olduğundan yakınarak, «yurdumuzda müteahhis hekim enflasyonu vardır»(1) dediği halde, her geçen yıl uzman hekim oranı artmaktadır (Tablo : 1).

**TABLO : 1 — DEĞİŞİK YILLARDA TÜRKİYE'DE PRATİSYEN VE UZMAN SAYILARI VE YÜZDE DAĞILIMI**

Yıl	Uzman		Pratisyen		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1950	3.647	52.9	3.248	47.1	6.895	100.0
1955	4.836	50.2	4.802	49.8	9.638	100.0
1960	5.217	53.1	4.609	46.9	9.826	100.0
1965	6.657	61.1	4.238	38.9	10.895	100.0
1970	10.241	64.6	5.615	35.4	15.856	100.0
1973	11.139	64.1	6.226	35.9	17.365	100.0

Kaynak : Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, SSYB. Yayın No: 422, 1973, s. 321.

Tablo : 1 deki yüzde dağılımının gerçek durumu yansıttığı kanısında değildir. Çünkü, bu tabloda uzmanlık öğrenimi yapmakta olanlar pratisyen hekim olarak gösterilmiştir. Nitekim 1964 yılında yapmış olduğumuz bir araştırmada (2), Türk hekimlerinin yüzde 62.4'ünün uzman ve yüzde 24.1'inin pratisyen olduğunu, yüzde 13.5'unun da uzmanlık öğrenimi yapmakta olduğunu tespit etmiştik.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında, «Türkiye'de mevcut hekimlerden yararlanmayı güçleştiren bir başka faktör de hekimlerde uzmanlaşma eğilimidir. Birinci ve İkinci Plan döneminde pratisyenliği çekici



kılan tedbirlerin alınmaması sonucu, bu eğilim giderek artmaktadır»(3) denilmesine rağmen, pratisyen hekim sayısını artıracak herhangi bir önlemden söz edilmemektedir. Sanırız bu tutumun nedeni, günümüz koşullarında uzmanlık eğilimini önlemenin olanaksızlığının anlaşılmasıdır.

Dünyanın diğer ülkelerinde de pratisyen hekim oranı azalmaktadır. Tablo : 2 incelendiği zaman, Almanya ve Fransa dışında hemen her ülkede bu oranın düştüğü, Türkiye'deki hızlı uzmanlaşmaya benzer bir durumun Bulgaristan, Yugoslavya, Polonya ve A.B.D. için de söz konusu olduğu görülmektedir.

**TABLO : 2 — BAZI ÜLKELERDE DEĞİŞİK YILLARDA TOPLAM HEKİM SAYILARI İLE PRATİSYEN VE UZMAN HEKİMLERİN YÜZDE DAĞILIMLARI**

Ülkeler	Yıllar	Toplam Hekim Sayısı	Hekimlerin % Dağılımı	
			Pratisyen	Uzman
Bulgaristan	1963 ( * )	13.022	23.6	76.4
	1970 (**)	15.819	16.1	83.9
Yunanistan	1963 ( * )	11.265	33.9	66.1
	1970 (**)	14.263	34.7	65.3
Yugoslavya	1963 ( * )	14.123	61.8	38.2
	1970 (**)	20.369	54.8	45.2
Finlandiya	1963 ( * )	3.361	52.1	47.9
	1970 (**)	4.795	54.1	45.9
Fransa	1961 ( * )	50.725	51.2	48.8
	1970 (**)	68.000	60.8	39.2
B. Almanya	1963 ( * )	88.397	53.5	46.5
	1970 (**)	105.976	60.7	39.3
İsveç	1963 ( * )	7.940	44.3	55.7
	1970 (**)	12.611	45.2	54.8
Polonya	1963 ( * )	35.234	44.7	55.3
	1970 (**)	49.283	36.8	63.2
İngiltere ve Galler	1963 ( * )	47.050	47.1	52.9
	1970 (**)	59.791	47.0	53.0
A.B.D.	1963 ( * )	272.502	31.2	68.8
	1970 (**)	311.203	25.0	75.0
Toplam	1960 - 63 ( * )	543.619	39.0	61.0
	1970 (**)	662.10	37.6	62.4

( \* ) Popov, G.A. Principles of Health Planning in the USSR, Wld Hlth Org. Public Health Papers No: 43, Geneva, 1971, p. 111.

( \*\* ) World Health Statistics Annual, 1970, Geneva, Vol: III, 1974, p. 61 - 101.

Türkiye'de uzmanlaşma oranı hızla arttığı gibi, uzmanlık dalları da hızla artmaktadır. Ülkemizde ilk olarak, «Tababet İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname» adıyla 29.6.1929 günü yayınlanan uzmanlık tüzüğünde 15 uzmanlık dalı belirtilmişken (4), 24.7.1947 tarihinde yayınlanan tüzükle dal sayısı 25'e, 28.12.1955 günü yayınlanan tüzükle 37'ye, 6.9.1962 günü yayınlanan tüzükle 59'a ve son olarak 18.4.1973 günü yayınlanan tüzükle 64'e çıkarılmıştır.

### 3. UZMANLAŞMANIN OLUŞTURDUĞU SORUNLAR VE ÇÖZÜM YOLLARI :

Hekimlerde uzmanlaşma eğiliminin ve hekimlikte uzmanlık dallarının artışı, giderek toplumun sağlık gereksinimlerine ters düşmeye ve bazı sorunların oluşumuna yol açmıştır. Bu sorunların önemli olanları şu şekilde sıralanabilir :

a — İnsan sağlığını devam ettirmek amacıyla koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık vermeleri gereken hekimler, hasta muayene ve tedavisiyle ilişkin uzmanlık dallarına yöneldiklerinden, toplumsal sağlığın olumlu yönde gelişmesi aksamaktadır.

b — Hastalar, daha yararlı olacağı düşüncesiyle, uzmanlar tarafından muayene ve tedaviyi yeğlemektedirler. Bu durum, bir yandan gereksiz yere uzmanlara başvuranlar sayısını arttırmakta, diğer yandan gerçekten uzmanların ilgilenmesi gereken hastalara ayrılan zamanı kıstlamaktadır.

c — Hekimlikteki gelişmelere paralel olarak, uzmanlar tarafından yapılan muayene ve tedavilere ilişkin harcamalar, özellikle hastane harcamaları, hızla artmaktadır.

d — Çeşitli nedenlere bağlı olarak, uzman hekimlerin büyük kentler dışında çalışma olasılığı zayıftır. Küçük kentlerde, kasabalarda ve hatta kırsal bölgelerde çalışsalar bile, uzmanlıkları kapsamına giren yeter sayıda hasta bulamayacaklardır. Bu durumda, çok değerli bir insangücünden verimli bir şekilde yararlanamamak söz konusu olacaktır.

Günümüzde uzmanlaşmanın geliştiği tüm ülkelerde bu sorunların çözümü için hükümetler, meslek kuruluşları ve hekimler tarafından yoğun çabalar harcanmaktadır. İleri sürülen çözüm yolları iki grupta toplanabilir. Birinci grup öneriler, iyi yetişmiş pratisyen hekim sayısının artırılması; ikinci grup öneriler ise uzmanlaşmanın kaçınılmaz olduğu temel düşüncesine dayanmaktadır.

Çözüm yolunu iyi yetişmiş pratisyen hekimlerde veya aile hekimlerinde arayanlar, şu gerekçeleri ileri sürmektedir :



a — Pratisyen hekimler ve aile hekimleri, koruyucu hekimlik ve sağlık eğitim hizmetlerine fiilen katılarak toplumsal sağlığın olumlu yönde gelişmesini hızlandıracaklardır.

b — Pratisyenler, hastalarla ilk karşılaşan hekimler olarak, uzmanlar tarafından muayene ve tedavisi gerekenleri ayıracak, diğerlerini kendileri tedavi edeceklerdir. Böylece, uzman hekimlerin daha yararlı hizmet yapmaları sağlanacaktır.

c — Çeşitli araştırmalar, iyi yetişmiş pratisyen hekimlerin, yetişkinlerdeki hastalıkların % 75'ini, hattâ bebeklerdeki hastalıkların % 96'sını (5), uzman hekimin yardımına gereksinim duymadan tedavi edileceğini ortaya koymuştur. O halde, pratisyen hekimlik iyi bir şekilde uygulanırsa, bir yandan uzman hekimler hastalarına daha fazla zaman ayıracak, diğer yandan hastaların büyük çoğunluğu pratisyen hekimlerce ayakta veya evde tedavi edileceğinden hastane harcamaları sınırlı bir düzeyde kalacaktır.

d — Gerekli önlemler alınmak koşuluyla, pratisyen hekimlerin küçük kentlerde, kasabalarda ve hatta kırsal bölgelerde çalışmalarını kolaylıkla sağlanabilecektir.

Avrupa Konseyine üye ülkelerde araştırma yapan üç değerli araştırmacı, araştırma sonuçlarını «her ülke çok sayıda pratisyen hekim, aile hekimi ve ilk bakım hekimini elinde bulundurmak için gerekli önlemleri almalıdır» şeklinde belirtmişlerdir (6)

İyi yetişmiş pratisyen hekim sayısını artırmaya yönelik önlemlerden bugüne değin uygulama alanına konulanlar şunlardır : Uzman yetiştirme olanaklarını sınırlandırmak, tıp fakültelerinin öğretim ve eğitim yöntemlerinde pratisyen hekim yetişmesine olanak sağlayacak köklü değişiklikler yapmak, tıp fakültesi sayısını artırmak, pratisyen hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak geliştirmek, ya da özel haklar tanıyarak hekimler için çekici kılmak.

Hekimlikte uzmanlaşmanın kaçınılmaz olduğuna inananların gerekçeleri şunlardır :

a — «Hızla artan tıbbi bilgilerin ve her geçen gün daha ayrıntılı ve karmaşık bir duruma gelen tıbbi becerilerin tümünün bir hekim tarafından öğrenilmesi ve uygulanması olanaksızdır» (7). O halde hekimlerin bir dalda uzmanlaşması doğal karşılanmalıdır. Diğer bir deyimle, «Tıp bilimindeki hızlı gelişmeler, hekim teriminin geleneksel anlamına uygun olarak hekim kalmak isteyenleri uzmanlaşmaya zorlayacaktır» (8).

b — Toplumların değer yargıları ve hekimlerdeki uzmanlaşma eği-

limi değişmedikçe, ters yönde alınan önlemler başarılı sonuç vermeyecektir.

Bu gerekçelere dayananların bir bölümü, liberal bir görüşle laissez-faire çözüm yolunu önermekte, hekimlerin uzmanlığı ve uzmanlık dallarını seçmekte tümü ile özerk olduğunu, bu hususları tayin eden etmenlerin hekimlerin ve toplumun isteklerine bağlı bulunduğunu ileri sürmektedirler. Başka bir bölümü ise, uzmanlaşma kaçınılmaz olsa bile, uzmanlık dallarının ve her dal için gerekli olan uzman sayısının ülke gerçeklerine uygun bir planlama ile saptanması gerektiğini savunmaktadır.

Kanımızca tüm hekimlerin uzmanlaşmasını savunanların en büyük yanılması, hekimliği sadece hastalar ve hastalıklarla uğraşan bir meslek olarak benimsemeleridir. Onlara göre, yüzyıllar boyunca uygulanan bu tür geleneksel hekimliğin hızla gelişmesi artık bir hekimin üstesinden gelemeyeceği boyutlara ulaştığından, tek çıkar yol, uğraş alanını ufak parçacıklara, uzmanlık dallarına, ayırarak her parça ile bir hekimin uğraşabilmesini olanaklı kılmaya çalışmaktır.

Değişik hastalıkların tanı ve tedavi yöntemlerini ayrıntılarıyla bilen hekimler kesinlikle gereklidir. Ama bütün hekimler böyle bir yola giderlerse her tür hastalığın oluşabildiği insanı bütünüyle kim ele alacaktır? Her uzman, kendisine başvuran hastayı, uzmanlık alanına giren organ ve organ sistemlerinden oluşan biyolojik bir varlık olarak görmeye başlar ve sadece onlardaki biyolojik bozuklukları gidermekle yetinirse; bir süre sonra, hastanın da bir insan olduğu unutulmayacak mıdır? Her insanın biyolojik yapısı kadar önemli olan ruhsal, sosyal ve ekonomik bir yapısı vardır. Bu yapısal etmenler birbirinden soyutlanamaz. Biyolojik bozukluğun altında yatan temel nedenler, çoğu kez bu yapısal etmenlerle ilgilidir. O halde, sadece biyolojik bozukluğun görüldüğü organ ve organ sistemleriyle uğraşmayı ve bütünü unutmayı amaçlayan böyle bir uğraş hekimlik mi yoksa teknisyenlik mi demek daha doğrudur? Bu tür bir uzmanlaşma, hekimliği bir çıkmaz yola sürüklemeyi mi?

Çağdaş hekimlik, kişinin sağlığını sürdürmek, ömrünü uzatmak ve iş verimini artırmak için gereken önlemleri düşünmek, almak ve aldırarak bilim ve sanatı olarak tanımlanmaktadır. Bu kadar geniş kapsamlı bir hizmeti, tek hekimin yürütmesi bir yana, sadece hekimlerin yürütmesi bile olanaksızdır. Bu nedenle, çağdaş hekimlik hizmeti, ancak bir çok meslek mensubundan oluşan bir ekiple yürütüldüğü takdirde başarılı olabilmektedir. Bu ekipte uzman, pratisyen, hemşire, diş hekimi, eczacı, ebe, sağlık memuru vb. gibi çeşitli tip sağlık personelinin bulunması kaçınılmazdır.



-9v Tartışmayı bu yönle saptırmamak bile, hekimlerin sadece hastalarla uğraştığı bir toplumda, hastalıkların günde 50 hatta yüzde 75'i iyi yetişen pratisyen hekimlerce ayakta ve evde daha ucuza tedavi edildiğine göre, tüm hekimlerin uzman olması, insan gücü, zamanı ve harcamalar yönünden büyük bir israf değil midir? Diğer yandan tüm hekimlerin uzmanlaşmaya başladığı bir toplumda, hastaların uygun uzmana gitmesini kim sağlayacaktır? Hastalardan ilk tanıyı kendileri koyup uygun uzmana gitmeleri beklenemeyeceğine göre, en azından hastaların ayırımını yapacak biri gerekmez mi?

Görülüyor ki, konu hangi yönden ele alınrsa alınsın, tüm hekimlerin uzmanlaşmasının çeşitli sakıncaları vardır. Bu sakıncalar, Türkiye gibi hekim sayısı sınırlı, nüfusunun çoğunluğu kırsal bölgelerde yaşayan ülkeler için özel bir önem taşımaktadır. Çünkü, doğuracağı olumsuz sonuçlar, sadece insan gücünün, zamanının ve parasal harcamaların boşa gitmesiyle değil, toplumsal sağlığın istenilen düzeye çıkamayışıyla kendisini gösterecektir. Yapılacak iş, ülke gerçeklerine uygun, tutarlı bir sağlık plânı içinde personel politikasının ve bu arada uzman yetiştirilmesinin ele alınmasıdır.

#### 4. TÜRKİYE'DE UZMANLIK EĞİLİMİNİ OLUŞTURAN NEDENLER :

-9e Cumhuriyetin kuruluşundan sonra, Dr. Refik Saydam'ın çabalarıyla, hükümet tabipliği - sağlık müdürlüğü temeline dayalı bir sağlık hizmeti örgütlenmiştir. Bu örgütün hekim gereksinimini sağlamak üzere, 1923 yılında çıkarılan bir kanunla (9) tıp fakültesi mezunlarının tümünün iki yıllık zorunlu hizmet yapması öngörülmüştür. Ülkenin yoksunluk bölgelerine ve ilçe merkezlerine pratisyen hekim sağlanmasında çok olumlu sonuçlar veren bu uygulama, ne yazık ki sadece 9 yıl sürmüştür.

-26 1932 yılında çıkarılan bir kanunla (10), sadece yatılı tıp öğrenci yurtlarında kalarak öğrenimlerini tamamlayanlar 4 yıllık zorunlu hizmetle yükümlü tutulmuştur. Tümüyle Devlet bütçesinden desteklenen ücretsiz tıp öğrenimine, kendi maddi olanaklarıyla devam edebilecek durumda olanlar zorunlu hizmet dışında bırakılmış ve her türlü özveri (fedakârlık), bu öğrenime devamlarını sağlayacak maddi olanaklardan yoksun olanlardan beklenmiştir. Zorunlu hizmetle yükümlü olmayanların hemen tümü, mezuniyetten sonra uzmanlık öğrenimine başlayabilirken, ülkenin yoksunluk bölgelerinde, güç koşullar altında 4 yıl çalışanların ancak az bir kısmı uzmanlık kapısını aralayabilmiştir. Çünkü uzmanlığa giriş sınavında, zorunlu hizmet yaparken geliştiremedikleri yabancı dilden ve uygulama olanağı bulamadıkları kuramsal bilgilerden

başarılı olmaları beklenmiştir. 1964 yılında yaptığımız bir araştırmada (11), hükümet tabipliği yapmayanların yüzde 89'unun, daha öncele ri hükümet tabipliği yapmış olanların ise sadece yüzde 44'ünün uzman olabildiği saptanmıştır.

Uzmanların toplumdaki itibar ve gelirlerinin daha fazla olduğunu, büyük kentlerde yaşadığını gören hekimlerde, uzmanlık eğiliminin artmasını yadırgamamak gerekir. 1964 yılındaki bir araştırmamızda; Türk hekimleri, uzmanlık eğilimini oluşturan nedenleri önemine göre şöyle sıralamışlardır (Tablo : 3).

**TABLO : 3 — TÜRK HEKİMLERİNE GÖRE UZMANLIK EĞİLİMİNİ OLUŞTURAN NEDENLER (1964)**

Nedenler	Hekimler Yüzdesi
Tıbbın bir dalında başarı kazanmak ve hastalara daha yararlı olmak	55.1
Uzmanın toplumdaki itibarının fazla oluşu	11.5
Çalışma koşulları iyi ve büyük kentlerde yaşamak olanağı var	9.6
Daha çok kazanç var	9.5
Gerçek pratisyen yetişmediğinden	8.4
Diğer nedenler	5.9
<b>TOPLAM</b>	<b>100.0</b>

Kaynak : Dirican, M.R. : Türk Hekimlerinin düşünüş ve Davranışları ve Bunun Toplum Sağlığına Etkileri, Atatürk Üniversitesi Yayın No: 175, 1973, s. 32.

Tablo : 3'ün incelenmesinden anlaşılacağı üzere, Türkiye'de uzmanlık eğilimini doğuran temel nedeni tıp fakültelerindeki öğretim ve eğitimde aramak gerekir. Tıp fakültesinde pratisyen hekim olarak çalışacak nitelikte yetişmedikleri için, hekimliğe başladıkları anda kendilerini yeterli görmeyenler kurtuluş yolunu uzmanlıkta aramaktadırlar. 1964 araştırmasında, Türk hekimlerinin yüzde 52.4'ü, tıp fakültesini bitirdikleri zaman bir hastanın tanı ve tedavi sorumluluğunu yüklenene nitelikte olmadıklarını belirtmişlerdir (12). Bu nitelikteki pratisyenler, ya hastalarına yeterince yararlı olamayacak ya da kendilerine gelen hastaları uzmana gönderen birer sevk memuru gibi çalışacaklardır. Her iki durumda da toplumda pratisyenlerin itibarı giderek azalırken uzmanlarındaki artacaktır.

Ülkemizde, gerçek bir uzman yetiştirmek için değil, hastane hiz-



metlerinin ağır yükünü daha ucuza maalemk için çok sayıda asistan alınması gibi hatalı bir politika izlenmesi, uzman sayısını artıran çok önemli etmenlerden biridir. 1 Mayıs 1976 durumuna göre, ülkemizde 3673 hekim uzmanlık öğrenimi görmekte idi (Tablo: 4 ve Ek: 3-A, 3-B).

**TABLO : 4 — TÜRKİYE'DE UZMANLIK ÖĞRENİMİ YAPMAKTA OLAN TÜRK HEKİMLERİNİN UZMANLIK DALINA VE YERİNE GÖRE DAĞILIMI**

Uzmanlık Dalları	Tıp	Gülhane	Diğer	Toplam
	Fakülteleri	As. Tıp Akademisi		
İç Hastalıkları (*)	289	60	198	547
Cerrahi (**)	275	72	216	563
Kadın - Doğum	139	14	158	311
Çocuk	186	14	147	347
Ruh ve Sinir	130	16	46	192
Radyoloji ve Radyoterapi	80	14	31	125
Göz	75	11	19	105
K.B.B.	68	14	25	107
Üroloji	60	10	42	112
Cildiye	42	9	12	63
Anesteziyoloji	80	10	18	108
Diğer	357	57	79	493
<b>TOPLAM</b>	<b>1.781</b>	<b>301</b>	<b>991</b>	<b>3.073</b>

(\*) Dahiliye yüksek uzmanlık dalları ve Göğüs Hastalıkları Dahil.  
(\*\*) Cerrahi yüksek uzmanlık dalları dahil.

1976 yılında, yaklaşık 21.000 hekimi olan ve bunun yüzde 65'i (13.000) uzmanlık yapan Türkiye gibi bir ülkede, 3.073 hekime (tüm hekimlerin yüzde 14.6'sı) uzmanlık öğrenimi olanaklarının sağlanması bu hatalı politikanın eseri. 1970 yılında Batı Almanya'daki 105.976 hekimden sadece 6.322'sinin (yüzde 6) uzmanlık öğrenimi yapmakta olduğu gözönüne alınırsa (13), Türkiye'de uzmanlık eğitimi görenler sayısının ne derecede yüksek olduğu daha kolay anlaşılacaktır.

Hekimlikteki bilimsel ve teknolojik gelişmenin, Türkiye'de ihtisas eğiliminin artışında önemli bir rol oynadığı kanısında değiliz. Çünkü uzman hekimler de mesleki çalışmalarından memnun değillerdir. Rahmetli Tevfik Sağlam ve arkadaşlarının belirttiği gibi (14), «mütehassıs hekimler, pratisyen hekimlerin pek âlâ yapabilecekleri işleri yapmak-

tadırlar .... bu çeşit muayenelerle meşgul olan mütehassısların kendileri de, meslekleri de çürüyüp gitmektedir».

Kamu kuruluşlarında uzman hekimlere daha yüksek ücret ödemesi ve sosyo - ekonomik yönden gelişmiş yerlerde çalışma olasılığının daha fazla olması gibi ikincil etmenler de, Türkiye'de uzmanlaşma eğilimini bir dereceye kadar artırmaktadır.

##### 5. TÜRKİYE'DE UZMANLIĞIN PLANLANMASI :

1960 yılına kadar, ülkemizde tutarlı bir sağlık planı bulunduğunu, hele sağlık insan gücünün belirli bir planlamaya göre ele alındığını söylemek zordur. Nitekim, 1961 yılında Sağlık Bakanı Üner ve Müsteşar Fişek tarafından yazılan bir kitapta şöyle denilmektedir : «Şimdiye kadar memleketimizde sağlık personeli eğitimi işi belirli bir plan ve programa göre yürütülmemiş ve bunun sonucu olarak bazı sıkıntılar ortaya çıkmıştır .... Pratisyen hekimler iyi yetiştirilmediği ve tekamülleri için kurslar açılması da düşünülmediği için, tabipler ihtisas kazanmaya yönelmişlerdir.... Uzmanlıklar da memleket ihtiyacına göre ayarlanmış değildir ve rağbet, dışarda kazanç sağlayan iç hastalıkları, cerrahi, kadın - doğum gibi şubelere olup, ihtiyaç bulunan tâli şubeler ile laboratuvar şubelerinde yeteri kadar uzman yoktur» (15). Planlı kalkınma döneminin başladığı 1961 yılından bu yana, sağlık hizmetlerinin ve bu arada sağlık insan gücünün planlanması için yoğun çabalar harcanmış, bir yığın öneriler ortaya atılmıştır. Bu önerilerden konuyla ilgili olanlar aşağıda belirtilmiştir :

a — «Mevcut tıp fakültelerinin çalışmaları arasında ilişki kurmak ve sağlık öğretimi standartlarını saptamak için, fakülteler arasında ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın da katıldığı bir kurul kurulacaktır.... Pratisyen hekim ihtiyacının karşılanmasına yardım edecek değişiklikler yapılacak ..... Tıp fakültesi sonunda «intern» dönemi zorunlu kılınacaktır» ... (16).

b — «Hekimlerin sağlık ihtiyaçlarına uygun olarak yetiştirilmesi için, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Tıp Fakülteleri eşliğinde kurulan Sağlık Eğitimi Koordinasyon Kurulu çalışmalarına devam edecektir. İnternlik dönemi uygulanacaktır» (17).

c — «Asistanlık eğitimini düzenlemek için tıp fakülteleri, Askeri Tıp Akademisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Türk Tabipler Birliği temsilcilerinden müteşekkil bir kurul tesis edilmelidir. Asistanların eğitimi için hazırlanacak program ve şubelerine göre alacakları mecburi kurslar, asistan eğitim kurulunun tasvibi ile



yürürlüğe konmalıdır. Uzmanlık jürileri bu kurulca tespit edilmeli ve sınavlar yaptırılmalıdır.

Asistan eğitim kurulu, asistan eğitimi için seçilecek hastane, klinik ve enstitülerin niteliklerini belirten kriterleri tespit ve bu kriterleri haiz olmayan yerlerden yetkilerin alınmasında karar organı olmalıdır» (18).

d — «Asistanlık esas itibariyle bir eğitim devresidir. Bu sebeple asistanlığın, hastane hizmetlerini az ücretli hekimlerle yürütme müessesesi olarak değil, bir eğitim hizmeti olarak ele alınması zaruridir» (18).

e — «İhtisas tüzüğüne hekimlerin ihtisas dallarındaki oranlarını ve pratisyen - mütehassis ihtiyaçlarını nazara alan esaslar getirilecektir» (19).

f — «Kamu kuruluşlarında çalışan pratisyen ve mütehassis hekim dengesi 100 pratisyen hekime karşı 60 mütehassis olmalıdır» (19).

Yukarda (a) ve (b) bölümünde sözü edilen kurul iki kez toplanmış bazı kararlar almış, fakat bu kararlar uygulama alanına konulmamıştır. Tababet uzmanlık Tüzüğü 1973 yılında değiştirilmiş ve birçok olumlu değişikliklerle birlikte, yukarıda C bölümünde öngörülen "Tababet uzmanlık Kurulu"nun nasıl oluşacağı ve hangi görevlerle yükümlü bulunduğu açıklığa kavuşturulmuştur (20). Ne var ki, bu kurul bugüne değin resmi bir toplantı yapmamış ve herhangi bir karar almamıştır. Dolayısıyla, bu kurulca saplanması beklenen asistanlık eğitimi plan ve programlarının esasları ortaya konulamamıştır.

Tıp Fakültesi öğrenimi sonunda zorunlu kılınması öngörülen «intern» lik için yıllarca önce hazırlanan ve kamu oyunda tartışılan internlik tasarısı bir türlü kanunlaşmamış, son yıllarda sözü de edilmez olmuştur. Hekimlerin uzmanlık dallarındaki oranlarını ve pratisyen - uzman gereksinimini göz önüne alan esaslar bugüne değin uzmanlık tüzüğüne konulmamıştır.

Yukarda belirtilen ve Türkiye'de uzmanlığın planlanmasına olumlu katkılarda bulunacağı kuşkusuz olan bu önerilerin büyük bir kısmının kağıt üzerinde kalmasını, uygulamaya konulanların bir süre sonra yozlaşmasını görmek üzüntü vericidir. Aradan 15 yıl geçtiği halde, Üner ve Fişek'in belirttiği aksaklıklar (15) süregelmektedir. Tüm yetkililer, uzman sayısının çokluğundan ve pratisyen hekim sayısını artırmanın gereğinden söz ettiği halde, daha üç ay önce çıkarılan kanunlarla Türkiye Tıp Fakültelerindeki asistan kadroları 2.400'den 4292'ye yükseltilmiştir (Ek: 4). Yakın bir gelecekte, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu da asistan sayısını artırma girişimlerinde bulunursa ya-

dırganmamalıdır. Bu nedenle, kesin önlemler getirilmediği takdirde, önümüzdeki bir kaç yıl içinde, pratisyen hekim sayısının daha da azalması ve uzmanlık öğrenimi yapanlar sayısının artması kaçınılmazdır.

Beş yıllık kalkınma planları, plan hedeflerine göre yıllık uygulama planları hazırlanan ve bu konularda 15 yıllık tecrübe kazanılan bir ülkede, plan hedeflerine ters düşen bu tür uygulamaları gördükçe, «Türkiye'de Uzmanlığın Planlanması» konusunda bir rapor hazırlamanın gerekli olup olmadığı düşünülebilir. Bununla beraber, bir gün yararlı olabileceği umudunu yitirmedığımızdan bu tür raporları hazırlamayı görev biliyoruz.

Bir ülkede uzman hekimliğin planlanmasını etkileyen önemli etmenler şunlardır :

- a — Devletin sağlık politikası
- b — Hekim sayısı
- c — Hekim istihdam politikası
- d — Tıp öğretiminin amacı

Bu etmenlerin ayrıntılarına girmeyeceğiz. Ancak, hekimlerde uzmanlık eğilimini ve toplumun uzmanlara daha fazla değer vermesini oluşturan temel nedenin tıp fakültelerindeki öğretim ve eğitim olduğu inancıyla bu konuya biraz değinmek istiyoruz.

**Türkiye'de tıp öğretiminin amacı nedir?** Bu soruyu cevaplandırmadan önce, diğer ülkelerdeki duruma göz atmakta yarar vardır. Tıp öğretiminde amacın, öğrencilere hekimlikle başdaşabilecek iyi bir tutum ve meslek ahlâkı kazandırmanın yanısıra, iyi pratisyenler yetiştirmek olduğu genellikle kabul edilmektedir (21). Bu konuda ileri sürülen görüşler iki gruba ayrılabilir. Tıp fakültesini bitirdikten sonra en kısa sürede meslek icra edecek nitelikte hekim yetiştirilmesi görüşünde olanlar birinci grubu oluşturur. İkinci gruptakiler, tıp fakültelerinde bilimsel esasların öğretilmesini, bu esasların uygulanması ile ilgili eğitimin daha sonra ele alınması görüşündedirler. Türkiye tıp fakültelerini mezunlarına uygulama olanağı sağlanmadan meslek icra etme yetkisi verildiğinden, birinci gruba koymak yerinde olur. Ne var ki, mezunların yarısından çoğu mesleki niteliklerine güvenemediklerine göre (12), yetiştirme yöntemlerinde birçok kusurlar olduğunu kabul etmek gerekir. Nitekim, kendilerine güvenemeyen hekimlerin yüzde 97.5'i bunun nedeni tıp öğretiminin uygulamalı olmaktan çok kuramsal oluşuyla açıklamışlardır (12). Kuramsal öğretim ise, çoğunlukla gelişmiş batı ülkelerinin bulunduğu, ikinci gruptaki tıp fakülteleri için söz konusudur. Yalnız, bu ülkelerde, mezuniyetten sonra belirli bir süre internlik yapmadan meslek icrasına izin verilmemektedir.



Görülüyor ki, Türkiye tıp fakültelerini, kendine özgü karmaşık bir durumu olduğundan ne birinci ne de ikinci gruba yerleştirmek kolay değildir. Bir ülkede tıp öğretiminin amaçları kararlaştırılırken, o ülkenin sağlık gereksinimi, insangücü, gelir kaynakları, coğrafi durumu ve yetiştireceği öğrencilerin gelecekteki sorumlulukları gözönüne alınmalıdır. Türkiye'nin sağlık gereksinimi, insangücü durumu, ekonomik gücü ve coğrafi koşulları, tıp fakültesi mezunlarının bir an önce hekimlik yapacak gerçek anlamda birer pratisyen olarak yetiştirilmelerini zorunlu kılmaktadır.

Önereceğimiz «Türkiye'de Uzmanlaşma Planlaması»nın dayanaklarını şu varsayımlarla kısıtlıyoruz :

- a — Devletin sağlık politikası; Anayasamızın 49. maddesinde belirtildiği gibi «herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamak» amacına yöneliktir. Bu amaca erişmek için sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi planı benimsenmiştir.
- b — Tıp fakültelerinden yılda 1500 hekim yetişecektir.
- c — Çeşitli nedenlere bağlı yıllık hekim kaybı % 2'den fazla olmayacaktır.
- d — Tıp fakülteleri, iyi nitelikte pratisyenler yetiştirecektir.
- e — Pratisyen/uzman oranı 40/60 olacaktır.
- f — Pratisyenliği çekici kılan bir istihdam politikası uygulanacaktır.
- g — Hastanelerde tıbbi bakım hizmetleri uzmanlar tarafından yürütülecek, asistanlar günlük hizmetleri yürütmek için değil hizmette eğitilmek için alınacaktır.

1976 yılında Türkiye'de 21.000 hekim bulunduğu göre, yukarıdaki varsayımlar göz önüne alınarak, önümüzdeki yıllar için tahmin edilen pratisyen, uzman ve toplam hekim sayıları Tablo : 5'de gösterilmiştir.

**TABLO : 5 — TÜRK HEKİMLERİNİN PRATİSYEN VE UZMAN OLARAK 1980 - 2000 YILLARI ARASINDA ÖNGÖRÜLEN DAĞILIMI (\*)**

Yıllar	Pratisyen	Uzman	TOPLAM
1980	10.080	15.120	25.200
1985	11.920	17.880	29.800
1990	13.600	20.400	34.000
1995	15.120	22.680	37.800
2000	16.520	24.780	41.300

(\*) Ölüm, yurt dışına gidiş, mesleği terk vb. nedenlere bağlı olarak yılda % 2 oranında hekim kaybı göz önüne alınmıştır.

Türkiye gibi bir ülkede, pratisyen/uzman oranının 40/60 olarak alınması eleştirilebilir. Ancak, bütün ülkelerde giderek artan uzmanlaşma eğilimini katı önlemlerle engellemenin güçlüğü göz önüne alınırsa, kabul edilen oranın uygulanabilir nitelikte olduğu anlaşılacaktır. Nitekim, Tablo : 2'de sunulan veriler bunu kanıtlamaktadır.

**TABLO : 6 — ÇEŞİTLİ UZMANLIK DALLARININ YÜZDE DAĞILIMINI BELİRTMEK AMACIYLA GELİŞTİRİLEN ÖLÇÜT**

Uzmanlık Dalları	Yüzde Dağılımı
İç Hastalıkları (*)	15
Cerrahi (**)	14
Kadın - Doğum	9
Çocuk	10
Ruh ve Sinir	6
Radyoloji ve Radyoterapi	5
Göz	4
K.B.B.	4
Üroloji	4
Cildiye	3
Anesteziyoloji	4
Diğer	22
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>

(\*) Dahiliye yüksek uzmanlık dalları ve Göğüs Hastalıkları dahil.  
(\*\*) Cerrahi yüksek uzmanlık dalları dahil.

Tablo : 6'da gösterilen ölçüte göre. Tablo : 5'de öngörülen uzman sayılarının uzmanlık dallarına göre dağılımı Tablo : 7'de verilmiştir.

Daha önce belirtilen diğer koşullar yerine getirilerek bu sayılara erişildiği takdirde, ülkemizde uzmanların hizmetinden iyi bir şekilde yararlanılacağı kanısındayız. Tablo 8'de gelecek yıllarda Türkiye nüfusu verilmektedir. Tablo : 7 ve Tablo 8 birarada gözönüne alınarak değişik dallarda uzman başına düşen nüfus hesaplanırsa, Dünya Sağlık Örgütü eksperler komitesinin sâlık verdiği ölçüte (22) uygun olduğu görülecektir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü 100.000 nüfusa bir cildiye uzmanı, 30.000 nüfusa bir çocuk hastalıkları uzmanı düşmesini sâlık vermiştir. Bu raporda öngörülen sayıda uzman yetiştirilirse, 1980 veya 2000 yılında, Türkiye'de 100.000 nüfusa bir cildiye uzmanı düşecektir. Aynı durum, çocuk hastalıkları, radyoloji üroloji vb. uzmanlıklar için de geçerlidir.



**TABLO : 7 — UZMANLIK DALLARI İÇİN GELİŞTİRİLEN ÖLÇÜTE GÖRE GELECEK YILLARDA UZMAN SAYILARININ DAĞILIMI**

Uzmanlık Dalları	Değişik Yıllarda Uzman Sayıları		
	1980	1990	2000
İç Hastalıkları (*)	2.268	3.060	3.717
Cerrahi (**)	2.117	2.856	3.470
Kadın • Doğum	1.362	1.836	2.230
Çocuk	1.512	2.040	2.478
Ruh ve Sinir	908	1.224	1.487
Radyoloji ve Radyoterapi	756	1.020	1.239
Göz	604	816	991
K.B.B.	604	816	991
Üroloji	604	816	991
Cildiye	455	612	743
Anesteziyoloji	604	816	991
Diğer	3.326	4.488	5.452
<b>TOPLAM</b>	<b>15.120</b>	<b>20.400</b>	<b>24.780</b>

(\*) Dahiliye yüksek uzmanlık dalları ve Göğüs Hastalıkları dahil.

(\*\*) Cerrahi yüksek uzmanlık dalları dahil.

**TABLO : 8  
GELECEK YILLARDA TÜRKİYE NÜFUSU VE HEKİM GEREKSİNİMİ**

Yıllar	Türkiye Nüfusu (*)	2000 Kişiye	1500 Kişiye
		1 Hekim Olursa	1 Hekim Olursa
1975	40.197.669	20.100	26.798
1980	45.479.970	22.740	30.320
1985	51.456.640	25.728	34.304
1990	58.218.360	29.109	38.812
1995	65.868.800	32.934	43.912
2000	74.524.600	37.262	49.683

(\*) Yıllık nüfus artış hızının binde 25 olacağı kabul edilmiştir.

Tablo : 6'da belirtilen ölçütler gözönüne alınmak koşuluyla, Tablo : 5'te öngörülen uzman sayılarının aşılmaması için, 1985 yılına kadar her yıl en çok 400 hekime; daha sonraki yıllar, tıp fakültelerinden mezun olanlar sayısı artsa bile, 500 hekime uzmanlık öğrenimi olanakları sağlanmalıdır. Belirtilen bu sayılar, tıp fakülteleri dahil, Türkiye'de uzmanlık öğrenimi yapılabilen tüm kuruluşlara bir yılda alınması öngörülen uzmanlık öğrencilerinin sayısını kapsamaktadır. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen «Tababet Uzmanlık Kurulu», bu dağılımın çeşitli kuruluşlar arasında nasıl yapılacağı ve her uzmanlık dalına ne kadar öğrenci alınacağı hususlarında karar verebilecek yetkili bir organ olarak benimsenirse, kısa sürede olumlu sonuçlar alınacaktır.

**YARARLANILAN KAYNAKLAR**

- Üner, R., Fişek, N. : Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Yayın No : 256, Ankara, 1961, s. 65.  
Plâni Üzerinde Çalışmalar, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB)
- Dirican, M. R. : Türk Hekimlerinin Düşünüş ve Davranışları ve Bunun Toplum Sağlığına Etkileri, Atatürk Üniversitesi Yayın No. : 175, 1973. s. 20.
- Yeni Strateji ve Kalkınma Plâni, Üçüncü Beş Yıl (1973 - 1977), Devlet Plânlama Teşkilâtı Yayın No : 1272, Ankara, 1973, s. 814.
- Üstünoğlu, A. : Asistanlık müessesesinde kabul, yetiştirme, bitirme problemleri, Türk Hekiminin Dünü, Bugünü, Yarını kitabı içinde, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Neşriyatı, ikinci baskı, İstanbul, 1966, s. 54.
- Central Treaty Organization : Conference on Teaching Health Centers, Ankara May 1972, p. 17.
- Backer, P., Fişek, N. H., Grant, D. H. : Future Organization of Medical Practice, Wld Hlth Org. tech. Rep. Ser., No : 257, 1963, p. 6.
- World Health Organization : Troining of the Physicion for family Practice, Wld Hlth Org. Tech. Rep. Sor. No: 257, 1963, p. 6.
- Popov, G. A. : Principles of Health Planning in the USSR, Wld Hlth Org. Public Health Papers No : 43, 1971, p. 96.
- Etibbanın Hizmeti Mecburiyesi Hakkında Kanun, No : 369, 8 Kasım 1928,
- 1932 Senesinden itibaren Tıp Fakültesinden Neşet Edecek Tabiplerin Mecburi Hizmetlerinin Lağvı ve Leyli Tıp Talebe Yurduna Alınan Tıp Talebesinin Tabi Olacakları Mecburiyetler Hakkında Kanun, No : 2000, 4 Haziran 1923.
- Dirican, M. R. : A.g.e., s. 32.
- Dirican, M R : A.g.e., s. 30.
- World Health Statistics Annual, 1970, Geneva, Vol : III, 1974, p. 85.
- Sağlam, T., Gökçe, T. İ., Üner, R. : Türkiye'de sağlık plâni nasıl olmalıdır ? Mediko - Sosyal Sağlık Dergisi, 1 : Sayı : 7, 23, 1962,
- Üner, R., Fişek, N. : A.g.e., s. 149.
- Kalkınma Plâni İkinci Beş Yıl (1968 - 1972), Devlet Plânlama Teşkilâtı, Ankara, 196 7, s. 224.
- Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Plâni, Sağlık Sektör Özel Komisyon Raporu (1973 - 1977), teksir edilmiş s. 74.
- İkinci Beş Yıllık Kalkınma Plâni, Sağlık Sektör Özel Komisyon Raporu (1968 - 1972), teksir edilmiş, s. 73.
- Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Plâni, Sağlık Sektör özel Komisyon Raporu (1973 - 1977), teksir edilmiş, s. 54.
- Tababet Uzmanı Tüzüğü, Resmî Gazete Sayı : 145411, 18 Nisan 1973, Madde : 13 - 15.
- World Health Organization : Internationally Acceptable Minimum Standards of Medical Education, Wld Hlth Org. Rep. Ser., No : 239, 1962, p. 10
- Popov, G. A. : A.g.e., s. 112.



# İNTÖRNLÜK ÜZERİNE

Ankara Tabip Odası Eğitim Bürosu

İntörnlerin sorunları artık eskisinden daha derli toplu olarak tartışılıyor. Çünkü intörnler örgütleniyorlar, seslerini yükseltiyorlar. Yemekhanede karşılaştıkça birbirlerine dert yanmaktan daha fazla yapacak şeyleri var. Artık intörnleri istendiği gibi çalıştırmak için ara sıra yayılan «intörnlere verdikleri paraları arttıracaklarmış» söylentileri yeterli olmayacak. Yeni başlayan intörnler bütün koşulları, bütün gerçekleri biliyor olacaklar.

Oluşan her birikim gibi intörnlerin hoşnutsuzluğunun da toplumsal nedenleri var. Bu nedenler TOB'un Ocak 77 sayısındaki bir yazıda tartışıldı. Zaman geçtikçe olaylar gelişiyor. Ortaya çıkan her görüşün tartışılması gerek. Doğruya ancak böyle varılabileceği unutulmamalı.

## İNTÖRNLÜK VAR MI, YOK MU?

İlk önce bu soruyla başlamak garip görünebilir, ama intörnlük diye bir şeyin olmadığını düşünenler de var. Örneğin kendisiyle yapılan görüşmelerde Hacettepe Üniversitesi Rektörü Dr. Doğan Karan, intörnlük sözcüğünün yönetmeliklerden çıkarıldığını söylerken, konuşmalarında da intörnlerden «dönem altı öğrencileri» diye sözetmeye özellikle özen göstermektedir. Gerçekten de yönetmelikler incelendiğinde görülüyor ki; 1969 yönetmeliğinde «intörn» ve «intörnlük» sözcükleri geçiyor, yani tanımı açık olmasa da intörnlük kurumunun varlığı kabul edilmekte. 1971 yönetmeliğinde intörn sözcüğü ayrıç içine alınmış, 1972 yönetmeliğinden de bütünüyle çıkarılmış. Şimdi yeni bir soruya sıra geliyor : «Uygulama aynen sürdüğü halde, adı yönetmelikten çıkarılınca intörnlük ortadan kalkmış mı olur?»

Adı yönetmelikten çıkmakla bir şeyin yokolması elbette düşünülemez. Çünkü herhangi birşeyin varlığı adından sözedilip edilmemesine, hattâ adının var olup olmamasına bağlı değildir. Aslolan, «şey» in çevresini etkilemesi, bir işlevi olmasıdır. Toplumsal kurumlar da böyledir. Varolurlar, ortaya çıkarlar, gelişirler, başka toplumsal kurumlarla etkileşimleri belirginleşir; ancak ondan sonra adları konur, ancak ondan sonra adları yazılı kaynaklara, yasalara, yönetmeliklere geçer. Her yeni toplumsal kurum, yeni bir ilişkiler bütünüdür. Bu toplumsal ilişkiler bütünü ortadan kalkmadıkça, siz o kurumun adını her yerden silseniz de kurum varlığını sürdürür.

İntörnlük de bir toplumsal kurum olarak vardır. Çünkü intörnler,

kendilerine özgü işlevleriyle hastanede öteki gruplardan farklı bir toplumsal ilişkiler bütünü içindeler; yeni bir toplumsal kurum oluşturmaktalar. İntörnlüğün hastanede sürüp giden hizmetler içinde ÜRETİCİ niteliği gözden kaçırılmaz. İntörnlerin hastane hizmetlerine EMEK KATKISI olmaktadır. Daha açık söylenirse, hastanenin kârını arttıran bir kurumdur intörnlük. Bu niteliğiyle de, intörnlük, varlığını tam olarak kanıtlamış oluyor. Elmanın varlığının kanıtı nasıl onun yenebilmesiye, intörnlüğün varlığının kanıtı da hastane gelirlerini arttırması oluyor.

Aslında intörnlüğün öğrencilikten farklı bir yıl olduğunun yöneticiler de farkındalar. Örneğin, 1976 Ocak ayında bütün üniversite tatil edildiği halde, intörnler tatil dışında bırakılmışlar, hekimlerle birlikte hastanede çalışmayı sürdürmüşlerdi. Yönetmelikte intörn terimi olmadığı halde üniversite içi resmî yazışmalarda «intörn» ve «intörn doktor» sözcükleri kullanılıyor. Hattâ hastalarla karşı karşıya bırakıldığı yerlerde, intörnlerin sıfatı «doktor» olarak yazılıyor, örneğin dahiliye polikliniklerinin kapılarına. Her yıl intörnlere adlarının başında «İnt. Dr.» yazılı plaketer dağıtılıyor, yakalarına takmaları için. Yine yalnızca intörnlere ayda 598 TL. veriliyor. Bu paranın adı «öğrenci harçlığı», ama nedense başka hiç bir öğrenci bu harçlıktan yararlanamıyor. Bütün bu örneklerin de gösterdiği gibi, intörnlük şu anda öğrencilikten farklı bir statü taşıyor.

Bütün bu tartışmalar bir yana, intörnlük kurumu adını yasalara da koydurmuş. İntörnlere dağıtılan bir milyon beş yüz bin lira, 1975 bütçesine «intörnlük yapan öğrencilere yardım» adıyla, 1976 bütçesine de «intörnlere yapılacak ödemeler» adıyla yazılmış. İntörnlerden yasalarda söz edildikten sonra, isimlerinin yönetmelikten çıkarılıp çıkarılmamasının hukukî bir önemi yok. Çünkü, bilindiği gibi yönetmelikler yasalara bağımlıdır, yasalara aykırı olamazlar.

Sonuç olarak diyebiliriz ki, «intörnlük kurumu», hem toplumsal anlamda, hem de hukukî anlamda «VAR»dır. Artık tartışılması gereken şey, intörnlüğün ne olduğudur.

## İNTÖRNLER ÖĞRENCİ Mİ, HEKİM Mİ?

Genellikle yapılan yanlışlardan biri, toplumda yeni ortaya çıkan bir kurum, kendinden önce varolan bir tanımlamanın kapsamına sokmaktır. Bu alışkanlık, kalıplaşmış düşünce sistemleri için kolaylık sağlar ama, gerçeği görmemizi engelleyerek de doğru sonuçlara varmamızı önler. «İntörnler öğrenci mi, hekim mi?» sorusu da bu yüzden yanlış. Çünkü intörnler öğrenci de değildir aslında, hekim de. Daha doğrusu hem öğrencidir, hem de hekim. Öğrencilik ve hekimlik, intörnlükten önce



varolan kurumlar. İntörnlük kurumu, hem öğrencilik, hem de hekimlik niteliklerini taşıyarak ortaya çıkmış. Bunu görmek için intörnlerin yaptıklarına bakmak gerekiyor. Birincisi, intörnlerin öğrencilik yönleri vardır. Çünkü intörnler yoğun bir eğitim süreci içindedirler. Değişik bölümlerde çalışarak genel tıp bilgilerini arttırırlar. Her ay sonunda sorumlu hekimden not alırlar, başarısız oldukları çalışma aylarını tekrarlarlar. Ama bütün bunlar intörnlüğün tümü değildir, intörnlük kurumunun bütün etkinliklerini açıklamada yeterli olamaz. Çünkü intörnlüğün ikinci bir yanı daha vardır : hekimlik yönü. Ne denli gözden kaçırılmak istenirse istensin, intörnlüğün hekimlik yönünün uygulamadaki varlığı yadsınamaz. Bugün intörnler yasal olarak bir hekimin sorumluluğunu gerektiren bir çok şeyi yapmaktadırlar. Reçete yazarlar, yazdıkları reçeteler hastare başhekimliğince onaylanır. Yalnız başlarına bir çok tıbbî ve cerrahî müdahaleyi yapmaları beklenir, yapmazlarsa başarısız oldukları söylenir. Bayramdı, hafta tatiliydi demeden nöbette kalırlar; nöbetlerde acil durumlarda ilk uyandırılan intörndür. Bu örnekler, şimdiki uygulamada intörnlüğün hekimlik yanının var olduğunu kanıtlamakta.

Burada bir noktayı açıklığa kavuşturmakta yarar var. İntörnlerin yaptıkları işleri yalnızca eğitim amacına bağlayan görüşün yanlışlığını göstermek gerekiyor. Denebilir ki, «Evet, intörnlere hekimlerin yapması gereken işleri yaptırıyoruz, ama böylece onları eğitmiş oluyoruz». Yapılan işlerin eğitim niteliği olduğu sürece ve intörn programı intörnlerin yararlanması temel alınarak hazırlandığı sürece bu sav doğru sayılabilir. Ama bugünkü uygulamada intörnlerden yapmaları beklenen şeyler, intörnlerin yararı gözetilerek değil, hastanenin gereksinmelerine göre düzenleniyor. Her bölümde yapılması gereken, ama asistan hekimlerin yetişemediği işler intörnlerin görevi oluyor. Sonuçta da intörnlerin bir şey öğrenip öğrenmediğine değil, hastanede işlerin yürüyüp yürümediğine bakılıyor.

Bugünkü uygulamada bir başka sakatlık da, intörnlerin üzerine hekimlik ve öğrencilik kapsamına girmeyen bir çok işin yıkılmak istenmesi. Artık intörnlerden, «hastanın herşeyinden (?) sorumlu oldukları» söylenerek, eksik personelin görevlerini yapmaları bekleniyor. Röntgen filimlerinin röntgen bölümünden getirilmesi, laboratuvar sonuçlarının sekiz kat aşağıdan servise taşınması, servisin eksik araç gerecinin başka servislerden bulunup tamamlanması bile, intörnlüğün aslı görevlerinden sayılıyor. Bölümde posta eksikse postanın, hemşire eksikse hemşirenin, sekreter eksikse sekreterin görevlerini intörnün yapması isteniyor. Daha doğrusu, intörn, hastanenin eksik personelinin yerini dolduran ucuz bir emek kaynağı olarak kullanılıyor. Hastanedeki personel ve malzeme açığı sorunu, aslında, kâr etmeyi amaçlayan hastane politika-

sının doğal bir sonucu. Doğal olmayan şeyse, intörnlerin, «hastanın herşeyinden sorumlu olmak» sözü kullanılarak, «hastanenin herşeyinden sorumlu» tutulmaları.

Sonuç olarak intörnlüğü, «öğrencilik ve hekimlik nitelikleri olan, öğrencilik yanıyla eğitim gören, hekimlik yanıyla da hizmet sunan kendine özgü bir kurum» olarak tanımlayabiliriz.

## İNTÖRNLERİN ÖRGÜTLENMESİ

İntörnlüğün ne olduğunu, nasıl işlediğini, uygulamadaki koşullarını kime anlatırsak, bu denli açık haksızlıkların yıllardır sürdürülebilmesi ne şaşırtıyorlar. Burada asıl şaşılması gereken şey, bunca yıl intörnlerin haklarını aramak için etkin bir çaba gösterememiş olmaları. Bunun nedenleri de olsa intörnlerin karşı çıkışlarının dedikodu düzeyinde kalması, uğraşların tek tek çıkışlar olmaktan öteye geçemeyişidir. Her konuda olduğu gibi burada da somut bir sonuç alınabilmesi için, biraraya gelip sorumluluk ve görev dağıtımı yapılması, yani örgütlenme gerekiyor. Yıllardır yapılamayan da bu zaten. Bunca yıldır örgütlenemeyişin toplumsal nedenleri var. Olumlu adımlar atabilmek için bu nedenleri de tartışmak gerekiyor. İntörnlerin örgütlenmesini geciktiren nedenler kabaca iki grupta toplanabilir : 1 — Nesnel (objektif) nedenler, 2 — Öznel (sübjektif) nedenler.

**Nesnel nedenler**, intörnlerin istek ve istemlerinin dışında var olan toplumsal koşullardan kaynaklanıyor. Bu nedenleri şöyle sıralayabiliriz: **Birincisi**, intörnlük kısa bir dönem, on ay sürüyor. İntörnler durumlarını anlayana dek bir kaç ay geçmiş oluyor. Geriye kalan zamanda da bu sürenin yakında biteceği düşüncesi geliyor. **İkincisi**, dağıtılarak çalıştırılıyorlar, birbirleriyle ilişkileri, görüşmeleri çok sıkı olamıyor. Her serviste bir - iki, en çok beş - altı intörn bulunmakta. Bu dağınıklık hastane dışına da taşıyor. Bunların sonucunda intörnlerin biraraya toplanıp konuşmaları, tartışmaları güçleşiyor. **Üçüncüsü**, intörnlerin örgütlenme konusunda deneyimleri yok. Şimdiye dek haklarını aramak için biraraya gelmemişler, neyin, nasıl yapılabileceğini en baştan öğrenmek zorundalar.

**Öznel nedenler** de bu nesnel nedenlerin yanında, önemli bir yer tutuyorlar. Çünkü intörnler kaypak bir toplumsal konumda bulunuyorlar. Başlıca düşünceleri, diploma almalarına çok az bir süre kaldığı oluyor. Bir kısmı doktor olması gecikmesin, bir kısmı istediği bölümde asistan olabilmesi tehlikeye düşmesin diye, kendilerine yapılan haksızlıkları görmezden geliyorlar, en azından haksızlıklara karşı çıkmaktan çekiniyor-



lar. Aslında bu çekingenliğin altında, «Şimdi belki çok çalışıyorum, çalıştığım başkalarına yarıyor, ama nasıl olsa doktor olunca bu zararları kat kat çıkarırım» düşüncesi yatıyor. Yaşamı sürekli kâr - zarar hesabına vuranların, hekim olduklarında «halkın sağlık düzeyini yükseltmek» amacıyla değil, «daha çok kâr» amacıyla çalışma isteklerinden kaynaklanan bir düşünce bu.

Bu görüşlere, uzun sürmüş bir eğitimin bir an önce bitirilmesi özlemi de ekleniyor. Sonuçta, bir kısım intörnler «Aman, idare ediverelim, şunun şurasında ne kaldı» tavrını alıyorlar, haklarını aramanın gereği üzerine yeterince durmuyorlar. Düşünmüyorlar ki, her şey olduğu gibi sürdükçe, hastaneye asistan oldukları zaman da haklarını savunmaları gerekecek, eğer haksızlıklara göz yummak istemiyorlarsa.

Nesnel nedenlerin kısa bir sürede ortadan kaldırılması, intörnlerin elinde değil, ama öznel nedenlerin ortadan kaldırılması intörnlerin elinde. Her intörn, hem çevresindeki, hem de kendisindeki «gelecekte sömürüden pay almayı düşünerek, şimdilik kendilerinin sömürülmesine karşı çıkmama» düşüncesiyle savaşmalı. İntörnlerin birliği, ancak böyle kurulabilir.

Bütün bu olumsuz koşullara karşın, intörnlerin örgütlenmesi sürüyor. Çünkü toplumsal birikimler er geç bir örgütlenmenin nedeni olur. Güçleştirici koşullar, örgütlenmeyi geciktirebilir, ama engelleyemez. İntörnler için de bu geçerli. Örgütlenmeleri şimdiye dek gecikti, ama artık başlayan hareket durmayacak.

Unutulmaması gereken bir nokta daha var. İntörn sorunlarının nedenleri, nasıl hastane sorunlarından, eğitim sorunlarından, sağlık sorunlarından ayrı düşünülemezse, çözümleri de ayrı düşünülemez. Bugün Türkiye'de tek haksızlığa uğrayanlar intörnler olmadığı gibi, tek haklarını arayanlar da onlar değil. Her kesimde haksızlığa karşı çıkan örgütler, ileriye doğru ortak adımlar atıyorlar. İntörnlerin de bir şeyler yapabilmeleri için başka örgütlerle işbirliğine girmek zorunda olduklarını unutmamaları gerekiyor. İntörnler haklarını ararken Türkiye'deki ilerici hareketin bir parçası oldukları sürece somut sonuçlar alabilirler. Şimdiye dek intörnlerin ilerici örgütlerle yardımlaşmaları, iyi niyetlerden ötelere gitmiş durumda zaten. Ankara Tabip Odası, TÜMAS gibi örgütler intörnlere bir çok konuda yardım ediyor. Üniversitede bir çok öğretim üyesi, asistan, intörn sorunlarına sahip çıkıyor; öğrenci temsilciliği, asistan temsilciliği intörnlere yardımcı oluyor. Bu ortak çalışmalarla ancak intörnler seslerini duyurabiliyorlar.

Sonuç olarak diyebiliriz ki, intörn sorunları konusunda artık bir dö-

nüm noktasına gelindi. İntörnler ilerici hareketin birliği içinde sağlıklı biçimde örgütlenmesi gündeme gelmiş durumda.

## İKİ ÖNEMLİ SAPMA

Her örgütlenmenin nedenleri ve amaçları vardır. Örgüt kendi kuruluş nedenlerini ve amaçlarını ne denli doğru olarak ortaya koyabiliyorsa, o denli başarılı olur. Zaten, örgütün asıl görevi de bu amaçları saptayıp davranışlarını ona göre düzenlemektir. Her örgütlenmede kuramsal yapının doğru saptanması, davranışların doğru ve gerçekçi olmasını sağlar, başarı için de temel koşuldur.

Toplumsal hareketlerin başarılı olabilmeleri, toplumsal bilimlerin ışığında, doğru yolda olmaları ile gerçekleşebilir. Örgütlerin kuramsal yanlışlara düşmeleri, sonuçta amaçlarından sapmalarına yol açar. Örgüt içinde sağlıklı bir tartışma ortamı açılması bu tehlikeleri önlemesi açısından çok önemlidir.

Örgütlerin düşebileceği yanlışlar başlıca iki bölümde toplanabilir: **Birincisi**, bu örgütle hiç bir şey yapılamayacağını sanmak; **İkincisi**, çok kısa sürede bir çok şeyler beklemek. İntörnlerin de içinde bu iki yanlış görüş ortadan kalkmış değil.

1 — Hiçbir şey yapılamayacağını savunanlar, örgütlenmenin gecikmesinde bir etken oluyorlar. Bu düşüncelerin temelinde, dünyadaki düzenin insanların çabalarıyla değiştirilemeyecek, «mutlak» bir düzen olduğu sanısı yatıyor. Sonuçta ortaya, «Olsaydı şimdiye dek olurdu», «Olacaksa zaten olur», «Boyuna uğraşıyorsunuz, bir şey elde edemeyeceğiz» gibi düşünceler ortaya çıkıyor. Bu düşüncelerin yanlışlığını göstermek için, birey - toplum ilişkilerinden biraz söz etmek gerekiyor.

Toplumsal kurumlar, belli bilimsel kurallara göre ortaya çıkar, gelişir, sonra da yerlerini başka toplumsal kurumlara bırakıp kaybolur, silinirler. Değişimi belirleyen kuralları insanlar farketse de, etmese de bu süreç sürer gider. Tek tek kişilerin sürece karşı çıkmaları sonucu etkilemez. Ama bu değişim, toplumu oluşturan bireylerden kopuk, soyut bir kavram değildir. Tam tersine kişilerde ortaya çıkan değişimlerin bir araya gelip bir güç oluşturmasıyla ancak bu değişim gerçekleşebilir. Yani, kişilerin yapmak isteyip de gerçekleştiremedikleri şeyleri, o kişilerin oluşturdukları örgüt yapabilir. Örgütün geniş bir tabanı olması, kuramsal temelinin sağlamlığı, girişken bir öncü grubun varlığı başarısını arttıran etkenlerdir. İşte, kişilerin toplumu etkilemesi de böyle bir örgütü kurup etkinliğini sağlamaları ile olur. Örgütün gücü, kendini oluşturan bireylerin güçlerinin toplamından çok daha büyüktür. Çünkü, örgüt, toplumsal kurumların karşısına bir toplumsal kurum ola-



rak çıkar; toplumun gidişini etkileyen bir baskı gücüdür. Örgütler, toplumdaki değişimleri kendi isteklerine göre yönlendirebilirler. Şimdiye dek tarih boyunca olmuş toplumsal dönüşümler de böyle gerçekleşmiştir. Bütün bu doğruların ışığında diyebiliriz ki, kişiler, toplumun karşısında aciz değildirlir. Ortak amaçlar çevresinde toplanır, örgütlenirlerse amaçlarını gerçekleştirme şansını elde ederler. Bu yüzden var olan koşulların değişmesini olanaksız sanan görüşleri bırakıp ortak amaçlar çevresinde birleşmek, örgütlenmek gerekiyor.

2 — Çok kısa sürede bir çok şeyler bekleyenler ise, toplumun içinde kişinin yapabileceği şeyleri çok abartmış oluyorlar. Bu görüş, toplumun gidişinde var olan nesnel koşullara gereken önemi vermiyor. Bir kaç kişinin uğraşmasıyla çok önemli değişiklikler gerçekleşebilir sanıyorlar. Oysa tarih göstermiştir ki, gerçekleştirilemeyecek şeyleri hedef olarak alanlar, sonuçta hiçbir şey elde edemezler. Üstelik, birikimin, değişim potansiyelinin erimesine, bir işe yaramamasına yol açarlar. Dimyata pirince giderken evdeki bulgurdan olmamak için; o an var olan nesnel ve öznel koşulları gerçekçi bir gözle görmek gerekir. Yani, ancak yapılabilecek şeyler için uğraşmak, ama gerçekten uğraşmak en doğru yol olarak savunulmalıdır.

Kısaca diyebiliriz ki, intörnlr, hem hiçbir şey yapılamayacağını ileri süren edilgen görüşlere, hem de bir çok şeyin birden yapılabileceğini savunan maceracı görüşlere karşı çıkmalı; amaçlarını gerçekçi bir biçimde saptamalıdır.

### ÖZET

Intörn sorunları konusunda son bir kaç ay içinde önemli gerçekler ortaya çıktı. Yazıda bu gerçeklerden bir kısmı özetlenmeye çalışıldı.

Herşeyden önce, intörnlük kurumunun var olduğu ortaya kondu. Intörnlüğün varlığının toplumsal kanıtı, süregelen uygulama, hukuki kanıtı ise, Hacettepe Üniversitesi'nin bütçe yasaları oldu.

Daha sonra, intörnlüğün ne olduğu tartışıldı ve «Öğrencilik ve hekimlik nitelikleri olan, öğrencilik yanıyla eğitim gören, hekimlik yanıyla da hizmet sunan intörnlrın oluşturduğu kendine özgü bir toplumsal kurum» olarak tanımlandı.

Intörnlrın şimdiye dek örgütlenemeyişinin nesnel ve öznel nedenleri sıralandı, öznel nedenlerin intörnlrce ortadan kaldırılması gerektiği vurgulandı. Intörnlrın ilerici hareketin birliği içinde, sağlıklı bir biçimde örgütlenmesinin artık gündemde olduğu söylendi.

Son olarak, intörnlrın haklarını alabilmeleri için, varolan edilgen ve maceracı görüşleri ortadan kaldırmaları gereği üzerinde duruldu.

Intörn sorunlarının çözümü için öneriler, bir başka yazının konusu olacaktır.

## Genel Sağlık Sigortası Tasarısının düşündürdükleri

Dr. Erdoğan USUBÜTÜN

Ankara Şeker Fab. Baştabibi

Çocuk Sağ. ve Hast. Uzmanı

Genel Sağlık Sigortasını Türkiye'nin genel sağlık sorunlarından ayrı düşünmeye olanak yoktur. Konuyu bu yönden ele aldığımızda, kanun soruna ne gibi çözüm yolları getirecektir?. Sağlık Bakanlığı, sağlık sorunlarını yaratan en büyük neden olarak hekim ve yardımcı sağlık personelinin azlığını ileri sürmektedir. Bunun etkisi büyük olmakla beraber, hekim sayısının istenilen (550 kişiye bir hekim) düzeye geldiği ve hatta aştığı üç büyük ilde sağlık hizmetlerinin düzgün işlediği söylenebilir mi?.

Sorunu çeşitli yönlerden incelediğimizde karşımıza üç önemli faktör daha çıkmaktadır: 1 — Organizasyon bozukluğu, 2 — Hekim - hasta ilişkileri arasında kopukluklar ve 3 — Hekime uygulanan ücret politikası.

### 1 — ORGANİZASYON BOZUKLUĞUNUN DOĞURDUĞU SONUÇLAR:

#### A — Hasta sevklerinin nedenleri :

Bugün Türkiye'de büyük şehirlerdeki hastanelere büyük bir hasta akımı vardır. Bu göç köylerden ilçelere, ilçelerden şehir merkezlerine, küçük illerden büyük illere doğru olmaktadır. Bu göçlerin nedeni sevkleri yapan hekimin bilimsel yeteneklerinin azlığı ya da tanı için gerekli laboratuvar olanaklarından yoksun oluşundan mıdır?. Yoksa hastanın hekime olan güveninin olmamasından mıdır?.

Bunun açıklaması şöyle yapılabilir: Hekim sayısının az olduğu bölgelerde, hekim uzun tetkik isteyen vak'alarla uğraşmaktansa sevki uygun bulur. Kritik vak'alarda hastanın ölümü, hekimin çevre tarafından ithamına neden olacağından sevk edilir. Ayrıca bölgede laboratuvar olanakları yalnız devlet hastanesinde mevcut ise, bundan yararlanamayan hekimler (bunlar hastane hekiminin inhisarı altındadır) hastayı başka hekime kaptırmamak için büyük illere sevk ederler. Teşhis ve tedavide karşılaşılan bir güçlük de sevk nedenini oluşturabilir.

Bu sevkler dolayısıyla en iyi tedavinin büyük merkezlerde olacağına dair halkta yerleşen kanı da, büyük merkezlere hasta akımının di-



ğer bir nedeni olmaktadır. Zaten devamlı rutin vak'alarla uğraşan hekim gitgide güvenini yitireceğinden, bir müddet sonra komplike vak'aları sağıtma cesaretini kendinde bulamayacak, istemese de böyle vak'aları sevk etmek zorunda kalacaktır. Hastanın başka hekime gitmesine önem vermeyen, zamana acımadan hastası için gerekeni yapan, kritik vak'alarda çevreyi düşünmeden vicdanına göre hareket eden ve kendine güveni olan hekim, diğer grup hekimlerden daha az kazanan ve daha çok yorulan hekim olacaktır. Elbette bir müddet sonra böyle bir hekimin çok daha fazla kazanacağı söylenebilir.

Hakiki sevklerin dışındaki sevkler dolayısıyla hastaneler aşırı derecede yük altında kalır ve hastalara gösterilen ilgi de bununla orantılı olarak azalır. Nitekim 1970 yılında Devlet hastanelerine 17.911.161 hasta müracaat etmiş, bunlardan 1.546.542 si yatırılmış ve 16.334.619 hasta ayaktan tedavi görmüştür. Bunlar için yapılan laboratuvar tetkik sayısı 8.459.332 dir. Bir hastaya bir veya birden fazla tetkik yapılması gerekeceği düşünülürse, burada hasta başına düşen tetkik sayısının ya hiç veya iki hastadan bir tanesine yapıldığı görülür ki, bu da vak'aların ilgi görmediğinin bir kanıtı olmaktadır. Halbuki vak'aların çoğunluğu çevreden tetkik için gönderilenlerdir.

Genel Sağlık Sigortası kanunu kabul edildiği takdirde, hasta akımı ve dolayısıyla sevkler artacağından, hastanelerde hasta bakımı bugünkünden daha kötü olacaktır. Eğer kuruluşlar randevu ile çalışıyorlarsa kalitelerini koruyabilmek için, randevu tarihlerini hastanın bekleyemeyeceği kadar uzun bir süre için vereceklerdir.

#### **B — Sağlık hizmetlerinin tek elde toplanmaması :**

Her sektörün kendi sağlık hizmetlerini kendisinin yürütmeye başlaması sonucunda: laboratuvarsız, kısa süreli (bir - iki saatlik anlaşmalı hekim) ve ufak üniteler meydana gelmiştir. Daire ve iş yeri hekimlikleri gibi kısa süreli çalışma, kitlevi müracaatı doğurduğundan hekim seri harekate zorunludur. Bu zaman zaman sistematik muayene yapmadan ilaç yazmalara ve sevklerin artmasına neden olur. Bu ünitelerden yararlanan aileler de zorluklarla karşılaşır. Örneğin: hastanenin hemen yanında oturan bir memur ailesi, parasız hizmetten yararlanmak için kocasının bağlı bulunduğu kuruluşa gitmeye zorlanmaktadır. Bu durum iş yeri hekimine, hastayı görmeden sevk etme ya da görmeden ilaç yazma gibi başvurulara neden olmaktadır. Bu gibi olaylar da hasta sevkini ve maliyeti arttırmaktadır.

Bir çok kuruluşun yataklı sağlık üniteleri (K.İ.T. ve S.S.K. gibi) geleceğe yönelik gayelerle yapılmıştır. Bu sektörlerin boş yatak kapasitelerinden, başka sektör mensupları yararlanamazlar. Bu sektördeki he-

kimler de sektör dışı müracaatlardan para alırlar. Bu tip kuruluşların olduğu yerlerde halkın parasız yararlanabileceği sağlık üniteleri ya kurulmaz, kurulsada dahi hekim bulunamaz.

#### **C — HEKİMLERİN HEM SERBEST HEM DE KAMU HİZMETİNDE ÇALIŞMASI :**

##### **a — Kırsal bölgeler :**

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgeler dışında, bölge halkının en yakın baş vuracağı hekim hükümet tabibi veya belediye tabibidir. Çoğu yerlerde bu iki görev tek hekimde toplanmış olup, bir çok koruyucu sağlık hizmetleri, idari hizmetler ve adli hizmetlerde buna eklenmiştir (Bu işlerin ne dereceye kadar yapıldığı da tartışmaya değer). Bu hekimler adı geçen işleri yaptıkları ya da yaptıklarını bahane ettikleri için, tedavi hizmetlerine ya çok az veya hiç zaman ayıramazlar. Çalışma saatleri dışında, bir kısmı da çalışma saatleri içinde muayenehanelerinde tedavi hizmetleriyle uğraşırlar. Dolayısıyla kırsal bölge halkı tedavi hizmetleri için para ödeme zorunda bırakılır. Tetkik ve yatması gereken hastaları sağlık merkezleri veya hastanelere gönderilir. Bu hastalar gönderildikleri bu kuruluşlardan yararlanabilmek için, o kuruluşun hekimine de para ödemek zorunda kalırlar.

##### **b — Sağlık merkezleri ve Devlet hastaneleri :**

Burada çalışan hekimler üç günde bir nöbet tutarlar ve branşını ilgilendiren konularda ayrıca çağırılırlar. Hastaneye gelen hekim önce yatan hastaların vizitesini yapar, cerrah ameliyata girer ve sonra polikliniğe inilir. Polikliniklerde üç tip hasta beklemektedir :

- 1) Hekim muayenehanesinde görülüp, çeşitli tetkikler veya yatırılması için hastaneye çağırılanlar,
- ii) Eş ve dost tavsiyesiyle gelenler,
- iii) Sade vatandaşlar.

Hangi gruptan olursa olsun, acil vak'alara ve muayenehaneden gelenlere derhal bakılır ve hekim bunların teşhis ve tedavisi için gerekli zamanını ayırır. Geri kalanlardan en sona kalanlar daima sade vatandaşlardır. Yorulan ve zamanı daralan hekim bu sonuncu gruba gerekli zamanını ayıramaz ve hizmetin kalitesini düşürür. Bu şekilde muayeneden memnun olmayan kişi de, eğer parası varsa, hekim muayenehanesine gitmeyi tercih eder ve bu iş döner durur.

##### **c — Büyük merkez hastaneleri :**

Hasta göçleri dolayısıyla, hastaların biriktiği bir birim olmuştur.



Bu kadar yük altında her hastaya gerekli tetkik ve ilgiyi göstermeye olanak yoktur. Burada da geri planda kalanlar maddi olanakları ya da tanıdıkları olmayan sade vatandaşlardır. Maddi olanakları iyi olanlar, bu hastanede çalışan klinik şeflerinin veya hocaların muayenehanelerine giderler. Onlar da ileri tetkik ya da yatırılmasına gerek gördükleri hastaları hastaneye göndererek yatırtır veya tetkik ettirtirler.

Görüldüğü gibi Devletin hazırladığı olanaklardan, maddi durumu iyi olan şehir ve kasaba ileri gelenlerinin öncelikle ve daha çok yararlanmasına karşın, maddi olanakları kısıtlı ya da hiç olmayan kişiler, acil vak'alar dışında, tetkik ve tedavi olma şansı bulamazlar.

#### d — Sağlık ünitelerinin vatandaşın uzaklığına etkisi :

Hizmet üniteleri kişilerden uzaklaştıkça bunlardan yararlanma oranları da düşmektedir. Şöyleki : S.S.K. nun yalnız işçiye bakmasına izin verdiği fakat işçi ailelerinin oldukça uzaktaki hastaneye gitmek zorunda bırakıldığı bir yerde, aileler için çıkarılan vizite kağıtları işçiler için çıkarılan vizite kağıtlarının yarısını bile bulmamaktadır. Bir ailenin üç kişi olduğu düşünülürse, işçinin ailesinden 6 misli fazla viziteye çıktığı hesaplanabilir. Halbuki sağlık ünitesinin kişi ve ailesine daha yakın olduğu K.İ.T. revirinde: aileler, çalışan kişilerden iki misli fazla doktora çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği yirmi beş ildeki 9.108.700 nüfusun yıllık doktora çıkma sayısı 1.296.174 dür. Yani bir kişi yedi yılda bir doktora baş vurmaktadır. K.İ.T. revirinde ise bir kişinin doktora baş vurması, yılda 2.5 dir. Buradan uzaklığın başvurmayı 17.5 defa azalttığı sonucuna varabiliriz.

#### e — Çeşitli sektörlerin sağlık hizmetlerinden yararlanması :

1) İşçi kesimi : Poliklinik hizmetleri için; iş yeri hekimleri, S.S.K. dispanserleri, anlaşmalı hekimler ve S.S.K. hastanelerinin polikliniklerinden yararlanırlar. Hastane polikliniği dışındaki yerlerde hekimlik hizmetleri yarım ilâ bir saat süre ile çalışan hekimlerle yürütülür. Hiç bir laboratuvar olanağı da yoktur. Kitle halinde viziteye çıkılır ve bir saatlik zaman içinde hekimlik uygulaması yapılır. Bunun sonucunda gereksiz ilaç yazmalar ya da hastaneye sevkler artar. Asıl fonksiyonu komplike vak'aları yatırmak ve gerekli tetkikleri yapmak olan hastane poliklinikleri bu şekildeki sevkler dolayısıyla şişer ve hastaya faydalı hizmet veremez. Sonunda hastane de anlaşmalı hekimden daha çok yararlı olamaz. İşçi aileleri de vizite kağıdı çıkarmak, kilometrelerce uzaklıktaki hastaneye gitmek ve orada saatlerce beklemek gibi insanı bezdiren özellikler olduğunu bildiğinden, hizmetten yararlanmaz.

11) Memur ve hizmetliler : Bunlar içinde daire hekimlerinin anlaşmalı olması, laboratuvar olanaklarından yoksun olması v.b. nedenlerle, işçi kesimindeki duruma benzer bir durum oluşturulmuştur. Bu gruptaki kişilerin ailelerinin sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanmaya başlamasıyla hastane yükünün birden bire arttığı görülmektedir. Randevu ile çalışan hastaneler randevu süresini uzatmak, diğer şekilde çalışan hastaneler hizmetin kalitesini düşürerek hizmeti karşılamaya çalışmaktadırlar. Ankara'da bir sene sonraya randevu verilen röntgen bölümleri dahi vardır.

111) Ticaret ve Sanayi sektöründe çalışanlar : Bunlar özel muayenehane ve hastanelerden en iyi şekilde yararlanırlar. Bu hizmetin gerektiğini hissedebilecek sağlık kültürleri gelişmişse.

112) Esnaf ve sanatkârlar : Maddi olanakları iyi olanlar özel muayenehanelerden, olmyanlar eczane el satışlarından (reçetesiz ilaç alma), iğneci ve genel hastane polikliniklerinden yararlanırlar. Genel istekleri fırsat yaratıp özel muayenehanesi olan hekimlere gitmektir.

v) Ziraat sektörü :

Üç bölümde ele alınabilir :

a) Gelir düzeyi yüksek olanlar : Poliklinik hizmetler için özel muayenehanelerden; klinik hizmetleri için de büyük merkezlerin kamu hastaneleri, ya da özel hastanelerden yararlanırlar. Bu tip kişiler bulunduğu yörenin saygınlığını da taşıdığından, ekseri hizmetlerden kolaylıkla ve az para sarfederek yararlanırlar.

b) Orta gelir düzeyinde olanlar : Poliklinik için özel muayenehaneden, klinik için devlet hastanelerinden yararlanırlar. Özel muayenehaneden yararlanmak için de hastalığın önemli ve uzun süredir devam eder olması koşulunu da hesaplamak gerekir.

c) Dar gelir düzeyinde olanlar: Mesafe, ulaşım zorluğu, maddi olanaksızlık ve kültür düzeyinin düşüklüğü; hastalık karşısında onu yerel tababatten medet umar hale getirmiştir. Bir yukarı düşünce şekli de eczanelerden reçetesiz ilaç almaları gösterilebilir. Burada mütetabiblik yapanlar eczacılar olmaktadır. Bu grup için söylenebilecek söz «Sağlık hizmetleri bakımından tamamen kendi başlarına bırakılmış» bir grup olduklarıdır.

## 2 — HEKİM HASTA İLİŞKİLERİ

Ufak illerde hasta kendine uygun saatlerde hekime baş vurur. Köylü işine erken dönebilmek için sabahın erken saatlerinde, ticaretle uğ-



raşanlar iş yerini kapattıktan sonra, memurlar tatil günlerinde hekime başvururlar. Tatil günleri de dahil hekimin dinlenecek zamanı yoktur. Bu husus hekime bir bıkkınlık getirmektedir.

Kırsal bölge halkı, yatması gerken hastasını büyüklerinin izni olmadığı, Ramazan ya da Bayram olduğu için yatırmak istemez. Yatan hastası için de oldukça sabırsız davranır. Kısa sürede iyi olmayan hastasını, ölecek diye çıkarmak ister. Hekim de zorlamalar karşısında iyileşmeyen hastasını reçete yazarak taburcu eder. Fakat ölüm hadisesi karşısında, vatandaşa kendi aceleciliğinin verdiği zararın hekimin üzerine yüklenmesi eğilimi vardır. Sonunda bu suçlama hekime karşı güvensizlik hissinin doğmasına neden olur.

Hasta; masrafi ve zamanı gerektiren tetkiklerin de yapılmasını istemez. Hekimi tetkiksiz karar vermeye zorlar. Bazen de, hastalığını iyi tanımlıyamadığı için, gereksiz tetkiklerin yapılmasına neden olur.

Hastanın tedaviye karışması da olağandır. Bazıları ölecek diye serum takılmasına karşı gelir. Bazıları da, daha evvel serum takılmış ve iyi gelmişse, serum takılması için hekimi zorlar. Anemi ve damar sertliği olan bir kişideki etraf ağrılarının nedeninin romatizma olmadığına inandırılması çok zor olmaktadır. İş yerinde basit miyaljiler için aspirin vermeniz, tahriş öksürüklerinde ilaç istemez demeniz, mide ülserinde hastalığın devamının perhize uymama sonucu olduğunu söylemeniz tartışmalara, sevk'lere ve gereksiz ilaç yazmalara neden olur.

Yukarıda yazılan baskılar sonucunda hekimler; güçleri, otoriteleri ve çıkarları oranında etki altında kalırlar. Ekseri bu etki hekimi polifarmasiye, kuvvetli semptomatik tedaviye iter ve sonunda kortizonlu ilaçları su gibi kullanan tüccar hekim tipi doğar. Bu etkileşim dolayısıyla, hekimleri dört grupta toplayabiliriz :

A — Tıbbın gereklerinden çok, hastanın isteklerine önem veren ve dolayısıyla kültür düzeyi düşük halkı kendine bağlayıp fazla kazanan hekim grubu.

B — Tıbbın gereklerinden ayrılmayan, maddiyatı geri plana alan, bu yüzden az kazanan kişiler. Bu hekim grubu aynı zamanda memur ise sık sık üzücü tartışmaların da kaynağı olur.

C — Halkın arzularını ve tıbbın gereklerini bir araya getirmeye çalışan, yani bir oranda taviz veren hekim grubu.

D — İşgâl ettiği yer dolayısıyla Devlet olanaklarını istediği gibi kullanan, bu baskılardan etkilenmeyen ve hastanın aradığı şöhretli hekim

grubu. Bunlar dilediği gibi çalışmak şansına sahip olup, en fazla para kazanan kişilerdir.

### 3 — DEVLETİN UYGULADIĞI ÜCRET POLİTİKASI

Hekimlik uygulaması, hiç bir devlet memurunda karşılaşılmıyan, bir hizmet alış - veriş göstermektedir. Bir hükümet tabibi 8.30 - 17.30 arası çalışırken, gerektiğinde her gece bir adli veya acil vak'a için kaldırılabilir. Devlet hastaneleri ya da sağlık merkezi hekimleri üç günde bir nöbet tutabilir. Burada hekimin 10 gün içerisinde bir aylık çalışmasını tamamladığı düşünülmelidir. Geri kalan 20 gün Devlet'e karşılıksız görev yapmak gibi bir durum karşımıza çıkmaktadır. Hekimin aldığı yan ödemeler, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde çalışan personel dışında, brüt 1020 lira civarındadır. Yirmi senelik bir hekime bu ücret verilirken, beş senelik bir mühendise ikibin lira verilmektedir.

Hangi meslek grubu devletin verdiğiinden 5 - 6 misli bir olanağı dışarda bulur da, onu kabul etmez?. Nitekim hekimlerin % 46.4'ü devletten hizmet istemeyip dışarda çalışmayı tercih etmiştir. Hekim mahrumiyet bölgelerine gitmekten çekinen kimse değildir. Sosyalleştirmeye alınan 25 ilde devletten hizmet alan 275 hekime karşılık, serbest çalışan 1500 hekim vardır. Serbest olarak çalışıp, günde dört hastaya bakan hekim ayda 12.000 lira kazanıyor demektir. Aynı parayı birinci dereceye gelmiş, 24 saat çalışan ve günde 40 - 50 hastaya bakan bir devlet hekimi zor almaktadır. Bu yüzden de sosyalleştirilmiş bölgelerde devlet hekimleri günden güne azalmaktadır.

Muayenehane hekimliğinin, hekimi hasta isteğine göre zorlayan, menfi yönü yanında; hekimin günde 14 - 15 saat çalışarak hekim açığını köapatması gibi müspet bir yönü de vardır. Bu politikayla Devlet, hekimi muayenehane hekimliğine zorlamakta ve Devlet hizmetindeki aksamalara da göz yummağa zorunlu olmaktadır.

Bu durumda Genel Sağlık Sigortası :

Genel Sağlık Sigortası; mevcut statüdeki klinik ve polikliniklerden istifadeye kalkacak, hizmet için beklenen zamanı uzatacak ve ayrıca hizmetin kalitesini düşürmekten başka bir şey getirmeyecektir. Hasta ilacını belki bedava alacak, yer bulursa bedava hastaneye yatacak fakat hiç bir zaman bugünkünden daha iyi bir hizmet sunuşu ile karşılaşmayacaktır. Belki bu durumu önlemek için, tasarıya özel hekimlerle anlaşma gibi bir madde konmuştur. Bu durumda da şu sonuçlar doğacaktır :

1 — Kırsal bölgelerde çalışan hekimler, ki çoğu hükümet veya ocak



tabibi gibi Devlet memurudur, tedavi hizmetlerini parasız yürütmeye zorunlu kalacaklarından Devlet hizmetinden ayrılıp özel çalışmaya başlayacaklardır.

2 — Hekim sayısının az olduğu il ve ilçelerde gerek Devlet ve özel hizmet gören hekim, gerekse tamamen özel çalışan hekimin vizite ücretlerinde büyük oranda azalma olacağından G.S.S. kabul etmeyecektir. Hekimlerin bu durumu kabul etmeleri vatandaş yönünden % 30 bir kâr sağlar gibi görülürse de % 70 bir zarara neden olacaktır.

3 — Ulaşım zorluğu çekilen kırsal bölgelerde hastanın hekime gelmesini önleyen, ilaç ve hekim giderleri yanında, yol parası da vardır. G.S.S. da bu husus fatura karşılığı ödenir denecektir. Peşin parası olmayan vatandaş için bu geçerli bir önlem olamaz. Ayrıca nâkil işlerinin ne dereceye kadar kötü kullanılacağı da ayrı bir sorun yaratacaktır.

4 — Şimdiye kadar sağlık hizmetlerinden parasız yararlanan memur ve emeklilerden, bu yardım geri alınacaktır.

5 — Alınması öngörülen para ziraat ve serbest meslek sahibinden hangi ölçütlere göre alınacaktır?

6 — Halen iyi çalışmayan koruyucu sağlık hizmetleri, kendisine hizmet verebilecek doktor bulunmayacağından, kimlerle ve nasıl yürütülecektir?.

7 — Tasarının parasal yönünde de büyük yanlışlar yatmaktadır. Tasarıda maliyet hasta başına 156 TL. olarak düşünülmüştür (Bu paraya; vizite ücreti, ilaç, nâkil, yolluk, ölüm ve doğum ödenekleri dahildir). Bu para yeterlimidir?. Bir K.İ.T. den ve bir de bir Bakanlıktan aldığımız resmi olmayan rakkamlara göre, hasta başına yapılan harcamalar aşağıya çıkarılmıştır. Bu rakkamlar, genel sağlık harcamalarının o kurumdaki tüm personele bölünerek elde edilmiştir.

K.İ.T. e bağlı bir revirde hekimlik hizmetleri 15, hemşirelik hizmetleri 24 saat olup, ufak bir laboratuvar bulunmaktadır. Yıllık kişi başına yapılan harcamalar aşağıya çıkarılmıştır :

Personel giderleri	96.20
İlaç giderleri	64.50
Hastaneye sevkler ödenen	108.00
<b>Toplam</b>	<b>268.70</b>

Yılda 23.000 poliklinik yapan bu kurum 2960 kişiyi hastaneye sevk etmiştir. Sevk oranı % 12.5 dir.

Bir Bakanlığın çalışanlarına ve ailelerine tedavi edici sağlık hizmetleri vermek için kurduğu bir dispanserde ise : Hekimlik hizmetleri iki saat, hemşirelik hizmetleri sekiz saatliktir. Laboratuvar olanağı yoktur. Burada kişi başına harcama şöyledir :

Personel giderleri	94 T.L.
İlaç giderleri	244
Hastaneye sevkler ödenen	260
<b>Toplam</b>	<b>598 T.L. dir.</b>

İki kuruluştaki da aynı hekimler çalışmaktadır. Demekki parasal artışın hekimlik mesleğiyle ilgisi yoktur. Laboratuvarsız ve kısa süreli çalışma ve baş vurulara cevap verme zorunluluğu bu artışların nedenleri olmuştur. 2550 başvurudan 568'i hastaneye gönderilmiş. Gönderilme oranı % 22.5 dir.

G.S.S. uygulandığında özel hekimler laboratuvar olanağı bulamadığı ve Kamu poliklinikleri de vakit azlığından, yukarıda verilen ikinci örnekteki duruma düşecekler ve maliyet artacaktır. Bakanlıktan yapılan hastane sevkleri ve doktora başvuru için bir harcırah da bu hesabın içinde yoktur. Sigorta uygulandığında bunun da maliyeti arttırıcı bir etkisi olacağı düşünülmelidir. Aynı hastalık için hastanın birden fazla hekime gitmesi, hekim tarafından sık sık kontrole çağırılması, özel hekimlere ödenecek vizite ücretleri de göz önüne alınırsa 156 TL. sının üç misli bir harcamanın dahi yetmeyeceği ortadadır. Bütün bu işler için 4.6 milyar T.L. yerine 13.8 milyar T.L. harcama yapılacak fakat, sağlık hizmetlerinin kalitesinde hiç bir yükselme olmayacaktır. Belki de düşme olacaktır. Bu şartlarda yeni bir organizasyona gitmeden; ucuz, eşit ve etkin bir hizmet getirmeye ve hastane yükünü azaltmaya olanak yoktur.

Yeni bir organizasyon için neler yapılmalıdır?

1 — Tam gün çalışmayı ve laboratuvar olanaklarını sağlamak,  
2 — Hizmet ünitelerini olanaklar elverdiğince hastaya yaklaştırmak,  
3 — Kamu sektöründe çalışan hekime özel çalışma hakkı vermemek,  
4 — Dağınık idarelerin elinde bulunan sağlık kuruluşlarını tek elde toplamak,

5 — Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini entegre etmek, halkın eğitilmesine çalışmak ve hekim - hasta ilişkilerinin düzeltilmesini sağlamak,

6 — Fakülteleri memleket gerçeklerine göre yeniden organize et-



mek, öğrenim ve eğitim, araştırma yapmayacak öğretim üye ve görevlilerinin ilişkilerini kesmek. Aynı zamanda öğrencilerin dışarda özel muayenehane açmalarını yasaklamak,

7 — İntern'lik müessesesinin bütün tıp fakültelerinde uygulanmasını sağlamak ve hekimi hasta karşısında daha güvenli kılmak, gerekmektedir.

Bunlar sağlanabilir mi? Sağlanabilir. Ufak bir bölgede de olsa, çalışmalarını yakından izlemek fırsatını bulduğum Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Başkanlığında yukarıda arz ettiğim hususların büyük bir kısmı gerçekleştirilmiştir (Bu bölge Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Tıp Fakültesi tarafından müştereken yönetilmektedir).

Prof. Dr. N. Fişek'in 1970 Türk Tabipler Yılığında yayınlanan «Etimesgut Sağlık Bölgesindeki Gözlemler» başlıklı yazısındaki rakamlar oldukça yüz güldürücüdür. 50 yataklı bir hastane, 13 hekim, 1 diş hekimi, 1 eczacı, 20 hemşire, 11 sağlık memuru, 26 ebe ve 9 sekreterle 56.000 nüfuslu bir bölgedeki 2 kasaba ve 83 köyün koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını, 40.000 kişinin tedavi hizmetlerini (16.000 kişinin tedavi hizmetleri S.S.K., K.İ.T. ve askeri sağlık kuruluşları tarafından görülmektedir) ideale yakın bir şekilde yürütüldüğü kabul edilebilir. Orta Anadolu köylerinde kaba doğum hızı binde 53 iken, Etimesgut'da binde 35; Kaba ölüm hızı Orta Anadolu Köylerinde binde 22 iken, Etimesgut bölgesinde binde 8.8; Bebek ölüm hızı Orta Anadolu köylerinde binde 215 iken, Etimesgut'da binde 110 olarak bulunmuştur.

Bu bölgede özel çalışan hekim olmayışı da dikkat çekicidir. Demek ki halk güvenilir hizmet ve ilgi gördüğü zaman özel hekime gitmemektedir.

Bu kuruluşun yıllık harcaması koruyucu ve tedavi edici hekimlik için oniki milyon liradır. Kişi başına 200 lira civarında bir harcama. Bu harcama yukarıda örneğini verdiğimiz iki kuruluşun harcamalarından çok daha düşüktür. Böyle bir kuruluşu bütün Türkiye'de gerçekleştirmek için 13.000 hekime gerek vardır. Türkiye'deki hekim sayısına, göre geri kalan 10.000 hekim özel ya da diğer kuruluşlarda çalışabilir.

Türkiye'de mevcut 22.943 hekimden % 69.3'ü İzmir, Ankara ve İstanbul'da bulunmaktadır. Yukarıda açıklamaya çalıştığımız model bu üç büyük ilde kurulursa 2.600 hekime gereksinme vardır. Bu hekim sayısı ile üç büyük şehrin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri görülebilir. Halen bu üç büyük şehirde 16.000 hekim çalışmaktadır. Bu hekimlerden 2.300'ü hizmet için gerek olduğundan, geri kalan 13.700 hekimin iş ve gücünden tasarruf edilmiş olacaktır. Bugünkü hekim sayısı

na göre hekim gücünün ne kadar kötü kullanıldığı da ortadadır. İşte bu işgücünün, üç büyük şehirden dışarı çıkması sağlanmalıdır. Böyle bir uygulama, Sağlık hizmetlerinin uygulamasının ters bir şeklidir. Zira orada küçük illerden kaçan hekim büyük şehirlere gitmişti. Büyük şehirden çıkan hekim ise, herhalde terk ettiği birimden daha ufak yerleşme yerlerine kayma yapacaktır.

Bu modelin faydaları :

1 — Sağlık kuruluşları hastaya yaklaşacak; hasta, laboratuvar tetkiki v.b. nedenlerle hastane hastane dolaşmayacaktır.

2 — Sistem başarılı olduğu takdirde, özel hekimlik olanakları azalacak ve büyük şehirlere hekim yığılması önlenmiş olacaktır.

3 — Çeşitli kuruluşlarca yapılan sağlık harcamaları tasarruf edilecek ve hasta başı maliyeti düşecektir.

4 — Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği artacaktır.

5 — Üç büyük şehirden sonra, diğer illerde aynı sistemin işlemesi daha kolay olacaktır.

Uygulanacak ücret politikası ne olmalıdır?

Bugün hekimlerin çok ufak bir azınlığı ayda 100.000 liranın üzerinde kazanç sağlarken, % 20 - 25'i 40.000 - 50.000 lira, % 70 - 75'i de 5 - 10.000 lira arasında kazanç sağlamaktadır. Sosyalleştirilmiş bölgelerdeki hekimler Devlet'ten 8.000 - 10.000 lira arasında para almaktadırlar.

Hekimlerin hiçbirisinin durumlarından hoşnut olduğu söylenemez. Ayda 100.000 lira gibi astronomik para kazanan hekimlerin, artık çalışma şekilleri itibariyle yaşamalarına olanak yoktur.

G.S.S. nin uygulanması halinde, önerilen modelde 3 milyar liralık bir tasarruf sağlamak olasıdır. Bu tasarruf edilen paranın 1.8 milyar lirası hekimlere prim olarak dağıtılabilir. Geri kalanı da diğer sağlık personeline verilmelidir.

Sağlık personeline verilecek prim şu esaslara göre dağıtılmalıdır :

- 1 — Mahrumiyet bölgesinde oluşu,
- 2 — Bazı tespit edilen hedeflere ulaşmada gösterilen başarı oranı,
- 3 — Sevk edilen vak'alarda teşhis doğruluğu oranları, sevk'te isabet
- 4 — Bakılan hasta ve laboratuvar sayısı
- 5 — Bilimsel yayınlar

Tayin edilecek puanlamaya göre eldeki parayı personele «Yıllık rasyonel çalışma primi» olarak dağıtmak mümkündür. Bu dağıtılacak pa-



ra da 100.000 lirayı bulmaktadır. Bu rakam Türkiye koşullarına göre çok görülebilir. Fakat gerçekçi bir yaklaşımla konunun ortaya konmasında yarar vardır.

Bu yazı, konunun tartışılmasına ve Meclisten çıkarılmak üzere olan G.S.S. yasa tasarısı üzerine parlamenterleri biraz düşünmeye sevk ederse kendimizi mutlu sayacağız.

#### Yararlanılan kaynaklar :

- 1 — Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, S.S.Y.B.'lği yayınları, No. 42, 1973.
- 2 — Fişek. N. N., Türkiye'de Sağlık hizmetlerinin gelişmesini önleyen faktörler, Türk Tabipler Birliği Yıllığı, 1970.
- 3 — Genel Sağlık Sigortası Kanununun tasarısı, teksir Ankara.
- 4 — E. Usubütün, Sekiz yıllık Anadolu'da yapılan çocuk hekimliği gözlemleri, VIII Türkiye MilliPediatri ve Çocuk Sağlığı Kongresinde tebliğ, 22 Kasım 1972, Ankara.
- 5 — S.S.Y.B.'lği 1976 Bütçe tasarısı.

## Yarının Tıbbı ve Doktorları

### Dr. Halfdan MAHLER

Dünya Sağlık Örgütü Genel Müdürü

Yakın tarihlerde WHO Yürütme Kurulunca, toplum sağlığının bugünkü durumuna ilişkin bir rapor sunulmuştu. Gerçeği kabul etmek gerekirse, rapor halihazırdaki durumu şiddetle eleştiriyordu. Aşağıda, rapordan alınan bazı parçaları vermek isterim.

«Kurulun görüşüne göre, birçok ülkedeki sağlık hizmetleri gerek nicelik gerekse nitelik bakımından nüfus değişmelerine ayak uyduramamaktadır. Duruma ne kadar iyimserlikle bakılsa ve yavaş yavaş düzeleceği ümit edilse dahi kurul, gelişme noktasında çok ciddi bir krizin var olduğunu ve bu durumun en kısa zamanda ele alınmadığı takdirde, hem yıkıcı hem de masraflı bir reaksiyonla sonuçlanacağı görüşündedir.»

«Kitleler arasında çeşitli nedenler yüzünden, sağlık hizmetleri konusunda büyük bir hoşnutsuzluk vardır. Bu hoşnutsuzluk üçüncü dünya ülkelerinde olduğu gibi, gelişmiş ülkelerde de mevzubahistir.»

Raporda bu hoşnutsuzluğu nedenleri özet olarak şöyle belirtilmiştir :

«Kitlelerin gerksinimlerini karşılayamama; sağlık hizmetlerinin, değişik toplulukların gereksinimlerini karşılayacak şekilde, ülke çapında yaygın olarak yürütülememesi; değişik ülkelerdeki değişik gruplar arasında bu konuda (gittikçe büyüyen) önemli farklılıkların oluşması; hizmetlerde görünebilir ve anlamlı bir değişiklik meydana gelmediği halde, maliyetin gittikçe yükselmesi; tüketicinin, sağlık hizmetlerinin ve bu konuda çalışan personelin kendi açılarından yeterli olmakla beraber, tüketicinin istemediği bir yön takip ediyor olmalarını düşünerek, kendini aciz hissetmesi.»

Bununla birlikte neler olup bittiğini ve dünyada tıp eğitiminin gelecekte ne yöne gideceğini anlayabilmek için, dünyadaki tıp eğitimi yapılan kuruluşlardaki — ki bunlar, bin taneden fazladır — eğitimin ne gibi bir temel üzerine oturtulmuş olduğunu gözlemek gerekir. Görünüm ne yazık ki cesaret verici değildir.

Tıp eğitimi yapılan okulları dikkatle inceleyen bir kişi bu okullardaki eğitimin, ülkenin sağlık hizmetlerinden ne kadar kopuk bir şekilde yapıldığını fark edecektir. Birçok ülkede bu okullar öğrencileri, gayet iddialı, belirsiz ve yanlış tanımlanmış bir akademik standarda göre yetiştirmektedir.

Dünyadaki birçok tıp fakültesi doktorları, insanların sağlığı ile değil, hastalıkları ile ve bu hastalıkların tedavisi için gerekli teknoloji ile ilgilenmek üzere yetiştirmektedir. Bu öyle bir teknolojidir ki, maliyeti sürekli artmakta ve giderek daha az ve seçkin bir kitleye hitap etmekte ve genellikle hayatının sonuna gelmiş kişilere yönelik bir hale gelmektedir. Okullar doktorları, toplum içinde çok rastlanan sağlık sorunları ile değil, çok ender olarak karşılaşacakları bazı vakalarla uğraşmak üzere yetiştirmektedir. Amaç, bakım değil tedavidir. Doktorluk mesleği yalnızca tedavi edici hekimlik şekline dönüşmüş ve doktorlar insana, bir bütün ve sosyal bir varlık olarak bakacak yerde, sadece onun hastalığı ile ilgilenir olmuşlardır.

Tıp okullarında verilen meslek anlayışı ise tıbbi bakımın, bütün fertlere bilinen bütün tıbbi bilgilerin en bilimsel şekilde ve en gelişmiş kurumlarda uygulanmasıdır. Eğer sağlık hizmetlerinin «kalitesi» böyle bir kritere göre ölçülecek olursa, tıp mesleği halkın gerçek sorun ve gereksinimlerinden giderek kopacak ve gerek etkinliği, gerekse işlerliği gittikçe azalmakta olan pahalı bir teknolojiye bağımlı hale gelecektir.

### DEĞER VERDİĞİMİZ ŞEYLERE İKİNCİ BİR BAKIŞ

Akademik başarı genellikle, «Bu görevi ona vermemezlik edemezsiniz, çünkü onun diğer adaydan 103 adet daha fazla araştırması yayın-



landı» veya «Coreopsis neonatarum konusundaki en büyük otoritenin hastalar ve tıbbi kongrelerde bu kadar çok enerji harcamasından sonra talebelere ders verebileceğini düşünebiliyor musunuz?» gibi cümlelerle ölçülmektedir. Plato'nun ikibin yıl önce söylediği gibi «Bir ülkede neye değer veriliyorsa o orada yerleşir». Bizim değer verdiğimiz şeyleri de yeniden bir gözden geçirmek gerekir.

Duruma şöyle kısa bir bakış dahi bugün, genel olarak tıp konusunda ve özellikle de tıp eğitimi konusunda bir hoşnutsuzluğun varoluşuna hak vermemize yetmektedir. Zaman zaman «Ne tip doktor yetiştirdiğimiz önemli mi?» gibi sorular da ortaya atılmaktadır. Her ne kadar «kalite» ve «kusursuzluğa» önem veriliyorsa da, doktorların eğitimi o kadar masraflı bir duruma gelmiştir ki ekonomik düzeyi yüksek ülkeler dahi bu masrafın altından kalkamamakta, sağlık ve iyilik standartları dünya çapında bir düşme göstermektedir. Kanser vakaları gittikçe artmakta, kardiovasküler hastalıklar çoğalmakta, uyuşturucu maddeler, alkol, sigara ve trafik kazalarından bugün, eskiden salgınlarda ölen insan sayısının çok üstünde insan ölmektedir.

**Tıp imparatorluğu ve ona çok yakından ilişkili olan diagnostik ve terapötik silah endüstrisi bugün sağlığa katkı yerine sağlığı tehdit eder bir görünümündedir.** Diagnostik ve terapötik tekniğin bugün çok yüksek bir teknoloji haline gelmesi sonucu bir hastalığın tedavisi sırasında, gerek yan etki, gerekse iatrogenesisle, diğer bir hastalık ortaya çıkmaktadır. Dünyadaki bazı ülkelerde hastaneye yatan hastaların % 20 si bu kategoriye girmektedir. **Gelişmiş bir ülkede tedaviden sonra tekrar hastaneye dönen hastalarla, hapisanede bir süre kaldıktan sonra tekrar hapisaneye dönen suçlular arasında bir karşılaştırma yapılmıştır. Bunun sonucunda hapisanelere dönüş oranının hastanelere nazaran çok düşük olduğu ortaya çıkmıştır.**

Bütün bunlara rağmen kanımca, tıp adamları insanlığın sağlık savaşında, ki bu sadece hastalıkların yok olması değil, fiziki, mental ve sosyal iyiliği de kapsamaktadır, önemli ve belirleyici bir rol oynayabilirler. Bu savaşı kazanmamız ancak bütün sağlıkçıları — doktorlar, hemşireler ve diğerlerinin — beraberce, toplumun gerçek sağlık gereksinimlerini karşılamak üzere ve gerektiğinde diğer mesleklerde kişileri gerek uyarak, gerekse onlarla işbirliği yaparak çalışmalarını ile mümkün olacaktır.

Neticede sağlık hizmetleri için harcanan parayı toplum vermekte ve haklı olarak kendi gereksinimlerini gözönünde tutarak hizmet yapacak doktorların yetişmesini istemektedir.

## SOSYAL KALKINMA İÇİN BİR DÜZEY

Toplumun ayrılmaz bir parçası olan tıp okulları, toplum içinde ve toplum için çalışacak kişileri yetiştiren kurumlar olmalıdır. Kanımca toplum sağlığı faaliyetleri sosyal bilinçlenmeyi artırır. Şuna da inanıyorum ki toplum sağlığı protogonistleri, ancak toplum sağlığının toplumsal yönünü iyi bilirlerse, toplumsal kalkınmayı teşvik edici ve halkın sağlık seviyesini yükseltici — Burada kastettiğim şey sağlık hizmetlerinin seviyesi değil, genel olarak halkın sağlık seviyesidir — unsurlar olarak rol oynayabilirler.

Bunun için tıp okullarından mezun olan doktorların ne gibi durumlarla karşılaşacaklarını ve onları bu durumlara hazırlamak için eğitimlerinin ne şekilde düzenlenmesi gerektiğini saptamak gerekir. Bunun için bazı sorular sormamız gerekir:

- Okuldan yeni mezun olanlar insanları «hastalık» açısından mı, yoksa «sağlık» açısından mı ele almaktadır? Yani önleyici ve promote edici teknikleri mi yoksa tedavi edici ve rehabilite edici teknikleri mi uygulamaktadırlar?
- Vakaları sadece hasta olan kişi açısından mı, yoksa ailevi ve toplumsal açıdan mı ele almaktadır?
- Kendileri, doktor, hemşire, diğer sağlık görevlileri ve sosyal bilimciler ve diğerlerinden kurulu ekibin bir üyesi olarak görmekte ve buna göre mi davranmaktadırlar?
- Gerek materyal gerekse parasal kaynakları en iyi ve en etkin şekilde değerlendirecek bir tutum ve davranış içinde midirler?
- Kendi ülkeleri için öncelikli olan hastalık ve sağlık sorunlarına uygun bir davranış ve tutum içinde midirler?

Eğer bu soruların tümünün cevabı olumlu ise, o okul toplumun gereksinim ve sorunlarına yönelik bir eğitim verme yolunda büyük aşamalar yapmış demektir. Eğer bu sorular içinde olumsuz cevap alınanlar varsa program ve okulun felsefesi acilen gözden geçirilmelidir.

Hernasılca, gerek doktorlar gerekse diğer sağlık personeli, değişik bir eğitimden geçmiş bile olsalar mevcut düzene uyma eğilimindedirler. Bu nedenle önce sağlık sistemi değiştirilmesi, sonra da doktorlar bu düzene göre eğitilmelidir. Bu sistem nasıl olacaktır? Bu, toplumdaki bütün bireylere ulaşabilen, toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan ve sağlıkla ilgili önemli kararların toplumun kendisi tarafından alınarak uygulandığı bir sistem olmalıdır. Bu sistem içinde doktorun yeri,



toplumun öncelikli sağlık sorunlarını çözümlenmeyi amaçlayan ve üyelerinin eğitimlerine göre çeşitli görevleri yürüttüğü ekibin bir üyesi olarak görev yapmaktadır.

Bu konuşma çerçevesinde benden yalnızca tıp eğitim konusuna değinmem istenmişti. Ancak tıp eğitimi konusunu hiçbir zaman için sağlık sisteminden soyutlayamayız. Bence, tıp eğitimi ve sağlık alanındaki insan gücünün geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde integral elemanlardır. Sağlık insan gücü soyutlandığı zaman, tüm anlamını ve amacını yitirmektedir. Eğer konuyu bu şekilde ele almazsak tıp eğitimi sosyal bir deformasyona uğramış olur. Sağlık insan gücü görev yapacağı sağlık sistemine göre eğitilmelidir. Aynı şekilde sağlık sistemi de mevcut elemanlara göre şekillenecektir. Hiçbir ülke artık, sağlık hizmetlerinin gelişti - güzel yürütülmesini ve gerek para, gerekse insan gücü kaybını hafife alacak durumda değildir. Sağlık hizmetleri dikkatle planlanmalı ve bu alandaki insan gücü de çeşitli kademelerde görev yapacak şekilde yetiştirilmelidir. Her ülkenin ulusal ve bölgesel sorunları ile kültürel ve politik sistemleri, sağlık sistemlerinin yönünü saptayacaktır. Bununla birlikte hepsinde bir ortak yön vardır.

Örneğin doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlıkçıların belirli görevler için yetişmelerini ve tam kapasitede kullanılabilmelerini sağlamak için eğitimlerini düzenleyecek görev tanımlarının yapılması gerekir. Böylece sağlık alanındaki insan gücünün geliştirilmesinde etkin rol oynayan üç bileşke, planlama - eğitim - idare sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi çalışmalarını ile entegre edilerek gerek hükümet, gerekse hükümetin dışında bu konu ile ilgili kuruluşların desteği ve katkısıyla yürütülmelidir.

Böyle bir mekanizma kurulabilirdi takdirde toplumun tümüne hitap eden ve teşvik edici, önleyici, tedavi edici ve esenlendirici gereksinimler karşılayan ve çeşitli sağlık sorunları ile uğraşacak şekilde yetiştirilmiş elemanlar tarafından yürütülen düzenli bir sağlık hizmeti ortaya çıkacaktır.

#### KARARLARIN TOPLUM TARAFINDAN ALINMASI

Böyle bir mekanizma ülkenin bütün sağlık sorunlarının belirlenmesi, öncelikli konuların objektif olarak ele alınması ve bu verilere dayanarak gerekli kararların alınıp yürütülmesi için gereklidir. Böylelikle, son söz toplum tarafından söylenmiş olacaktır.

**“Sağlık insan gücünün geliştirilmesi” konusu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusu ile birlikte ele alındığı takdirde tıp okullarındaki eği-**

**tim, ulusal sağlık politika ve planına göre düzenlenmiş bir sağlık insan gücü geliştirilmesi planına göre düzenlenecektir ki, aynı şey bunun tersi için de söz konusudur.**

**Sağlık insan gücü planları yalnızca eğitilmesi gereken sağlık personelinin tipini ve sayısını değil, herbirinin üstleneceği göreve göre gerekli bilgi, beceri ve davranışları saptamaktadır.**

Bu noktada bir soru yöneltmek isterim. Acaba hassas zamanlama ile yapılan sınav yöntemleri burada halâ geçerli olabilir mi? Tıp fakültelerinde ve diğer sağlık okullarında bu yöntem yerine, kişinin karşılaştığı sorunları çözmedeki becerisi, karar verme yeteneğini ve davranışlarındaki tutarlılığı daha iyi saptama olanağı veren bir yöntemin kullanılması daha doğru olmaz mı?

Tıp okullarındaki eğitim bence, mesleki çıkarları tatmin etme yeri-ue, toplumun halihazırdaki ve gelecekteki gereksinimlerine yönelik olmalıdır. **Gerek doktorlar, gerekse diğer sağlık personeli sorunları iyi kavrayacak, yerinde kararlar verecek ve meslek hayatı boyunca kendini eğitecek şekilde yetiştirilirse, gerek mezun olduklarında, gerekse 30 - 40 sene sonra topluma tam anlamı ile yararlı olabileceklerdir.**

Geleneksel bilimsel - yöntemle eğitimi, problemlere - dönük eğitime tercih edenlere bir araştırmadan söz etmek isterim : Bir tıp fakültesinde fizyoloji okuyan ve önceden bu konu ile ilgili fizik ve kimya eğitimi görmüş öğrenciler arasında yapılan bir araştırma sonucunda, öğrencilerin çok az bir kısmının 6 - 16 ay önce okudukları derslerden geçer not alabilecek durumda olduğu saptanmıştır. Açıkça belirtilmiş olmamakla beraber, bu durumun öğrencinin ilerde fizyoloji konusundaki başarısını etkilemeyeceği anlaşılmaktadır.

#### ULUSLARARASI BİR KLİŞE YOKTUR

Burada özetlediğim türde bir tıp eğitimi amaçlanacak olursa, uluslar arası bir klîşe program düşünülemez. **Okullardaki öğretmen ve eğitim planlamacılarına düşen görev, talebelerin bölgesel sağlık gereksinim ve talepleri karşılamak için ne gibi bilgi - beceriye sahip olmaları gerektiğini saptamaktır.**

**Bu tür eğitimde, eğitim toplum içinde yapılacak ve hastaneler, hastalığın belirli bir bölümünün seyrettiği bir yer olarak eğitime girecektir.**

Hastaneye - dayalı eğitimde, toplum içine zaman zaman ziyaretler yapılsa bile, sosyal bir sorumluluk taşıyan gerçek toplum sağlığı doktorları yetiştirme olanağı yoktur. Aynı şekilde öğrencilere eğitim, sonra



bir süre ekip içinde çalışma olanağı verilse dahi, ekip içinde gerekli beceri ve davranışı gösterebilmeleri için yarı - profesyonel bir eğitimden geçmiş olmaları gerekir.

**Öğretmenler de eğitimdeki yeni yaklaşımları bilmelidirler. Odak noktası öğretmen ve öğretim değil, öğrenci ve eğitimidir.**

Bütün bunlar bugüne kadar süregelen yöntemle kavramların bir kenara bırakılması anlamına gelmektedir. Şurasıda muhakkak ki, her ülkenin ve okulun gelecek için plan yapılırken gözönünde tutulması gereken bir geçmişi vardır. Bununla beraber ortaya çıkan bütün soru işaretlerine rağmen değişikliklerin gerekli olduğuna, birgün gerçekleşeceğine ve bir gün herşeyin daha iyiye yöneleceğine inanıyorum.

**WHO nun bir çok görevi, fakat tek bir amacı vardır : «Bütün dünyadaki insanların mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşmalarını sağlamak».**

Toplumun ayrılmaz bir parçası olan tıp okulları da bu amaca yönelik olarak çalışmalıdır.

## Ülkemizin Dış Sağlığı Sorunları ve Dış Hekimliği

Dt. Hilal DURUK

### GİRİŞ :

Ülkemizin tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında ve özellikle dış sağlığı alanında mevcut düzen içinde çözümlenmesi olanaksız sorunlar vardır. Bu sorunlar çarpık kapitalist düzenin sebep olduğu sorunlardır. Çözümü de bu noktadan kaynaklanmaktadır.

Halkımızın dış sağlığı düzeni çok geridir. Bir çok kentlerde, kasabalarda ve köylerde ağızda kalan birkaç dişi ile yaşamını sürdürmeye çalışan insanlar sayılamıyacak kadar çoktur.

Bunun yanında dış hekiminin durumu da pek iç açıcı değildir. Sosyo - ekonomik çarpıklığın doğurduğu sosyal ve ekonomik baskılardan hergün daha fazla etkilenmektedirler. Hekimler arasında en çok ezilen kesimlerden biri de dış hekimleri kesimidir.

### DÜNYADA DIŞ SAĞLIĞI :

Günümüzde Sosyalist ve gelişmiş kapitalist ülkeler dış sağlığı çalışmalarını diğer sağlık alanlarındaki çalışmaların bir tamamlayıcısı olarak ele almakta ve örgütlenmelerine bu açıdan yaklaşmaktadırlar. Çünkü dış ve çevresi dokulara ait hastalık hem toplumda en sık rastlanan hastalıklar arasındadırlar hem de bu hastalıklar bir süre sonra vücudun diğer kısımlarına ait genel bir hastalık olarak karşımıza çıkabilirler.

Bu ülkeler dış sağlığı servislerini toplumun gereksinim duyduğu uç noktalara kadar kurma çabasındadırlar. Bunun için gerekli sağlık ekibinin eğitimini programlayıp planlamış, finansman kaynaklarını temin etmiş, örgütlenmeyi hızlandırmışlar.

Bu ülkeler, dış ve çevresi dokulara ait epidemiolojik incelemelerle, halkın dış sağlığı düzeyini saptamakta, en önemli dış hastalıklarını ortaya çıkarmakta, çalışmalarını toplumlarını en çok etkileyen hastalıkları öne alarak düzenlemektedirler.

Dünyada son yıllarda bir çok koruyucu yöntemler geliştirilmiş, dış hastalıklarında erken teşhis ve tedaviye yönelik çalışmalara ağırlık verilmiştir. Dış hekimi ve çevresindeki ekibin sayısını yükseltme çabaları çoğalmıştır.

Buna rağmen 1971 yılında, dünyada dış hekimi dağılımı şu noktadadır :

	3.000 kişiye bir dış hekimi	20 Ülke
3.000 - 10.000	»	» 32
10.000 - 20.000	»	» 17
20.000-100.000	»	» 21
100.000-1.000.000	»	» 32
1.000.000 dan fazla	»	» 8

Kaynak : World Health, december 1973.

Görüldüğü gibi dünyada büyük bir dış hekimi açığı mevcuttur.

1971 yılında çeşitli ülkelerde dış hekimi sayısı ve dış hekimine düşen kişi sayısı şöyledir.



ÜLKE	Diş Hekimi Sayısı	Bir Diş Hekimine Düşen Kişi Sayısı
Bulgaristan	3131	2739
Çekoslovakya	4752	3042
Fransa	20.740	2491
Almanya	31.405	1946
Macaristan	2544	3980
Sovyetler Birliği	91.100	2703
Yugoslavya	3378	6094
Türkiye	1971 3517	10.523
	1976 5960	6879

Kaynak : «World Health Services In Europa»

Görüldüğü gibi birçok ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de diş hekimi sayısı henüz çok yetersizdir. Ve ülkemiz Avrupa ülkeleri arasında en geri noktalardadır.

#### ÜLKEMİZDE DURUM :

Ülkemizde tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, diş sağlığı hizmetlerinde de bir başıboşluk kendiliğindencilik, düzensizlik hüküm sürmektedir. Kâr etme amacıyla, örgütlenen diş sağlığı hizmetleri büyük şehirlerde mutlu bir azınlığa hizmet götürecektir. Çalışmalar daha pahalı olan tedavi edici hizmet şeklindedir.

Ülkemizin önemli diş sağlığı sorunları ile ilgili yeterli araştırma yapılmamaktadır. Bu konuda yeterli istatistik veriler yoktur.

Diğer bölgelerimize göre bir miktar daha düzenli istatistik veri elde edilebilen Etimesgut bölgesinden alınan rakamlara göre toplumuzda, diş ve çevresi doku hastalıkları arasında 4. sırada yer almaktadır.

Sorunun önemine rağmen devletin ve S.S.Y.B. nin bir diş sağlığı politikası mevcut değildir. 1976 da mevcut 5960 diş hekimimizin dağılımı şöyledir :

KURUM	SAYI	YÜZDE
SSYB	609	10.2
SSK	143	2.4
Üniversiteler	256	4.3
Diğer Kamu	250	4.2
Serbest	4702	78.9
<b>Toplam</b>	<b>5960</b>	<b>100</b>

Kaynak : SSYB İstatistikleri.

Bu tabloda da görüldüğü gibi diş hekimlerimizin çoğunluğu serbest çalışmaya itilmişlerdir. Halkımızın diş sağlığından birinci derecede sorumlu olan SSYB nin yeterli sayıda diş sağlığı poliklinikleri ve araç gereçleri bulunmayan bakanlık mevcut 600 diş hekimini de ancak atıl deneyecek kapasitede kullanabilmektedir. Bir çok bakanlık diş hekimi ya sadece diş çekmek şeklinde hizmet götürebilmekte, ya da sabahtan akşama kadar masa başında oturmak zorunda kalmaktadır.

Hekim dışı diş sağlığı personelinin yetisttirilmesi konusu ise henüz ülkemizde hiç ele alınmamış bir sorundur. Diş hekimlerimiz ise mezuniyet öncesinde ve sonrasında çok çeşitli sorunlarla karşı karşıyadırlar.

#### DIŞ HEKİMLERİNİN SORUNLARI

Diş hekimliği öğrenimi yurt gerçeklerinden uzaktır. Çok nadir görülebilecek hastalıklar ve diş hekimlerini çok az ilgilendirecek diğer tıp dalları ile ilgili teori ağır bir şekilde verilmekte, onlara mezuniyet sonrası karşılaşacakları sorunların çözümü ile ilgili yeterli bilgi ve pratik verilmemektedir.

Diş hekimliği öğrenimi en pahalı öğrenimler arasındadır. Sürekli alet ve malzeme gerektirir. Bu masraflar büyük ölçüde öğrencinin sırtına yüklenmektedir. Bu durum anayasaya da aykırıdır.

Çeşitli Diş Hekimliği Fakülte ve yüksek okulları arasında standart dizasyon sağlanamamıştır.

Mezun olduktan sonra ise bir diş hekimini çok daha ağır sorunlar beklemektedir. Diş hekimliği alanında devlet tarafından düzenli ve yaygın bir örgütlenme oluşturulmadığı için diş hekimlerimiz kaçınılmaz olarak muayenehane hekimliğine itilmektedir. Diş hekimlerimizin % 80'inin serbest çalışmasının temel nedeni budur. Günümüzde 300.000 lira gibi büyük bir sermaye yatırımı gerektiren bir diş hekimliği muayenehanesi daha başlangıçta onları büyük bir borç altına itmektedir. Kredi olanakları son derece sınırlıdır. Yeni bir diş hekimi, çalışmasının başlangıçta borcunun taksitlerini bile ödeyememe durumu ile karşı karşıya kalmaktadır. Halkımızın büyük ölçüde diş hekimine ihtiyaç duymasına karşın, büyük şehirlerde yığılan diş hekimleri işsiz kalmakta veya düşük ücretle diş teknisyenlerinin yanında çalışma durumuna düşebilmektedirler.

Diş hekimliğinde kullanılan alet ve malzemenin tamamen yakın büyük kısmı belli tekeller tarafından ithal edilmekte ithalatçı firmalar bu alet ve malzeme üzerinden çok yüksek kârlar elde etmektedirler. Bu firmalar fiyatlarla istedikleri gibi oynamaktadırlar.



Diş hekimi sayısındaki yetersizliğin devletin halkın diş sağlığına önem vermemesinin sonucu olarak diş teknisyenleri bir hekim gibi çalışmakta ve hasta bakmaktadırlar. Yalnızca yetersiz bilgi ve beceriye ek olarak kâr amacıyla çalışan bu kişiler, halk sağlığına zararlı olmaktadır.

Diş teknisyenleri ile ilgili bir eğitim kurumunun geliştirilmesi mevcut teknisyenlerin eğitimi bir zorunluluk halini almıştır. Diş hekimlerinin mezuniyet sonrası eğitimi hemen hemen hiç ele alınmamış bir konudur.

Halkımızda diş sağlığı konusundaki eğitimi eksik ve yetersizdir. Hatta sık sık hekim bilimsel olmayan uygulamalara zorlanmaktadır.

Unutulmamalıdır ki halkımızın diş sağlığı ile ilgili sorunlarının çözümü, diş hekimlerinin sorunlarının çözümünde getirmektedir.

#### SONUÇ VE ÖNERİLER :

Ülkemizin düzensiz sağlık hizmetleri içinde, ondan daha düzensiz ve karmaşık biçimde bir diş sağlığı hizmetleri vardır. Bu düzensizlik düzeni hem halkımızın diş sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, hem de diş hekimlerini sayısız sorunlarla karşı karşıya getirmektedir. Şüphesiz ki tüm sorunlar gibi diş sağlığı sorunlarının çözümü de üretim ilişkilerinde halktan yana değişmede yatmaktadır. Kısa dönemde ise şu öneriler söylenebilir :

1 — Diş Sağlığı Hizmetleri Genel Sağlık Hizmetlerinin bir tamamlayıcısı olarak ele alınmalıdır.

2 — Diş Sağlığı hizmetleri toplumun en uç noktalarına kadar devlet tarafından götürülmeli, gezici diş sağlığı ekipleri oluşturulmaktadır.

3 — Diş Sağlığında koruyucu çalışmalara, erken teşhis ve tedaviye öncelik tanınmalıdır.

4 — Diş hekimleri ülke gerçeklerine uygun eğitilmeli, sayıları artırılmalı, mezuniyet sonrası çalışma olanakları ve sürekli eğitimleri sağlanmalıdır.

5 — Diş teknisyenleri diş hekiminin yardımcısı olarak devlet tarafından eğitilmelidir.

6 — Halkın diş sağlığı alanında tüm gereksinimleri ücretsiz olmalıdır.

7 — Diş sağlığı hizmetlerinin 224 sayılı sosyalizasyon hizmetlerine entegrasyonu en kısa zamanda ele alınmalıdır.

# RÖPORTAJ

## Sağlık Sorunları, Ankara Tabip Odası ve CHP

Cevdet DURANOĞLU

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Sağlığı «Yalnız hastalık durumunun yokluğu değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali» olarak tanımlamaktadır.»

Yukarıdaki tanımın ışığında birtakım istatistik verilere falan girilmeden, çıplak gözle baktığımızda dahi, ülkemizin genel sağlık düzeyinin olması gerekenin çok altında olduğunu, bir başka deyişle sağlıklı bir toplum olduğumuzu rahat bir şekilde fakat üzülen söyleyebiliriz.

Ama herşey aynı kalmaz. Tek tek kişilerin sağlığı ile toplumun genel sağlık düzeyi, insanlığın bugünkü ulaştığı evrenin, bu konudaki önerilerine uymak zorunda.. Aynı sav da olan siyasi görüş ve partiler var ülkemizde. Bunlardan birisi de ilk yapılacak seçimlerde, ülkemizdeki iktidar boşluğunun alternatifi olan CHP'dir.

Acaba Ankara Tabip Odası'nın; üyelerinin özlük sorunları ile ülkenin sağlık düzeni ile ilgili dergi, broşür, paneller vb. çalışmaları açıklamaları «Bu Bozuk Düzeni Değiştireceğiz» diyen CHP yöneticilerince, nasıl değerlendirilmektedir?

Bu konuda, CHP Genel Sekreter Yardımcısı Sayın Mustafa Üstündağ ile, başkentimize gerçekten birşeyler yapabileceği uğraşısı içinde bulunan Ankara Belediye Başkanı Sayın Vedat Dalokay'dan aldığımız yazışmalar şöyledir :

### MUSTAFA ÜSTÜNDAĞ

(CHP GENEL SEKRETER YARDIMCISI)

«Bir kere şu görüşünüze katılmamak mümkün değil. Sağlık sorunları ülkenin diğer sorunlarından kesinlikle soyutlanamaz. Ekonomi ve diğer kurumlar iyi işlemiyorsa, sağlık kurumunun iyi işlemesini bekleme hayal olur.



Özellikle Cephe İktidarı döneminde, ülkenin ekonomik sistemi belli çıkar çevreleri yararına geniş ölçüde tahrip edilmiştir. Dış ödemeler dengesi büyük ölçüde bozulmuş, yatırımlar aksamıştır. Ekonomideki bu aksaklık, sağlık kurumu ile ilgili pekçok yatırımı da, uygulamayı da — evet örneği sosyalizasyon — aksatmıştır.

Toplumdaki ve siyasal sistemdeki anarşi ve terörün, sağlık sisteminde etkili olması gereken işleyişe olumsuz yönde tesirleri olmuştur.

Tabiplerimiz pek tabii ki, bu yanlış ve sakat girişimlerin üstesinden gelecekler, kendi kuruluşları yoluyla, her zaman olduğu gibi ülke gerçeklerine uygun, yapıcı önerileriyle yetkilileri uyarmaya devam edeceklerdir...

Ankara Tabip Odası mevcut bozuk düzende üzerlerine düşen görevi yapmak için yayınlarla, toplantılarla sağlık sisteminin sorunlarına, ülkenin koşullarına uygun olarak sağlıklı çözümler getirebilme yolunda başarılı bir uğraşı vermektedir...

Cephe İktidarı her kurumda olduğu gibi sağlık kurumunu da yozlaştırabilmek için tüm yanlış ve çıkmaz yolları denemektedir. İnanıyorum ki bozuk düzenden rahatsız olan tabiplerimiz bu oyunlara gelmeyeceklerdir. Başarılar dilerim.

### **VEDAT DALOKAY**

(ANKARA BELEDİYE BAŞKANI)

Yaşadığı çağın ulaştığı düzeye yaraşır, yeni bir Türkiye'nin yaratılmasında hekime düşen görevi tartışmaya gerek yok. Toplum, onun elinde ve gözetiminde sağlıklı toplum olacaktır...

Çıkarılmış olduğunuz dergi ve broşürleri sevgi ile karşılıyorum. Okuyorum, çünkü bana çalışmalarında yol gösterici, uyarıcı oluyor... Ülke gerçeklerinden hareket eden, tutarlı ve gerçekçi önerileriniz var...

Özellikle halk sağlığının sağlanması konusunda belediyelere düşen görevler, hava kirliliği, çevre kirlenmesi vb. gibi konular benim ilgime ve üzüntüme neden oldu. İlgimi çekti, çünkü başkente bu yolda değil birşeyler çok şeyler yapmak lazım.. Üzülüyorum çünkü sizin de bildiğiniz gibi Ankara Belediyesi'nin durumu belli. Artık sağır sultanlar dahi bilmektedir ki, bu bütçe ile bu sorunların üstesinden gelmek olanaksız...

Sizin çalışmalarınız bence doktorlarımızın biyolojik mikropların yanısıra «Sosyal Mikroplarla» da uğraşmak zorunda oldukları gerçeğini ortaya çıkarmıştır.. Bu noktadan hareketle geleceğin sağlıklı toplumunu kurma yolunda, sağlıklı çalışmalar yapan Ankara Tabip Odası'nı kutlar, başarılar dilerim.

# **H A B E R L E R**

## **Ankara Tabip Odasının Üyelerine Çağrısı**

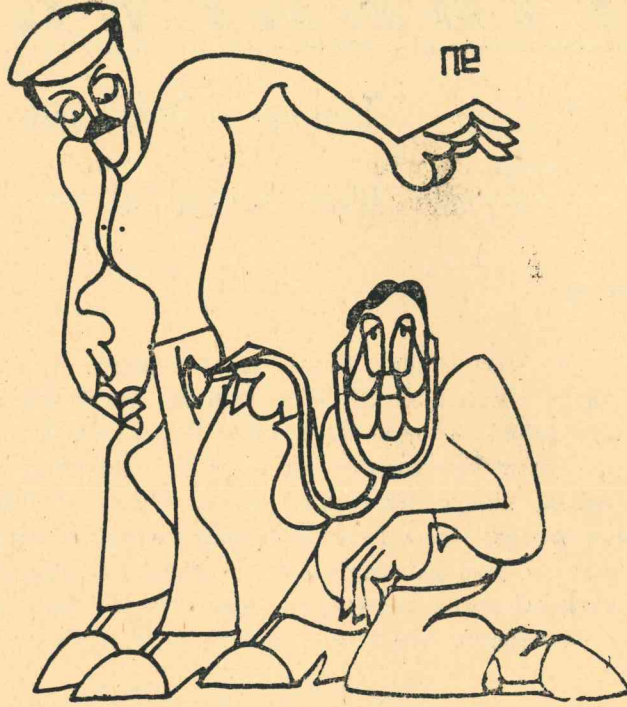
Sayın Üyemiz,

Odamızın 1977 Mart Olağan Genel Kurul Toplantısı'nı, daha önce saptanmış olan ve ilân edilen 12.3.1977 tarihinde yasal nedenlerle yapamadık. Basın yoluyla yapılan duyurunun, Basın İlân Kurumu'ndaki gecikme sonucu, yasal süre olan 21 gün değil de toplantıdan 20 gün önce gazetede çıkmış olması söz konusu sonucu doğurdu. Genel Kurul Toplantısı'ndan bir gün önce farkına varılan bu durum görmezlikten gelinseydi, seçilecek yeni yönetim kurulu ve diğer kurullar yasa önünde geçersiz sayılabilecekler ve Ankara Tabip Odası, aylar ve belki de yıllarca, mahkeme sonucu belirlenene kadar, normal işlevini yapamayacaktı.

Hatırlarda olduğu gibi, 1 Şubat 1977'de yayımlanan Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni'nin ön kapağının iç sayfasında toplantının yeri ve tarihi yayımlanmıştı. Yine aynı dergi içine toplantının yerini belirten ve tarihini yazan bir kroki de konmuştu. Posta yoluyla üye adreslerine gönderdiğimiz çağrılarımızın çoğunun yerine ulaşmadığını, çünkü bir çok üyemizin adres ve işyeri değişikliklerini zamanında Odaya bildirmediğini bildiğimiz için söz konusu toplantıyı ayrıca dergi yoluyla duyurmayı uygun görmüştük. Ayrıca Genel Kurul Toplantısı'ndan bir gün önce çok satışlı bir İstanbul gazetesinde, hiç bir yasal zorunluluğumuz olmadığı halde açık bir çağrı da yayımlanmıştı.

Ankara Tabip Odası üyelerinin çok büyük bir kısmı ilerici düşünceli, kişisel dar çıkarlarını, genel toplum çıkarlarından daha değerli görmeyen aydınlardır. Şu andaki Oda yöneticileri de, iki yıl önceki seçimlerde işte bu düşüncedeki kitlenin oylarıyla yönetime gelmişlerdi. Buna karşın, Uzman Hekimler Derneği adı altında örgütlenen, geniş hekim kitlesi içinde çalışma yerine, kapılar ardında ve kendi içlerinde çalışmayı yeğleyen, tüzüğü ve üyeleri Odamızca henüz bilinmeyen bir grup





hekim, Dr. Zafer Paykoç (Başkan) ve Dr. Neşet Gökök (Sekreter) imzalı bir mektup yazarak Odamızı, Genel Kurul Toplantısını yeterince duyurmadığımızı iddia ederek suçladı. Bahsettiğimiz, iki gazete ve derгимizdeki duyuru ilânları, bu iddiaların ne denli geçerli ve iyi niyetli olduğunu açıkça göstermektedir.

Görünen odur ki; tabip odalarındaki hızlı ve iyiye giden nitelik değişimi, halkımızın sağlık sorunlarına ve üyelerimizin ekonomik, demokratik ve mesleki sorunlarına çözüm getirmeye yönelik çalışmalarımız, kafaca genç emekçi hekimler arasındaki dayanışma bazı çevreleri rahatsız etmektedir. Gelişen bu harekete bir seçenek olamayacaklarını çok iyi bilenler, Oda çalışmalarını ve genel kurulları örneğini verdiğimiz bazı yöntemlerle engellemeye çalışmaktadırlar. Şunu hemen belirtmemiz gerekir ki, böyle bir yaklaşımla da olsa, Ankara Tabip Odası'na ve çalışmalarına gösterilen ilgi bizi sevindirmiştir.

Ertelenen 1977 Mart Olağan Genel Kurul Toplantımız, 9 Nisan 1977 Cumartesi günü saat 10.00'da, Makine Mühendisleri Odası Konferans Salonunda yapılacaktır. Siz sayın üyemizi, bu toplantıya mutlaka katılmaya çağırıyoruz.

Saygılarımızla

## Askeri Hekimlerin Sorunları

Halen askeri hastanelerde 700'ü aşkın hekim çalışmaktadır. Milyonlarca emekli, dul, yetim, malül, gazi, şehit eşleri, askeri sivil personel, subay ve astsubay, uzman çavuşların sağlık sorunları bu arkadaşlarımızın omuzlarındadır. Ancak bu kadar çok talebi karşılayan askeri hekimlerimizin, yıllardan beri çözüm bekleyen pek çok sorunları bulunmaktadır.

Bir kere askeri hekimler, hekimlik mesleği içinde ekonomik yönden «en mağdur» durumdadırlar. Aldıkları subay maaşının yanı sıra, çok az bir miktarda asistanlık tazminatı almaktadırlar. Öte yandan askeri hekimler, muharip subayların sahip olduğu haklara bile sahip değildirlir.

Odalarımıza çeşitli zamanlarda başvuran askeri hekimlerin, çalışma koşullarının düzeltilmesi yolundaki başlıca istekleri şöyle sıralanabilir :

- İki yıl kıdem verilmesi,

- Gülhanede staj yapan hekimlere ayrıca bir yıl kıdem verilmesi,
- Uzmanlığımı tamamlamışlara, uzmanlık süresi kadar kıdem verilmesi,
- Mesai saatlerinin 8 saatlik iş gününe göre düzenlenmesi,
- Yeterince, mesleki tazminatların verilmesi,
- Terfilerin, fakülteden mezun oldukları güne göre düzenlenmesi,
- Tazminatın ödenmesi koşuluyla, istifa hakkının sağlanması,
- Kıtalarda pratisyen olarak üç yıl, başasistanlıkta yine üç yıl çalışma olanağının sağlanması,

Zorunlu hizmetin 10 yıl'a indirilmesi sorununda bu dalda çalışan meslektaşlarımızın, TBMM nezdinde yaptıkları çalışmalara, omuz veren ve bu yolda mesai harcayan odalarımız, yurtdaki isteklerin gerçekleşmesi yolunda uğraşı vermeyi görev kabul etmektedir.

## 12 Mart Lanetlendi

«Ekonomik gelişmenin, Sosyal uyanışın gerisinde kaldığı» veya «Sosyal uyanışın, Ekonomik gelişmenin ilerisine gittiği» nedeniyle verildiği, verenlerden birinin ağzıyla itiraf olunan 12 Mart Muhtırasının veriliş kara yıldönümü dolayısıyla Ankara Tabip Odası, Ankara Kadınlar Derneği, Çağdaş Hukukçular Derneği, Devrimci Gençlik Dernekleri Federasyonu, Halkevleri, İlerici Gençler Derneği, İlerici Kadınlar Derneği, Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, TÖB - DER, TUMAS, TUM - DER, TUS - DER ve TUED Başkanları, düzenledikleri ortak bir basın toplantısında, bu konu ile ilgili görüşlerini şöyle ifade ettiler :

«Emperyalizmle bütünleşmiş egemen güçler, artan bunalımlarını gidermek, yükselen sosyal muhalefeti bastırmak üzere 6 yıl önce bugün, 12 Mart faşizmini tezgâhladılar. Bilindiği gibi faşizm en genel anlamıyla, tekeli sermayenin en syoguncu, en şöven, en kan dökücü kanadının açık diktatörlüğüdür. Elbetteki bu olgu yani faşizm, her ülkenin ulusal özelliklerine göre biçimlenir. 12 Mart muhtırası ile ülkemizde de bu olgu gerçekleştirilme yoluna gidilmiş, ancak demokratik güçlerin etkin direnci ile geriletmiştir.

Hatırlanacağı gibi bu süreç içinde, binlerce yurtsever tutuklanmış, en canice işkencelere uğratılmış, 100'e ya-



kin devrimci katledilmiştir. Halkoyu ile kabul edilen 1961 Anayasası halka danışılmadan geriye doğru değişikliklere uğratılmıştır. Bu dönemde sürekli grev yasaklamaları ile, faşizmin asıl hedefinin işçi sınıfı olduğu kamlanmıştır.

Memurların sendikal haklarının ortadan kaldırılması, siyasi parti ve kitle örgütlerinin kapatılması, düşünce ve yayın özgürlüklerinin darbelenmesi, yaygın kitap toplatma, yasaklama ve yok edilmesi işlemlerinin yoğunlaştırılması, bu dönemin en belirgin uygulamalarıdır.

Bu gün de 12 Mart benzeri faşist baskı, terör ve uygulamalar sürmektedir. Siyasal cinayetler, işkenceler, yayın yasakları, demokratik kitle örgütleri üzerindeki baskılar yaşadığımız günlerin somut gerçeklerindedir. Eğitimin fa-

## Sağlık Haftası

7 - 14 Mart tarihleri arasında İzmir'de, 14 - 21 Mart tarihleri arasında İstanbul'da Ankara, İzmir ve İstanbul Tabip Odalarının düzenlediği sağlık haftası boyunca sağlık personelinin öz-lük sorunları ile ülkemizin sağlık sorunları düzenlenen panel, konferans, açık oturum ve sohbet toplantılarıyla etraflıca tartışıldı.

Sağlık haftası boyunca yapılan toplantılarda işlenen başlıca konular başlık olarak şunlardı :

- Genel Sağlık Sigortası
- Dünya'da ve Türkiye'de Toplum Sağlığı
- Sağlık Alanında İnsan Gücü Yetiştirilmede Hekim Eğitimi
- Nüfus Planlaması
- Dünyada ve Türkiye'de Tabip Odaları
- Dış Hekimliği Mezuniyet Öncesi Eğitimi
- Hekimlikte Sürekli Eğitim
- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği / Meslek Hastalıkları

şistleştirilmesi, devlet dairelerine faşistlerin yerleştirilmesi, öğrenci - öğretmen - memur - teknik eleman kıyımının yoğunlaştırılması günümüzün özelliklerindedir. Tüm olgular göstermektedir ki, egemen güçler yeni 12 Mart'lar peşindedir. Daha açık deyişle açık faşist diktatörlük peşindedirler.

Ancak, egemen güçlerin faşist baskılarına karşı, başta, işçi sınıfı olmak üzere tüm emekçi halkımız kararlı mücadelesini sürdürmektedir. DGM olayında da görüldüğü gibi devrimci, demokratik güçlerin dayanışması ve ortak mücadelesi, kuruluşları faşizme ve bu günkü faşist baskılara karşı saf tutmaya çağırıyor ve tüm ülkelerde ve ülkemizde faşizme karşı mücadelede hayatlarını yitiren devrimcileri saygıyla anıyoruz.

- Askeri Hekimlerin Sorunları
- Türkiye'de Uzmanlık Eğitimi
- Dış Hekimlerinin Eğitim Dışı Sorunları
- SSK'nın Hizmetleri
- Gebe Beslenmesi
- Plansız Kentleşmenin Getirdiği Sağlık Sorunları
- Sporcu Sağlığı
- Ebe Okulu
- Beslenme
- Kişilik Gelişimi ve Ruh Sağlığı
- Ulusal Sağlık Politikası
- İlaç Sorunu
- Can Güvenliği ve İşkence

İlk olarak Ankara ve İzmir Tabip Odalarının önerileriyle Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nun da katılımıyla geçtiğimiz yıl Ankara ve İzmir'de yapılan Sağlık Haftası bu yıl hem İstanbul Tabip Odası'nın katılımıyla, hem de yukarıdaki konulara geçtiğimiz yıl boyu özellikle dergimiz aracılığıyla getirilen açıklık nedeniyle daha nitelikli ve verimli oldu.

## İzmir Tabip Odası Başkanı : Komando Saldırılarına Karşı, Doktorların Can Güvenliklerinin Sağlanması İçin Cumhurbaşkanı Başvurdu

Geçtiğimiz günlerde İzmir Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Veli Lök, Cumhurbaşkanı Fahri Korutürk, Başbakan Süleyman Demirel, İçişleri Bakanı Oğuzhan Asiltürk, SSBYB Kemal Demir, TBMM Başkanlığı, Cumhuriyet Senatosu Başkanlığı ve ayrıca İzmir Valiliğine çektiği telgraflarda komandoların kentteki hastanelerde görev yapan doktorlara baskı yaptıklarını bu nedenle can güvenliğinin kalmadığını bildirerek özgürlükçü demokrasi içinde gerekli önlemlerin alınmasını istemiştir.

İzmir Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Veli Lök'ün çektiği telgraf aynen şöyledir :

«Mart ayı içinde İzmir'deki hastanelere ard arda yapılan saldırılar sonucu, hekimlerimiz can güvensizliği nedeniyle görevlerini yapamayacak durumda bırakılmışlardır.

1 Mart 1977 günü Tepecik Sosyal

Sigortalar Kurumu Hastanesini ülkücü komando adı verilen bir grubun işgal ettikleri ve çalışan personele sözlü saldırıda buldukları esefle görülmüştür.

22 Mart 1977 gecesi ise Bornova - Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine yine adı geçen grubun silâhlı saldırısı ve bunu izleyen 23 Mart günü hastane bahçesini işgal ettikleri, hekim ve hastalara sataşmalar olduğu gözlenmiştir.

24 Mart 1977'de Buca Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi yine grubun işgal ve saldırısına maruz kalmıştır.

Bu olaylar süresinde maalesef polisin etkin olamadığı hekim ve hastaların can güvensizliği içinde kaldığı dehşet ile görülmüştür.

Bu durumu İzmir Tabip Odası olarak kınıyor, özgürlükçü demokrasi içinde can güvenliği ortamının sağlanması açısından durumu bilgilerinize sunuyoruz.»

## Hava Kirliliğine Son Kongresi

19 - 20 Mart tarihlerinde Ankara'da, Makina Mühendisleri Odası Konferans salonunda TÜTED, İKD ve Kim. yagerler Derneği'nin birlikte düzenlediği «Hava Kirliliğine Son» Kongresi yapıldı.

Ankara Tabip Odasının da katıldığı kongre boyunca özelde Ankara ve genelde çarpık sanayileşme ve kentleşme sonucu artık, hemen hemen tüm kentlerimizde başlıbaşına bir sorun haline gelmekte olan, hava kirliliği sorunu



enine boyuna tartışıldı.

Kongreyi düzenleyen kuruluşların Ankara Halkına yapmış olduğu çağrı aynen şöyledir :

Hepimizin, hergün işe giderken, duraklarda otobüs ve dolmuş beklerken, evimizi havalandırmak için pencereyi açarken, yanılıp da balkona ça-

### ANKARA'DA YAŞAMA HAKKI İSTİYORUZ

Bir takım çıkar gruplarının kâr hesapları uğruna solumak zorunda bırakıldığımız kentimiz havasındaki kirlenici çokluğu, onbinlerce insanın ani olarak ölümüne neden olan YOĞUN HAVA KİRLİLENMESİ için gerekli sınırları çoktan aşmıştır. Durgun hava koşullarının yeterli sürece uzaması ile Ankara halkının kitleler halinde ölümü her an görülebilir. Hava kirliliğinin ölümcül etkisinin yanında, her geçen

### YÖNETİCİLER UYUYOR MU?

Bugüne dek yapılan çeşitli girişimlerle, ilgililere, sorunun yaşamsal önemi konusunda bir çok uyarılarda bulunulmuştur. Fakat hiç bir yetkili merci bu uyarılara kulak asmamakta-

### BOZUK DÜZEN NEFES ALDIRMIYOR

Ankara halkı şu gerçeği iyi bilmelidir. Ülkemizde hava kirlenmesine karşı, yetkili mercilerce hiç bir ciddi ve köklü çalışma yapılmamıştır ve yapılmamaktadır. Yapılan tek şey, her gün somut olarak hissettiğimiz kentimizin bu pis havasını bilimsel dayanaklardan yoksun ölçümlerle saptamaktır. Ayrıca, dağlara vantilatör ve kentin üzerine borular yerleştirme, arazileri siyaha boyama, ev bacalarına litre takma gibi soruna gerçekçilikten uzak, özünde halkın gözünü boyama amacını güden önerilerle yaklaşmaktadırlar. Bütün bu öneriler-

maşır asarken, çarşı pazar dolaşırken, kısacası yaşantımızın her anında, somut olarak önce ağzımızda, sonra boğazımızda, giderek siğirlerimizde hissettiğimiz «HAVA KİRLİLİĞİ» her geçen gün tüm canlıların yaşamlarını ölümlü tehdit etmektedir.

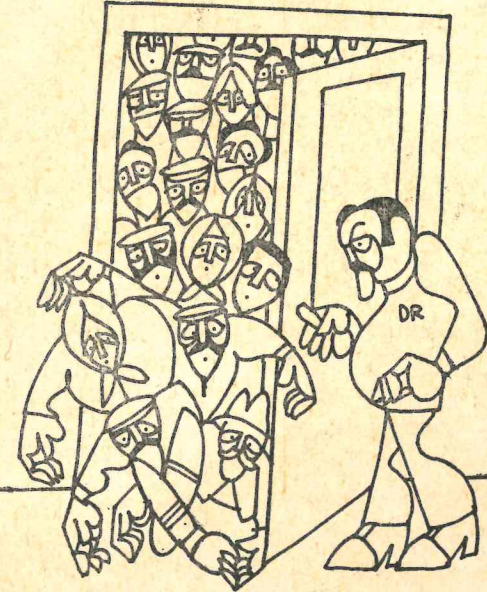
gün sağlığımızın biraz daha kaybolmasına neden olan UZUN SÜRELİ ZEHİRLEME etkisi de vardır. Sürekli öksürükler, sık sık görülen çocuk düşürmeler, gereksiz sinirlenmeler, bitkinlikler, halsizlikler, boğazlarımızdaki yanmalar, bebelerimizin körpecik ciğerlerinden çıkan hırıltılar hava kirliliğinin hep bu etkisi yüzünden oluşmaktadır.

dır. Bu ilgisizliğin nedeni, yetkili mercileri elinde bulunduran egemen güçlerin kâr hesapları uğruna, insan sağlığının bir kenara itilmesinden kaynaklanmaktadır.

de, önce havanın kirlenmesine izin verilip, daha sonra da kirlenen havayı temizleme yoluna gidilmektedir. Nedenise özünde halkımıza çok daha ucuza mal olan, havayı pisletmeden önce kirliliği önleme yolu hep göz ardı edilmektedir. İnsanı önce hastalandırıp, sonra tedavi etme yoluna giden sağlık politikasında da aynı yaklaşım görülmektedir. Soruna, halkın çıkarına uygun önerilerle yaklaşmak sistemin gereği yapılmamaktadır.

Yapılacak kongrenin sonuçlarının yetkili mercilerce kabulü, Ankara halkının etkin bir baskı gurubu oluşturarak, soruna sahip çıkması ile olanaklıdır.

ANAYASA-MADDE 49:  
DEVLET HERKESİN BEDEN VE RUH.  
SAĞLIĞI İÇİNDE YAŞAYABİLMESİNİ  
VE TIBBİ BAKIM GÖRMESİNİ SAĞ-  
LAMAKLA ÖDEVLİDİR.



NE