

IV. Beş Yıllık Plan Taslağı

Konusunda Türk Tabipleri Birliğı

Merkez Konseyi'nin Görüşleri

1 — Türkiye; sosyo-ekonomik yapısıyla dışa bağımlı az gelişmiş bir ülke kapitalizminin tüm özelliklerini taşımaktadır. Sağlık da; bu yapının bir yansıması ve ürünüdür. Onun içinde sağlık alanında yapılması gereken işler; hem bu yapıyı değiştirmeye yönelik özellikler taşımalı, hem de değişmekte olan ülkenin niteliklerini dikkate almalıdır.

Kuşkusuz; sağlık alanında yapılabilecek olanlar bu yapıyla sınırlı olacaktır. Ancak sağlığın çağdaş tanımı dikkate alındığında yapılması gerekli önemli işler bulunduğu da uzak tutulmamalıdır.

2 — Sağlığın çağdaş tanımı: Yalnız hastalık olmama değil, tüm öğeleriyle bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumudur. Bu tanım; insan sağlığının, insanın içinde bulunduğu çevreyle fiziksel, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bağlarını ortaya koymaktadır. Onun için de beslenme ve besin maddeleri, konut ve barınma sorunları, içinde yaşadığımız çevrenin insanı etkileyen her faktörü sağlık kavramı içinde düşünülmeli, sağlıkla ilgili önlemler bütünleştirilmelidir. Ayrıca; devletin insan sağlığındaki sorumluluk ve görevleri açıkça, ilke olarak belirtilmelidir.

3 — 4. Beş Yıllık Kalkınma Plan taslağının 23. sayfasında açıklanan nüfus artış hızı % 2.52 ile % 2.39 arasında değişmektedir. Toplam nüfusun % 40.1'i 0-14 yaş dilimi arasındadır. Bu durum sağlık sorunları içinde ana-çocuk sağlığının önemini belirtmektedir. Bebek ölüm oranı her bin canlı doğan çocuğun 158'dir. Ve çok yüksektir. Bu oran binde 130'a düşmüş olsa da gene çok yüksektir. Gene biliyoruz ki bebek ölümlerinin bu ölçüde yüksek oluşunun temel nedenlerinin başında hayvansal proteinli besinlerden yoksun beslenme gelmektedir. Bu durum beslenme sorununda devletin görevini gündeme getirmektedir.

Nüfus olayların da sosyolojik değişimin etkisi, büyük kırsal kesim ailesinin kentlerdeki çekirdek aileye dönüşümüyle artık ailelerin çok sayıda çocuk istememesiyle sonuçlanmaktadır. Burada çocuk düşürme sorununa dikkati çekiyoruz. Bilim dışı, çağdışı yönetimlerle çocuk düşürme sorununu çözümlenebilmek için devlet; bu soruna eğilmeli, kürtajda sosyal endikasyonun kabul edilmesi devlet görevi olmalıdır.

Ana-çocuk sağlığı hizmetinin bir bütün olarak ele alınmasıyla aşağıdaki hedefler gerçekleştirilmelidir :

- Çocuklara ücretsiz süt ve besin maddesi sağlanması,
- Herkese ve her yere ana-çocuk sağlığı hizmetinin ulaşması,
- Okul sağlığı hizmetinin gerçek anlamıyla kurulması,
- Çocuklar için kreş, evde çocuk bakımında teknik ve tıbbî yardım sağlanması .

Tüm bu hedefler devlet eliyle gerçekleştirilmelidir.

4 — İnsan sağlığının bir tamamlayıcısı olarak sosyal güvenlik sorunlarına bir ölçüde değinmek gerekir.

Tüm sigortalılar sayısı 4.4 milyondur ve bu oran faal nüfusun % 18.6'sıdır.

İlke olarak birincil sosyal güvenliğin tüm nüfusa yaygınlaştırılması öncelikle hedeftir. Bu hedefe ulaşmak için de sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi ve dikey gelişmelere yer verilmemesi gerekir. Oysa; İYAK ve MEYAK tasarılarıyla bu ilkeye ters girişimler yapılmakta, yatay gelişme yerine dikey gelişme yolu seçilmektedir. Plan taslağında bu yanlışlığı önleyecek bir açıklık yoktur.

Ayrıca, mevcut emeklilik haklarında da büyük eksiklikler vardır. Yan ödemelerin, çeşitli ödeneklerin emeklilik haklarına yansımamasını, emek gelirini açıkça azaltmaktadır. Konut kredi politikaları, toplu konut yapımına ve alt gelir gruplarına yönelmelidir.

Kaynaklar verimsizce harcanmakta, sosyal güvenlik fonlarıyla KİT'lerin açıkları kapatılmaktadır. Fonların amaçlarına uygun kullanılması gereklidir.

5 — SAĞLIK HİZMETİNİN BUGÜNÜ

Sağlık hizmetinin bugünü tahlil edilirken özellikle araştırma ve inceleme fonksiyonun hiç olmayışı üzerinde dikkatle durulmalıdır. Bugün ne Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda ne de sağlık hizmeti veren diğer Bakanlıklarda modern anlamda, merkezî plan yapımına yardımcı olacak tekniğine uygun araştırma çalışmaları yoktur.

Hizmetlerde maliyet - fayda analizleri, etkenlik analizleri, işgücü ve verimliliği analizleri, yön eylem araştırmaları yapılmamaktadır. Bunlar olmadığı için de merkezî planlama; hizmetin plana uygun dinamik desteğinden yoksundur. Hizmet veren kurumlarda plan anlayışı biçimci ve statiktir.

Bakanlık çalışmaları araştırmaz, koordinasyonsuz ve modern yönetim tekniklerinden yoksun yürütülmektedir. Bu önemli eksiklik tamamlanmadan uygun bir merkezî planlama yapılması çok güç, hatta mümkün değildir.

5.1 Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme

Sağlık hizmetlerinde örgütlenmenin ülkemiz için en iyi modeli «sosyalizasyon modeli»dir. Türkiye'yi belirli nüfus gruplarına göre sağlık hizmetine kavuşturmak için sağlık evleri - sağlık ocakları - hastaneler - ileri tıp merkezleri biçiminde örgütlemek, pratisyen hekime dayalı yaygın bir ilk basamak hizmeti vermek doğru yöntemdir.

Ancak bugün, 46 ile yayılabilmiş olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi objektif bir değerlendirmeye ve analize tabi tutulmamıştır. Sosyalleştirme modeli, uygulandığı yerlerde neden daha etkin olamamış, neden sağlık sorunlarını çözememiştir?

5.1.1 Bunun başlıca nedenlerinden birincisi; Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini sadece bir yere sağlık ocağı yapmak, oraya bir hekim ve sağlık ekibi göndermek olduğunun sanılması gelir. Oysa, beslenmeden çevre sağlığına, konuttan ilaca kadar sağlığın tüm kapsamının «sosyalleştirme» anlayışı içinde çözümlenmesi gerekirdi. Bu yapılmamıştır.

5.1.2 Hizmette finansman yetersizliği giderilmemiş, bütçenin % 2-3'üyle sağlık hizmeti veriliyor gösterilmiştir.

5.1.3 % 66'sı uzman olan ülkemiz hekimlerinin bu yapısıyla, pratisyen hekime dayalı bir hizmet modeli gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Modelin gerektirdiği pratisyen hekimin sayısı ve niteliği gerçekleştirilmelidir.

Bu ve başka nedenlerle de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, istenen etkinliğe ulaşamamıştır.

5.2 Sağlık Alanında İnsangücü :

İnsangücü alanında plan taslağında önemli yanlışlar ve eksikler bulunmaktadır. Dökümanın sağlık insangücü gereksinmesi 1983 yılında şu rakamları vermektedir :

	<u>Arz</u>		<u>Gereksinim</u>
Doktor	30.525	.....	35.500
Diş tabibi	8.760	.....	9.220
Hemşire	27.500	.....	55.750
Sağlık Tek .....	—	.....	13.350
Ebe .....	—	.....	13.600

1983 yılında nüfus yaklaşık 48 milyonu bulacaktır. Hekim gereksinmesinin 35 bin değil, 48 bin olması gerekir. Çünkü Dünya Sağlık

Örgütü (WHO) bizim düzeyimizdeki ülkeler için tavsiye ettiği norm 1000 kişiye bir hekimdir. Ayrıca; bu sayının; sağlıklı saptanması için sağlık hizmetlerinde iş analizlerine, fayda-maliyet-verimlilik analizlerine, çalışma standartlarına, işgücü verimliliği analizlerine dayanması gerekir. Ulusal araştırma yapılmadan merkezî planlama yapılmakta ulusal normlar da kullanılamamaktadır.

Hekimin sayısal verileri de planlama için yeterli değildir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli pratisyen hekime dayalı bir sistem olduğu için bugünkü % 66 uzman oranı yerine % 60'ın üstünde pratisyen hekim yetişmesini amaçlayan bir eğitim sistemi - istihdam sistemi gereklidir. Ayrıca iş hekimliği, okul hekimliği gibi özel çalışma yönelimi de dikkate alınmalıdır.

5.3 Sosyal Fizik Hedefler :

Bu bölümde hasta yatak sayısına yapılanlara ek olarak 15.355 yatak hedefi de yetersizdir. Öncelikle gene DSÖ'nün (WHO) tavsiye ettiği 10.000'de 30 yatak normuna ulaşmak, sonra da 10.000'de 50'yi sağlamak gereklidir.

5.4 Finansman :

Sağlık hizmetlerinin tümüyle, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi projesinin de özellikle gelişmemesinin önemli bir nedeni finansman yetersizliğidir. Gene bütçenin % 2.3'ü oranında bütçe paylarıyla sağlık hizmeti verilmesi mümkün olmadığından ek ödeme sistemlerine kayılmış ve dönersermaye uygulaması yaygınlaştırılmıştır. Döner sermaye uygulamaları gerek Sağlık Bakanlığı'na gerekse Tıp Fakültelerine bağlı kamusal sağlık tesislerini bir tür özel hastane statüsüne sokmuştur. Bu durum, halkı kamusal sağlık hizmetine yabancılaştırmış ve halkın başvurusunu engellemiştir.

Şimdi bu sıkıntıyı gidermenin yolları da genel bütçeden sağlık bütçesi payını arttırmak, ya bugünkü döner sermaye sistemini sürdürmek ya da Sosyal Sigortalar Kurumu'nda uygulanan sağlık sigortası modelini tüm yurdu genişleterek ek finansman sistemi getirmektir.

Türk Tabipleri Birliği; finansman kaynağı olarak sadece genel bütçenin kullanılmasını, gerek döner sermaye, gerekse sağlık sigortası sisteminin yanlış ve haksız bir uygulama olacağını, genel bütçeden sağlığa ayrılan payın en az % 15'e çıkarılmasının gerekli olduğunu açıklamaktadır. Nedenlerine gelince:

5.4.1 Döner Sermaye Sistemi; finansman kaynağı yetersizliğine karşı halkın hizmete katkısı olarak düşünülmüştür ve böyle uygulan-

maktadır. Sağlık hizmetine başvuran kişilerden döner sermaye için ücret alınması; ölçüleri belirli olmadığı için adaletsiz bir gelir kaynağı olmaktadır. Kamu hastaneleri bu sistemle bir tür özel hastane niteliği kazanmıştır. Bu durumda; ücret veremeyecek hastalardan belge istenmekte, ya da para verebilecek düzeydeki kişiler yerine bu düzeyin altındakilerden ücret istenmektedir. Bu sistem, ayrıca, ücret ödemeyecek durumdaki hastaların başvurmasını engellemektedir.

Bu nedenle döner sermaye sistemi terkedilmelidir.

5.4.2 Sağlık Sigortası Sistemi; sağlık sigortası, sağlık sorunları çözümünün bireylerin ekonomik gücüne bırakıldığı kapitalist yapıda özgüdür. Koruyucu sağlık hizmetine yönelmeyen, primli bir muayene ve tedavi sistemidir. Böylece bireyin sağlıklı iken ödediği prim karşılığında hastalığında bakımı söz konusudur. Bunun özü her türlü sigortacılıkta olduğu gibi piyasa kurallarına bağlı kapitalist sistemden kaynaklanmaktadır.

Aslında, sağlığın, kişilerin ekonomik gücüne bırakıldığı kapitalist ekonomilerde, bu ücretin bireylere yıkım olmaması için kurulmuş bir sistemdir. Burada sağlık hizmeti özel ellerde olduğu için ücretle verilmekte, sağlık sigortası bu ücreti belirli bir prim alma karşılığında ödeyerek kişiye ekonomik destek olmaktadır.

Ülkemizde de, işçilerin sosyal güvenlik sistemi batının liberal sistemleri örnek alınarak kurulurken, hastalık sigortası da bu sistemin bir parçası olarak uygulanmıştır. Hastalık sigortası primleri üç amaçla kullanılmaktadır: Kişinin hastalandığı süreye ilişkin gelir kaybını karşılayan geçici işgöremezlik ödeneği, kişinin tedavi giderleri (ilaç dahil), kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavi giderleri.

Burada hastaların tedavi giderleri devletin güvencesi altında olduğu halde, hastalık primleri sigortalılardan ayrıca alınmış ve Sosyal Sigortalara özel bir sağlık hizmeti kurulmuştur.

Şimdi bu sistemin tüm yurda yaygınlaştırılmasının sakıncaları nelerdir?

5.4.2.1 Devletin görevi olan hizmetler için; genel vergi alınmakta, bu vergilerden genel bütçe oluşmaktadır. Devlet görevleri için oluşan genel bütçeden hizmetlere gereken payın ayrılması gerekir. Bu payı ayırmamak, eksiği gidermek için vatandaştan yeniden ek gelir istemek ilke olarak yanlıştır.

Ek gelir; ancak ayrı ve ek hizmetler söz konusu olduğu zaman düşünülür. Oysa, sağlık sigortasında ek hizmet değil, devletin asıl görevi verilecektir.

Bu bakımdan sigorta primiyle sağlık hizmeti vermek ilke olarak yanlıştır. Herhalde sigortalılar da devletin sağlık hizmetinden yarar-

landıkları zaman neden prim ödediklerinin yaptığını bulamayacaklardır.

5.4.2.2 Gelir Dağılımına Etkisi; Devlet Planlama Teşkilâtı tarafından hazırlanan dökümanın gelir dağılım tablosu şöyledir:

	Hane Halkı Oranı	Toplam Gelire Oranı
Çiftçiler	44.0	41.2
Büyük tüccar, sanayici vb...	0.8	5.5
Ticaret erbabı	1.1	5.2
Düz işçi	12.4	7.3
Memur	11.5	12.7
Esnaf-sanatkâr	15.8	14.9
Diğer	14.4	13.2
	100.0	100.0

Görüldüğü gibi gelir dağılımı adaletsizdir. Sağlık sigortası sistemi bu adaletsizliği daha da arttıracaktır. Sayıları az olan yüksek gelir dilimleri (büyük tüccar, sanayici ve ticaret erbabı) genel katkıya oranla daha az katkıda bulunacaklar, buna karşın asıl yük işçiler, memurlar, esnaf ve san'atkârlar üzerinde kalacaktır. Bu gruplar ise (işçi, memur, esnaf ve san'atkârlar) esasen millî gelirden daha az pay almaktadır. Böylece gelir dağılımı daha da adaletsiz duruma gelecektir.

Bu nedenle de sağlık sigortası sistemi yanlıştır.

5.4.2.3 Sağlık primini ödeyen kesimlerin sağlık hizmetini eşitlikle alması uzun yıllar için olanaklı olmayacaktır. Bu da yeni bir adaletsizliği getirecektir.

5.4.2.4 Sağlık sigortası fonlarının siyasal iktidarlar tarafından diğer sosyal güvenlik fonları gibi yanlış yerlerde kullanılmayacağına güvenilmeyecektir.

5.4.2.5 Tarım kesiminin durumu sigorta açısından daha da ilginçtir. Henüz Tarım-İş Yasası çıkmamıştır. Tarım kesiminde kimin işçi olduğu, kimin kendi hesabına çalışan sayılacağı, gelir bazları belli değildir.

Böyle bir yapı, sigortalılık açısından ciddi güçlükler taşımaktadır. Oysa, bu kesim gerek sayı, gerekse gelir bakımından önemlidir. Bu durum çözümlenmeden sağlık sigortası nasıl uygulanacaktır?

5.4.2.6 Sigorta primi ödemeyecek gelir grupları için devlet prim ödeyecektir. Bu durumda da genel bütçe desteği zorunlu olacaktır. Bu destek için yeni bir yasaya gerek yoktur. Öncelikle genel bütçe-

den bu destek sağlanmalı, sağlık hizmetleri büyük finansman eksikliğinden bir oranda hemen kurtarılmalıdır.

5.4.2.7 Sağlık sigortasıyla birlikte ücretsiz ilaç verileceği açıklanmaktadır. İlaç sanayiinin bugünkü yapısıyla ücretsiz ilaç verilmesi, bu yapı bozukluğunu daha da arttıracak, ilaç sanayii ve ticaretinin kârlarını arttıracaktır. Bu da dolaylı yoldan emekçi sınıflara yüklenen yeni bir yük olacaktır.

Devlet sağlık hizmetini nasıl kendi kuruluşlarıyla veriyorsa, ilacı da kendi kuruluşlarında üretip dağıttıktan sonra ücretsiz vermelidir. Aksi takdirde, sağlık sigortası ilan sanayii ve ticaretine yeni kârlar aktaran bir araç olacaktır.

5.4.3 Genel Bütçe Sistemi: Bu nedenledir ki, sağlık hizmetinin finansman yönteminde tek doğru ilke genel bütçeden finanse edilmesidir. Genel bütçenin Anayasa'nın 49. maddesi yükümlülüğüne uygun olarak en az % 15'inin sağlığa ayrılması gerekir. Sağlık hizmetinin finansmanı için doğru yol budur.

6 — Önlemler ve Öneriler :

Devlet Planlama Teşkilâtı dökümanınının 101. sayfasında hedefler belirtilmiştir.

Ancak bu hedeflerde sağlığın çağdaş ilkesine uygun kapsam, devletin sorumluluk ve yükümlülüğüne uygun ilkeleri bulmak mümkün değildir. Kullanılan ifadeler karmaşık ve belirsizdir; devletin fonksiyonu denetleyici, özendirici, yönlendirici olarak tanımlamaktadır.

Oysa, bu alanda devletin yapıcı, üretici, yaptırımcı olması gereklidir. Çevre sağlığı, beslenme, ilaç gibi konularda kesin hüküm koyucu, üretici ve dağıtıcı işler devlete düşmektedir. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği konusu tüm koruyucu uzmanlıkları da kapsayarak (Okul Sağlığı, Spor Sağlığı gibi) devletin etkin görevlerinden olmalıdır.

Örgütlenme ve hizmet alanlarıyla ilgili hedefler çok karışıktır.

Bu bakımdan dökümanın hedefler bölümü bir dilekler demetine benzemektedir.

Biz önlemlerimizi hedefler bölümü için şöyle belirtiyoruz :

6.1 Sağlığın Tanımı :

Sağlık; insanın ana rahmine düştüğü andan ölümüne kadar süren yaşamı boyunca bedensel, ruhsal ve toplumsal tam iyilik durumudur.

Bu bakımdan insan sağlığını etkileyen, insanı tam iyilik durumundan uzaklaştıran her etkenin bir sağlığı bozucu öge olarak kabulü

gerekir. Bu tanımın gereklerinin, 4. Beş Yıllık Kalkınma Planının ilgili her bölümüne yansması sağlanmalıdır. Bu anlamıyla «sağlık»; planın ilgili her bölümünde özünü koruyan içeriğiyle yer almalıdır. Okul ve eğitim bölümünde, gençlik bölümünde, köy çalışma yaşamı bölümünde gerekli yer verilmeli, plan bölümleri arasında entegrasyon bulunmalıdır.

6.2 Sağlık ve Ülkenin Yapısı :

Planlama ilkesinin başında hiç unutulmaması gereken öge; sağlığın ülkenin sosyo-ekonomik yapısının bir ürünü olduğudur. Bu, öylesine temel bir gerçektir ki, düşünülen hiç bir önlem, hazırlanan hiç bir program bu gerçeğin dışında kalmaz.

Anayasa'nın 49. maddesi «Sağlığın Devletin Ödevi» olduğunu belirlemiş, 53. maddesi ise bu ödevlerin sosyal ve ekonomik olanaklar ölçüsünde sağlanacağı kısıtlamasını getirmiştir. Devletin sosyal ve ekonomik olanaklarının da sosyo-ekonomik yapının içinde olduğu kuşkusuzdur.

Bu bakımdan alınacak önlemlerin iki niteliği bulunmalıdır: Birincisi; önlemlerin bu yapı içinde uygulanabilir olması; ikincisi, bu yapıyı toplum yararına değiştirici karakterde olmasıdır. Birinci koşula uymama, önlemleri soyut, idealist ve hayalci kılacak; ikinci koşula uymama ise önleme gerici bir biçim verecektir.

Sağlığın çağdaş tanımına göre; beslenmeden kültür değişmelerine kadar her konu sağlık alanı içine girmektedir. Plan stratejisine bu anlayışın girmesi gereklidir.

6.3 Planın ve Yönetimin Demokratikleşmesi :

Merkezî planlamanın sadece bir belge olarak kalmaması, uygulanması, verimli olması, büyük ölçüde planın ve yönetimin demokratikleştirilmesine bağlıdır.

Merkezî planı tehdit eden iki fonksiyonel tehlike vardır: Birincisi; devlet yönetiminin gerçek bir planlama disiplinine sahip olmaması, ikincisi, gerek planın, gerekse yönetimin bürokratik karakterinin değişmemesi.

Bu bakımdan en kısa zamanda hem plan, hem de yönetim demokratikleştirilmelidir. Siyasal iktidarın planlama ve yönetme işlevlerine çalışanlar, onların demokratik kuruluş temsilcileri katılmalıdır. Böyle olmadığı içindir ki, toplumdaki yeni çözümlerin hazırlanması ve uygulamalarına kitleler etkin biçimde katılamamış, somut hedeflere yönelmede katkıları olmamıştır. Bu bürokratik yönetim nedeniyle;

bugün de gerek Bakanlıklarda gerekse bölgelerde gerçek bir araştırma, inceleme, koordinasyon fonksiyonu yoktur. Maliyet-yararlılık, etkinlik, olabilirlik (fizibilite), verimlilik (rantabilite) ölçülerine dayalı hiç bir hizmet birimi yoktur. Bu kısır döngüyü kıracak faktör, yönetimin demokratikleştirilmesidir.

6.4 Devletin Ödev Anlayışı :

Bugün, devletin ödev anlayışında 1960'lar Türkiye'si de gerilerde kalmıştır. Toplumun haklara bakışı sürekli gelişmekte, bu alanlarda devlet ödevine sınırlar koyan anlayış geride kalmaktadır. Sosyal devlet ilkesi her bakımdan işlerlik kazanma zorunluluğuyla karşı karşıyadır.

Sağlığın her yönünde besin maddelerinden ilaca, koruyucu hizmetten huzur evlerine kadar her alanda devlet yapıcı, yaptırımıcı, üretici, dağıtıcı fonksiyonları üstlenmek durumundadır. 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda devletin ödevini tanımlayan **yönlendirici ve özendirici** olmak yeterli değildir.

Besin maddelerinde, ilaçta v.b. alanlarda devlet; hastane yaptığı gibi davranmalı, üretici, dağıtıcı görevler yapmalı; halkı, tüketiciyi korumalıdır.

6.5 Yönetimin Planlama İşlevi :

Merkezî bir planın yapılması, uygulanması, sonuçlarının değerlendirilmesi için yönetime planlama işlevi kazandırılmalıdır. Yönetim, bu açıdan denetlenmelidir. Bu denetim en doğru biçimde toplumdaki demokratik dinamikler tarafından yapılabilir. Yönetimi denetleyecek en yakın demokratik dinamik; çalışanlar ve onların demokratik kuruluşlarıdır.

Hizmetlerin verimlilik ölçümü, kadro kriter ve standartları, kadro niteliklerine uymayan atamalar, kadroların çeşitli nedenlerle şişirilmesi ve verimliliğin yitirilmesi, çalışanla çalışmayan arasındaki farka karşı bürokrasinin sağır-kör-dilsiz davranışı; ancak yönetimin demokratikleştirilmesiyle bir oranda önlenebilir. Yönetimin; planlama işlevine bakışı formaldır, statiktir, eksiktir. Bu yanlış düzeltilmelidir. Bürokrasiyi geleneksel kapalılığından, durgunluğundan kurtaracak etkin yollardan biri çalışanların toplu sözleşmeli, grev haklı sendikalaşmasıdır.

6.6 Sağlık Alanında Hedefler ve Finansman :

Sağlık alanında işlevsel çözümlere (fonksiyonel analiz) dayalı yeterli hedefler saptanmalı, eşit ve etkin uygulamalar sağlanmalı;

finansman kaynağı olarak da devlet bütçesi kullanılmalıdır. Daha önceki bölümde ayrıntılı açıklamalar yapılmıştır.

6.7 Hizmet Modeli :

Hizmet modeli sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesidir.

Koruyucu ve tedavi edici hizmetin birlikte verildiği ilk basamak hizmetinin tüm yurda yaygınlaştırılması öncelikli hedeftir.

Bunu tamamlayıcı anlam ve etkinlikte hastane ve yataklı tedavi hizmeti, uzman hekimlikle birlikte yürütülecektir.

İş hekimliği, okul hekimliği gibi koruyucu uzmanlık çalışmaları ve hizmete yeni örgütlenme biçimleriyle işlerlik kazandırılmalıdır.

Hizmetin devlet bütçesinden inanse edilmesiyle yükümlülük farkları kalkacağından (işçiler de sağlık hizmeti için sigorta primi vermeyeceklerdir) tek elden yönetim sağlanacaktır.

6.8 Hizmet ve Eğitim İşbirliği :

Bugün sağlık hizmetiyle, sağlık alanında insangücü eğitimi arasında organik ya da fonksiyonel hiçbir koordinasyon yoktur.

Bu nedenle de; ya hizmetin gerektirdiği eğitim verilememekte, ya da hizmete gerekli olmayan elemanlar yetiştirilmektedir.

Hizmetle eğitim arasında yakın bir koordinasyon ve fonksiyonel bir bağlantı temel koşuldur. Bu noktadan hareketle;

6.8.1 Ülke gerçeklerine uygun bilgi ve beceriye sahip pratisyen hekim yetiştirilmelidir.

6.8.2 Temel dallarda toplanan, sayısı daha az, eğitim düzeyi ortak standarda ulaşmış ve iyi yetişmiş uzman hekim eğitimi programlanmalıdır.

6.8.3 Özel uzmanlık alanları (iş hekimliği, okul hekimliği) eğitimi düzenlenmelidir.

6.8.4 Hekimle birlikte çalışacak diğer sağlık elemanları eğitimi de (asıl ve yardımcı elemanlar için) aynı amaçlarla yeniden düzenlenmelidir.

6.8.5 Yeniden Tıp Fakültesi kesinlikle açılmamalı, açılmış olan Tıp Fakültelerinin eğitimi denetlenerek uygun düzeyde eğitim vermeleri sağlanmalıdır. Bütün Tıp Fakültelerinde eğitimin standardizasyonu ve yeterliliği sağlanmalıdır.

6.8.6 Hekim ve diğer sağlık elemanlarının sayısal hedefleri saptanarak eğitim yönlendirilmelidir.

6.9 Yaş Grupları ve Sağlık Hizmeti :

Sağlık hizmetinin yaş grupları için taşıdığı özellikler dikkate alınmalıdır. Ana hatlarıyla; ana-çocuk eğitim gören-çalışan çalışmayan yaşlılar olarak üç kategoriye ayrılan yaş dilimlerine özgün hizmetler sosyal-leştirme hizmeti içinde organize edilmelidir.

6.10 Yüksek Hekimler Kurulu ve Birlik Denetimi :

Sağlık hizmetinde hekim çalışmalarının karar verme işlevinin siyasal iktidarların bağımlılığından kurtarılması için atama - yer değiştirme - yükselme işlemlerinde «Yüksek Hekimler Kurulu» kurulmalı, tüm kamu ve özel sağlık kurumlarında Türk Tabipleri Birliği'ne denetim yetkisi verilmelidir.

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
MERKEZ KONSEYİ**

ABONELERİMİZE;

Toplum ve Hekim

Cilt kapakları hazırlanmaktadır.

12 sayı dergiyi alacak şekilde hazırlanan kapakları almak için

PTT ile bize başvurunuz.

TOPLUM ve HEKİM

Not: Kapak fiyatı 60 TL. dir.