

Belge

“Milli Sağlık Hizmeti” Konusunda Görüşler

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi*

1- GİRİŞ:

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sağlık hizmetlerine yeni yön verebilmek amacıyla 10/7/1973 tarihinde bir toplantı düzenlemiştir. Toplantıda belirli bir sistematik içinde olmadan bazı konuların incelenmesi kararlaştırılmıştır. Bu konular, sosyalizasyon, tam-süre çalışma, halk sağlığı, tedavi hizmetleri için bir vakıf kurulması, sağlık personeli istihdamı, yeni tıp fakülteleri açılması olarak belirlenmiştir.

Bu toplantı düzenlenmeden önce, bir toplantı yapılarak ya da amaç belirtilerek Türk Tabipleri Birliği'nin görüşü alınmış olsaydı, Milli Sağlık Politikasına bir yön verme amacı taşıyan bu çalışma için belirli sistematığe dayanan bir çalışma gündemi önerimiz olurdu. Dünya sağlık teşkilatı (WHO) tarafından “Milli Sağlık Planlaması” konulu bir çalışmada uygulanan yöntem bu çalışma için de fikir vericidir. Bu çalışmada, Planlama Projesi, halk sağlığının bilgi kaynakları, ayaktan teşhis ve tedavi, özel tıbbi bakım, kırsal bölge sağlığı ve insangücü planlaması gibi belirli ve birbirini tamamlayan konular ele alınmıştır.

Yapılmak istenen çalışma, halk sağlığı ve modern tıp anlayışı, koruyucu sağlık hizmetleri, ayaktan teşhis ve tedavi, yataklı teşhis ve tedavi, sağlık hizmetlerinde personel sorunu, sağlık hizmetinin finansmanı şeklede bir şema içinde daha belirli sağlık politikasına ulaşılabilirdi.

Fakat, konular yukarıda belirtilen şekliyle ele alındığına göre Türk Tabipleri Birliği, bütünlük içinde gördüğü sağlık hizmetini “Milli Sağlık Hizmeti” olarak isimlendirmeyi ve incelenen konuları bu bütünlüğün bölümleri olarak değerlendirmeyi uygun görmüştür. Şüphesiz, Milli Sağlık Hizmeti'nin bu çalışma içinde ele alınmayan sorunları da vardır. Bunları, daha ileride bu çalışmaya eklemeyi düşünürüz.

Türkiye'nin sağlık-politikasının ele alınıp çeşitli uygulamaların gözden geçirilmesi ve Milli

Sağlık Hizmeti'ne geçilmesi, çok geç kalmış bir çalışmadır. Ancak, geç olmasına rağmen, bu ihtiyacın farkedilmiş olmasını bir kazanç sayıyor. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının bu girişimini memnuniyetle karşılıyor ve çalışmaların Türk halkının sağlığına yararlı olmasını diliyoruz.

2- TOPLUM SAĞLIĞI

Toplum sağlığı, bireysel sağlık anlayışının yetersizliğinin ortaya çıkışından sonra eğitimden hizmete kadar tıbbın her yönünü etkileyecek ve çok önemli bir kavramdır. İnsan sağlığının toplumla ilgili her etkenini dikkate alan toplum sağlığı bu bakımdan öncelikle ele alınmalıdır.

2.1) Toplumsal olaylardan etkilenen insan sağlığı kavramı, kalıtsal problemlerle başlar. Genetik bilimi, insanların bazı hastalıklarının ana ve babadan kazanıldığı ortaya koyalı beri evlenmeler ve evlilik muayeneleri büyük bir önem kazanmıştır. Özellikle, yurdumuzda, bazı çevrelerde yaygın olan akraba evlilikleri, bu sorunun ülkemiz için daha da önem kazanmasına yol açmıştır.

2.2) Gebe kadınların sağlıklı bir doğum yapabilmeleri için gebelik süresince izlenmesi ve tıbbi açıdan uygun bir doğum yapabilmemesinin sağlanması gerekir. Sonra, doğan çocuğun tıbbi bakımı, uygun beslenmesi, hastalıklardan korunması ve hastalık durumlarında gerekli bilgi ile ve tıbbi bakımla tedavi edilmeleri toplumsal bir sorundur. Bu bakımdan ana-çocuk sağlığının toplum sağlığı açısından ele alınması zorunludur.

2.3) Ana ve çocuk sağlığının diğer önemli bir yanı da nüfus sorunlarında belirir. Ailelerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması ve çocuk düşürmelerin önlenmesi için alınması zorunlu tedbirler gözden geçirilmelidir. Toplum sağlığını önemli bir şekilde etkileyen bu olayların köklü ve cesur çözüm yolları bulunmalıdır.

2.4) Çevre sağlığı, toplum sağlığının en yaygın etkenlik taşıyan öğelerinden birisidir. Bu bakımdan, çevre sağlığı kapsamına giren içme suyu kontrolü, hastalık bulaştıran ajanlarla savaş, hava kirlenmesi, suların kirlenmesi, tarım ilaçları denetimi, gereksiz ve yanlış ilaç kullanılması, kıyılar ve halk sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla savaş, uyuşturucu madde alışkanlıkları ile savaş gibi konuların tam bir planlama ile ele alınması zorunludur. Özellikle, sanayileşmenin hızlanması ile yeni kurulan fabrikaların deniz, göl, ırmak gibi su kaynaklarını kirletmesinin önüne geçebilmek, işin

(* Ağustos 1973'de TTB tarafından hazırlanmıştır.

başında bulunduğumuz bu dönemde hayati önemdedir.

2.5) Toplumsal beslenme, bugünkünden çok daha önemle ele alınması zorunlu bir toplum sağlığı konusudur. Ülkemizde toplum beslenmesi, özellikle ekonomik hayattaki fiyat hareketleri ile yakından ilgilidir. Karakteristik olarak, gerekenin çok altında protein, özellikle hayvansal protein alan halkımız kalori açığını kapatabilmek için gereğinden daha fazla karbonhidratlı besinlere yönelmiştir. Artan fiyat hareketlerinden en fazla etkilenen bölüm besin maddeleri olduğu için, bu karakteristik beslenme bozukluğu yıldan yıla artmaktadır. Türkiye'nin beslenme planı olmadığı için de üretimden tüketime kadar uzanan ekonomik zincir daha da önemli bozukluklara uğrayabilir. Gelecek günlerde karbonhidratlı besin maddeleri eksikliği ile karşılaşılması, o zaman bozuk beslenmenin doğrudan doğruya kalori eksikliği tipindeki gelişmeyi mümkün kılacaktır.

Bunun yanında, içme suyu önemli bir sorundur. İçme suyunun bulunması kadar önemli bir konu çocuk ishallerinde su verme sorunudur. Bilgisizlik yüzünden ishelli çocuklara su verilmemesi çocuk ölümlerini artıran önemli bir etkidir. Bu konunun sağlık eğitimleri ile yakından ilgisi bulunmaktadır.

2.6) Konut sorunu, toplum sağlığı alanına giren çok önemli bir konudur. Bilindiği gibi, çeşitli hastalıkların hazırlayıcı etkenleri arasında sağlıklı konutlarda oturmak gelmektedir. Rutubetli konutlar, susuz, banyosuz ve helâsız konutlar köylerde olsun, kentlerin gecekondu bölgelerinde olsun büyük bir toplum sağlığı sorunudur. Sağlık Bakanlığı, bu konuyu da ele almalı ve ilgili bakanlıklarla işbirliği yaparak (İmar İskân Bakanlığı, Köy İşleri Bakanlığı, Bayındırlık Bakanlığı) konunun çözümündeki sağlık ilkelerini saptamalıdır.

2.7) Genel epidemiyoloji ve bulaşıcı hastalıklarla savaş, plan ve programlar bakımından gözden geçirilmeli, dünden bugüne kalan bulaşıcı hastalıkların durumları incelenirken yeni beliren hastalıklarla da savaş yolları bulunmalıdır. Yeniden alevlenen sıtma, iyi yolda olan verem mücadelesi, turizmin gelişmesiyle yeni bir veçhe kazanan genital organlar hastalıkları, tarım ilaçlarıyla mücadelenin ortaya çıkardığı sorunlar, gereksiz ve yanlış ilaç kullanılması ve uyuşturucu madde alışkanlıkları gibi yeni konular da göz önüne alınarak bulaşıcı ya da toplum açısından önemli hastalık etkenleriyle yeni bir savaş programı yapılmalıdır.

2.8) İş hekimliği ve meslek hastalıkları bugün Sosyal Sigortalar Kurumunun sadece tedavi he-

kimliğiyle meşgul olması nedeniyle, sahipsiz durumdadır. Gerek eğitim, gerekse organizasyon bakımından bu alanda alınacak tedbirlerin saptanması, organizasyonun kurulması ve yetkililerin belirlenmesi gibi sorunların çözülmesi gereklidir.

2.9) Okul ve öğrenci sağlığı, yine toplumun çok önemli bir kesimini ilgilendiren çok önemli bir konudur. Bugün, bütünüyle anlaşılamayan ve beden, ruh sağlığı yanında eğitimin pedagojik yönünü de ilgilendiren okul ve öğrenci sağlığını tam kapsamında görmek ve tanımlamak zorundadır. Bu konuda da Millî Eğitim Bakanlığı'nın dar kadro ve ödenekleriyle başarıya ulaşmak mümkün değildir. Konunun önemini anlatmak, gerekli eğitim ve organizasyonu model olarak belirtmek ve yurt çapında tedbirler almak zorunluluğu vardır.

2.10) Araştırma, planlama ve istatistik konuları, toplum sağlığının yön vereceği bütün konularda hayati önemdedir. Bu önemli konuyu, görevlilerin çalışmalarında kırtasiyecilik olarak görmelerini önleyecek tedbirlere ihtiyaç vardır. Doğru istatistikler elde edilmeden hiç bir planlamanın başarıya ulaşması beklenemez. Onun içindir ki, her sağlık biriminde istatistiklerden başlayarak birimlerin olanakları çapında araştırmalar yapılması büyük bir önem taşımaktadır. Bunun için alınması zorunlu merkezi ve periferik tedbirler alınmalıdır.

2.11) Halkın sağlık eğitimi, bütün sağlık hizmetlerinin başarısı için temel koşullardan birisidir. Türk halkının kültür özellikleri, bu özelliklere uygun bir sağlık eğitiminin kıstasları belirlenmeli ve bütün kamu haberleşme araçlarıyla etkili bir koordinasyon kurulmalıdır.

Toplum sağlığının konuları olan kalıtım, anaçocuk sağlığı, çevre sağlığı, beslenme, konut, genel epidemiyoloji ve bulaşıcı hastalıklarla savaş, iş hekimliği, okul ve öğrenci sağlığı, araştırma, planlama, istatistik, halkın sağlık eğitim sorunlarına ek olarak toplumsal ruh sağlığı gibi konuların tümünün de tıp fakülteleri eğitim programlarında yer alması ve her konu için saha çalışılması yapılması zorunludur. Tıp Fakülteleri, böylece toplum sağlığında yetişmiş hekimlere sahip olmamızı mümkün kılarken Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı da, toplum sağlığının her bölümünde tam bir planlama yapmalıdır. Bu plan ilgili bakanlıklarla işbirliği geliştirilirken, Sağlık Bakanlığı'na da bugünkünden çok yetkili kalmayı amaçlamalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın merkez birimlerinde ve hizmet birimlerinde bu anlayışa uygun organizasyonun bugünkü şekli, ne eğitimde ne de hizmette tatmin edicidir. Toplum sağlığında çalışan elemanların sosyal ve ekonomik haklarının sağlanması da personeli tedavi alanında çalışmanın çecikiliğinden kurtaracaktır.

Toplum sağlığı anlayışına dayanmayan tıp eğitiminin ve sağlık hizmetinin başarıya ulaşması mümkün değildir.

3 - SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ne demektir ve amaçları nelerdir? Bu sorunun cevabını kesinlikle vermemek hizmet aksaklığını yaratan başlıca nedendir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, hizmetin halka, topluma ulaştırılmasıdır. Diğer bir deyimle, sağlık hizmetini sadece, bir toplumda ödeme gücü olanlara değil, herkese vermenin yoludur. Amaçları da 2. bölümde incelenmiş olan toplum sağlığı ilkelerine ayaktan ve yatarak hasta tedavisini de ekleyerek halkın sağlığını sağlamaktır. Nitekim, bu amaç anayasanın 49. maddesinde de belirtilmekte ve Devlet'e görev verilmektedir.

Ne varki, devlet yöneticileri hizmeti ve görevi böle anlamamışlar, konuyu "mahrumiyet bölgelerinde hekim var mı, yok mu" çizgisine indirerek yozlaştırmışlardır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi gibi büyük bir proje devletten büyük fedakarlıklar, toplumda tam bir kalkınma, toplumsal değer yargılarında ve çalışanların tümünde "hizmet" idealizminin kurulup yerleşmesinde köklü tedbirleri bekler. Oysa, ne devlet gereken fedakarlıkları yapabilmemiş, ne toplumda tam bir kalkınma olabilmemiş, ne de çalışanların tümünde hizmet idealizmi kurulabilmiştir. İş böylece kala kala her türlü güçlüğü omuzlarına yüklediği sağlık hizmeti görevlilerine kalmıştır. Sağlık hizmetinin idealist görevlileri, herkesin kendi çıkarına itildiği bir toplum düzeninde omuzlarına yüklenen yükü taşıyamazlardı. Kaldı ki, onların bu durumuna dahi anlayış gösterilmemiş zaman gelmiş tazminatları kesilmiş, zaman gelmiş hiç bir görevliden yardım görememişlerdir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, ancak topyekûn kalkınmanın bir bölümü olarak başarıya ulaşabilirdi. Bugünkü başarısız durum, yönetimin, değer yargıları ve hizmetleri bozuk bir toplumda tek bir hizmet dalının en iyi şekilde düşünülürse dahi başarılı olamayacağını örneğini vermektedir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi olgusunun bugünkü başarısız görüntüsü cesaret kırıcıdır, çünkü, **sosyalleştirme bir amaç değil amaçları gerçekleştirmek için bir araçtır. Bir hizmet verme şeklidir. Önemli olan bu hizmet verme şeklinin iyi değerlendirilmesi ve başarısı için neler yapılması gerektiğinin anlaşılması gereken tedbirlerin alınmasıdır.**

3.1) Düşünce olarak sosyalleştirme: toplum sağlığının her bakımdan gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetinin halka eşitlikle verilmesi ve görevin devlet eliyle yürütülmesi şeklinde belirtebileceğimiz sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi düşünce olarak tamamen desteklenmeye değer niteliktedir. Milli Sağlık Hizmeti'nin temel düşüncesi olan görüşün önemli yanı doğru anlaşılmasıdır. Bunun için de, ikinci bölümde incelenmiş olan toplum sağlığı ilkelerinin tümünün düşünce kapsamına alınması zorunludur. **Beslenmeden ilaca kadar bütün sağlık öğelerini halka ulaştırmadığımız zaman, geriye sadece hekim göndermek ve hastahane yapmak kalır ki bu da düşündüğümüz sağlık hizmeti değildir.**

3.2) Plan olarak sosyalleştirme:

Sosyalleştirmeyi plan ve program olarak değerlendirebilmek için hizmet zincirini nitelik ve nicelik olarak incelemek gerekir.

3.2.1) Hizmet zincirinin eleman niteliği, pratisyen hekim, hemşire ve ebeden başlar. Sağlık ocaklarında pratisyen hekim, hemşire ve ebe, sağlık evlerinde ise ebe bulunur. Bölge hastanelerinde uzman hekimler görev alırlar. Böylece, ebeden pratisyen hekime, pratisyen hekimden uzman hekime uzanan nitelikte bir hizmet zinciri kurulmuştur. Bu zincir, esas olarak doğrudur. Ancak işlerliğinin sağlanması için önemli iki faktör vardır. Bunların birincisi, her kademedeki çalışan elemanın bulunduğu hizmet için eğitilmiş olması, ikincisi de eleman istihdamı sorununun çözümlenmesi.

Nitekim, çekilen sıkıntılar bu iki faktörün çözümünü gitgide artan sorunlar yaratmasından doğmaktadır. Hekimlerin, pratisyen olarak çalışmaları, internlik eğitimi görmelerini zorunlu kılmaktadır. Ayrıca, toplum sağlığı konusunda da özel bir eğitim görmeleri gereklidir. Hemşire ve ebelerin eğitimi de çok önemlidir Köy ebelerinin eğitim durumunu ortaya koyan sayın Prof. Dr. Rahmi Dirican'ın yayınladığı (Dirim Dergisi 1973 sayıları) bir araştırma bu alandaki eksiklikleri çok iyi belirtmektedir.

İstihdam sorunu ise, bugünkü çöküntünün başlıca faktörlerinden en önemlisidir. **Kurulduğu zaman "anlaşmalı eleman" statüsüne dayandırılan sosyalleştirme, sonradan yetersiz bir personel kanununun kapsamı içinde güçlüklerle itilmiştir. Sağlık hizmetleri için özel bir personel rejimi kurulmadan da çözümlenmesi beklenemez.**

3.2.2) Hizmetin eleman niceliği ise verilen hizmete göre kadroların yetersiz kaldığını göstermiştir. 3000 kişi için bir sağlıkevi, 7000-10000 kişi için bir sağlık ocağı hizmetin hiç görül-

mediği Doğu bölgelerinde bir aşama sayılabilir. Ama, standartlar böyle kaldığı taktirde hizmet yetersizliği büsbütün ortaya çıkacaktır. Çevre gezile-ri, poliklinik çalışmaları, acil vaka başvuruları gi-bi çeşitli türde çalışmaların iyi nitelikte olmaları kadro standartlarının iyileştirilmesine bağlıdır. Bu-günkü hekim sayısı bu iyileştirmelere olarak ver-mektedir, tabii gereken tedbirlerin alınmasıyla.

Üç hizmetin tek hekime bırakılması çok sak-ıncalıdır. İzin, hastalık v.b durumlarda tek he-kimli hizmet aksayacaktır. Bunun yerine, bugün-kü şemada olduğundan biraz geride kurulacak birimlerin iki hekimle çalışmasının sağlanması daha verimli olacaktır. Bunun işleyebilmesi için de haberleşme ve ulaştırma olanaklarının sağlan-ması zorunludur. Yerleşme merkezleri arasında büyük mesafeler bulunan Doğu bölgesi için ek tedbirlere ihtiyaç vardır. Tabii aslında tartışılması ve çözümlenmesi gereken sorun, bugünkü gibi dağınık olan yerleşme merkezlerine yeterli bir hizmetin verilip verilmeyeceğidir. Yerleşme mer-kezlerini, dağınıklaktan kurtararak ve köyleri bir-leştirerek sayılarını azaltacak çalışma, çeşitli güç-lüklerine rağmen bütün hizmetler için olduğu gi-bi, sağlık hizmeti içinde önemli bir sorundur.

3.2.3) Polivalan hizmet de tartışılması gereken noktalardan birisidir. Hastaneye kadar uzman hekimin ve monovalan çalışan hekimin bulun-madığı hizmet şemasında boşluklar olduğu an-laşılmaktadır. Bir pratisyen hekim, her tür sağlık hizmetini yürütme göreviyle karşı karşıyadır. Bunda başarılı olması çok güçtür. Onun içindir ki, hastanelerle sağlık ocakları arasında bir ara kademe kurulması uygundur. Bu ara kademe, uzman hekimlerden kurulmalı, iç hastalıkları, operatör, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk uz-manlarından teşekkül etmelidir. Bu uzman ekip, hem hastanelerle ilişkili bulunmalı hem de gezici ekip olarak bölgelerinin eğitim ve hizmet ihti-yaçlarını karşılamalıdır.

Bu ekibin monovalan bazı başka uzmanlarla da takviyesi (bölgesine göre göz hst... toksikoloji v.b.) düşünülebilir. Bu düşünce, hastanelerde uzman bulunmayan bugünkü durumda fantazi gibi görülebilir. Ancak, biz olması gereken du-rumdan bahsediyoruz. Gerekli tedbirler alınma-dığı zaman ocakların bile, bugünkü gibi boş ol-ması kaçınılmaz bir durumdur.

3.3. Uygulama olarak sosyalleştirme:

Uygulama olarak sosyalleştirme, her yeni sis-tem gibi değerlendirilmek zorunluluğu taşır. Özellikle, geleneksel sistemden ayrılan ve ilkeleri geniş bir kapsama dayanan bu anlayış, incelen-meli, değerlendirilmeli ve sonuçlara göre düzelt-meler yapılmalıdır. 224 sayılı kanun buna açıktır.

3.3.1. Sosyalleştirme Genel Kurulu:

Demokratik bir şekilde hizmetin değeri-lendirilmesi için 224 sayılı kanun bir Genel Kurul getirmiştir. Çok yerinde olan bu görüş ve buna dayanan kanun maddesi ne yazık ki, uygulanmamıştır. Bir defa toplanan Genel Kurul-da söylenen çok olumlu sözlere rağmen, belirtilen tedbirlerin alınmadığını, Genel kurulun da bir daha toplanmadığını görüyoruz. **Sosyalleştir-me halkın benimsemesi gereken bir hizmet sistemidir. Onun içindir ki, halkın bu siste-me katılması, hekimlerin eleştirileri, kamu oyunun hizmet hakkında aydınlatılması ge-reklidir.** Bunun için de, Sosyalleştirme Genel Kurulu her yıl muhakkak toplanmalıdır.

3.3.2) Uygulamada çıkan en önemli aksaklık, Türkiye'de hala kesin bir sağlık politikasının ku-rulmayışından doğmuştur. Sosyalleştirme ölkemi-zin tek sağlık hizmeti sistemi midir? Döner ser-mayeli hastaneler, sağlık sigortası ve bunların karşısında sosyalleştirme nedir? Bu soruların ce-vabı verilmeden durum aydınlanamaz.

Onun içindir ki, **biz ölkemizin sağlık hiz-metlerinin kurtuluşunu tek bir yolda "Millî Sağlık Hizmeti"nin kurulmasında görüyoruz. Sosyalleştirme, Millî Sağlık Hizmetinin hiz-met verme programıdır.** Böyle değerlendiril-mesi ve bu şekilde geliştirilmesi uygundur. Aynı ayrı hizmet sistemleri ve ayrı ayrı programlar amaca varmadaki verimliliği önler.

Bu noktada "Genel Sağlık Sigortası"nın duru-munu kısaca incelemek gerekir. **Genel sağlık si-gortası, sosyalleştirmeye karşı olan, onu yı-kacak olan bir ilke olarak görülmemelidir. Sağlık sigortası, Millî Sağlık Hizmetinin fi-nansman şeklidir. Bir hizmet verme şekli de-ğildir, bir finansman şeklidir. Üstelik, millî gelir dağılımının çok adaletsiz bir dengesizlik içinde bulunduğu toplumumuzda, millî geliri yeniden dağıtmanın bir yoludur. Aslında, adaleti olmayan, geliri bu kadar değişik bir toplumda ücretsiz hizmet vermektir. Ücretsiz sağlık hizmeti, ancak millî geliri adil dağılmış toplumlarda yararlıdır. Yoksa, farklı gelir gruplarına ücretsiz verilen hizmet, bir kere daha, ödeme gücü fazlasıyla bulunan kesimlere düşük gelirlerden alınan vergilerin ve-rilmesi anlamına gelir ki, bunun da adalet-sizliği ortadadır. Bu bakımdan, sağlık sigor-tasının finansman olarak Millî Sağlık Hizme-tine girmesi gerekir.**

Millî Sağlık Hizmeti içinde kamu bütçesinden finanse edilen Bakanlık hastanelerinin durumu, Üniversite hastanelerinin durumu ve Sosyal Si-gortalar hastanelerinin durumu da ele alınmalı-

dır. Bakanlık bütçelerinden desteklenen hastaneler Millî Sağlık Hizmeti için alınmalıdır. Üniversite hastanelerinin görevi hizmet değil, eğitimidir. Bu hastanelerin hizmet hastaneleri olarak kullanılmaları amaçlarını zedeler. Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri ise özel finansman kaynaklarına dayandığı için (İşçi ve İşveren Primleri) Millî Sağlık Hizmetiyle koordine çalışmaları sağlanmalıdır. Kadro standartları, tâynini ve becayiş ilkeleri, ücret standardizasyonu, boş yatak kapasitelerinden yararlanma, uzmanlar arası işbirliği, hizmet verme şeması, yeni tesisler kurulması ve yatırım planlaması gibi çok önemli konularda yapılacak koordinasyon ve ilke birliği önemli sorunları çözecektir.

3.3.3) Uygulamayı en çok aksatan noktaların başında eleman istihdam sorunu gelmektedir. Sosyalleştirme, artık doğru deyimle "Millî Sağlık Hizmeti" uç hizmete dayanır, bu hizmetin yürütücüsü ise pratisyen hekimlerdir. Bugün, hemen tamamen burslu öğrenciye dayanan bu sistem çöküntü durumundadır. Çünkü hekimlerde kuvvetli bir uzmanlaşma eğilimi vardır. **Bu çöküntüyü önleyecek uzun vadeli tedbir, pratisyen hekimliğin, büyük şehirlerde de görev almasını mümkün kılacak kadro tedbirlerinin alınması ve uç hizmette çalışan pratisyen hekimlerin daha iyi çalışma bölge ve yerlerine kaydırılmasıdır.** Bu tedbir, uç hizmetlerden ancak uzman olunduğu takdirde daha iyi yerlere gidilebileceği düşüncesini ortadan kaldıracaktır. Ayrıca, **ocak hekimlerine buna ilâveten ihtisas yapmada öncelik, adaletli tayin sistemi gibi tedbirler alınması zorunludur. Bütün bunlara çok önemli faktörü, ekonomik desteği eklemek zorunludur.** Gerek pratisyen, gerekse uzman hekimlere, gerekse diğer personele **önemli rakamlarda yer ve görev mahrumiyeti ödeneği** verilmelidir. Çünkü mahrumiyet hem bölgesel özellikten, hem de görevlerin özelliğinden doğmaktadır. Bunların ayrı ayrı değerlendirilmesi, bu miktarın kıskançlıklardan uzak rakamlarda olması ve çok önemli olarak hayat pahalılığıyla orantılı olarak otomatik şekilde artırılması zorunludur.

Eleman istihdam sorunu çözümlenemeyen hizmet, başarısız kalmaya mahkumdur. **Sosyalleştirmenin çöküşüne tam-süre çalışma Kanununun çıkışını sebep göstermek yanlıştır. Bir çok yerde, hekimler sosyalleştirmeyle beraber resmî hizmetten çıkmıştır, ama orada özel çalışarak kalmışlardır.** Demek ki, hekimler için önemli olan bölge değil, resmi kazançla özel kazanç arasında büyük bir farkın bulunmasıdır. Bu farkın büyük olması önemli bir faktördür ve alınacak tedbirler bu farkı gözö-

nünde tutacak şekilde Devletin görevini fedakârlıklarla yapmasıdır.

3.3.4) Uygulamayı aksatan önemli bir neden de personelin eğitimidir. Pratisyen hekimlerin meslek pratiği uygulamada çektiği güçlükler Tıp Fakülteleri eğitiminde değişiklikler yapılmasını ve internlik dönemi çalışmalarını zorunlu kılmaktadır. Her kademede personelin de toplum sağlığı bakımından eğitilmeleri zorunludur.

3.3.5) Uygulamanın önemli aksamaları diğer bakanlıklarla yapılması gereken koordinasyonun olmamasından doğmaktadır. Haberleşme, ulaştırma sağlık hizmetlerinde ölümlere yol açan hassas hizmetler durumundadır. Çevre sağlığı tedbirleri, sağlık eğitimi gibi çok önemli konularda büyük eksiklikler vardır. Bütün bunlar, başında da belirttiğimiz gibi topyekün kalkınmanın başarısızlıklarıdır. Ama, ister istemez bu başarısızlıklar sağlık hizmetinde de yansımaktadır.

3.4. Sonuç:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi artık, "Millî Sağlık Hizmeti" bütünleşmesi içinde ve hizmet verme şekli olarak değerlendirilmelidir. Hizmet şeması ve sorunları ele alındığı zaman başarısızlıkların objektif olarak incelenmesi ve tedbirlerin alınması gerekli ve mümkündür. Çalışma şekli tam-süre olacağı için (ayrı bölümde incelenecektir) Devlet yöneticilerinin devamlı olarak desteğine ihtiyaç olacaktır. **Millî Sağlık Hizmetlerinin kuruluş işleyebilmesi için Devletin kararlı, değişmeyen, araştırmalara dayanan, ihtiyaçlara cevap veren, desteklemek için fedakârlıktan kaçınmayan tutumuna ihtiyaç vardır.** Millî Sağlık Hizmetinden vazgeçilemeyeceğine göre sonucu bu tutum belirleyecek, başarı ya da başarısızlık stratejik kararların sahiplerinden büyük ölçüde etkilenecektir.

4. Tam-Süre (Full-time) Çalışma:

Tam-süre çalışma, değişik isimlerle türkçeleştirilen full-time çalışma şekli olarak bir süredir ülkemiz literatürüne girmiştir. Tüm-gün çalışma, tam-gün çalışma diye de isimlendirilen full-time deyiminin günle değil de süreyle ilgili olduğu düşünülürse tam-süre çalışmanın en uygun deyim olduğu düşünülebilir. Karşıtı olan part-time çalışmada da, tam sürenin bir bölümünde yapılan çalışma anlamında kullanılmaktadır. Aslında, tam-süre çalışma şeklinde sadece çalışmanın süresi değil, ondan da önemli olarak çalışmanın sürekliliği anlamı vardır. Bu da, hizmete sürekli olarak bağlı, diğer bir deyimle başka bir hizmete bağlı olmadan çalışma anlamlarını kapsamaktadır. Nitekim, bu özellikler bilinmediğinden, bugün Maliye Bakanlığı, tam-süre çalışmayı bir "fazla çalış-

ma" olarak değerlendirmektedir. Oysa, tam-süre çalışma ile fazla çalışma, benzerlikleri olmasına rağmen birbirinden ayrı şeylerdir.

Tam-Süre çalışma, yurdumuzda, özellikle genç hekimler tarafından, yürütülen uzun bir mücadelenin sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Hekim çalışma sistemi, Osmanlılık döneminden Cumhuriyet dönemine kalan miraslardan birisidir. Osmanlı döneminin sağlık hizmetlerini **hayr-u hasenat** anlayışına dayandıran uygulaması, hekimlerin de hastanelerde "sevabına" fakirler için çalışmaları, kendi muayenehanelerinde de parası olanlar için çalışmaları sistemini yürütmüştür. Muayenehane, hekimin geçimini sağladığı yerd. Hastane de, hekimin insancıl duygularla fakir olanlara ücret almadan baktığı yerd. Bu geleneksel davranış, aslında muayenehanelerde de hastaların bazılarında az para almak, hiç para almamak, üstelik ilaçlarını da vermek gibi şekillerle devam etmiştir ve etmektedir. Bu her hekimin, eğilimine, para kazanma anlayışına, hizmet etme inancına göre değişerek uygulanan bir tutumdur.

Cumhuriyet döneminde, hekim sayısının çok azlığı, ayrı bir ücret sistemi konmasının düşünülmeşi gibi nedenlerle devlet, bu uygulamayı sürdürmüştür. Hekimler de, bu durumu yararlarına gördükleri için, uygulamayı sürdürme eğilimine katılmışlardır. Hekimin bir görevi kabul etmesi, oradaki serbest kazanca göre değerlendirilen bir husus olmuştur. Bu noktada hekim yalnız değildir. Sağlık Bakanlığı yetkilileri de hekime bir görevi teklif ederken oradaki serbest kazancın çekiciliğinden bahsetmişlerdir.

Bu düzenin yürümeyişi, hekim sayısının artışıyla, ödeme gücüne sahip kesimin, artık yeni gelenlere cevap vermemesiyle başlamıştır. Serbest çalışma alanı ve bu alandan sağlanan gelir daralmıştır, azalmıştır. O zaman bazı zorlamalar ortaya çıkmıştır. Bunlar çoğunlukla deontolojik zorlamalardır. Hekimlerin birbirine saygılı davranmamaları, bir tür rekabet içine girmeleri yeni yetişen genç hekimleri rahatsız etmeye başlamıştır. Bu durumun gitgide su yüzüne çıkması, genç hekimlerle başlayan ve bu çalışma tarzından tedirginlik duyan bütün hekimlerin katılımıyla yeni bir akıma yol açmıştır. **Tam-süre çalışma. Çalışmanın tümünü kamu hizmetine vermek, muayenehane açmamak, halktan almak zorunda kalınan paraya devletten maaş ya da ücret şeklinde alma.** Uzun süre sosyalleştirmeyi destekleyen yetkililer tam-süre kanununun çıkışını baltalar diye önlemişlerdir. Fakat, olaylar ve hekimlerin gayretiyle, tam-süre kanunları çıkmıştır. (Yıl 1965)

Çıkan kanunlar birbirinden farklı olmuş Sağlık Bakanlığının uygulaması döner sermayeye dayandırılmış, Sosyal Sigortalar Kurumu ve askeri hizmette çalışan hekimlerin özel muayene hakkı almamış, böylece ayrı ayrı tam-süre uygulamaları yürürlüğe girmiştir.

4.1) Tam-süre çalışmanın amaçları:

Tam-süre çalışmanın amaçlarını düşünürken yanılmamak gerekir. Tam-süre çalışma, "hekimler az hasta bakıyorlar, daha çok hasta baksınlar" diye çıkmamıştır. Hekimlerin baktığı hasta sayısı hiç bir zaman az olmamıştır. Hiç bir zaman da az çalışma olanağı bulamamışlardır. Bunlar istatistiklerle bellidir. Bu bakımdan hekimlerin baktıkları hasta sayısı çok artmadı diyerek tam-süre çalışmanın kritiği yapılamaz.

Bölümünün giriş kısmında da belirtildiği gibi, tam-süre çalışma; hekimlerin bütün çalışmaları kamu hizmeti içinde olsun, ayrı bir gelir kaynağı aramak zorunda kalmamasınlar şeklinde ifade edilebilecek bir çalışma sisteminin kurulması amacına yöneliktir. Diğer bir amaç da, artık modern çalışma hastahanesinin gerekli kıldığı "ekip çalışması"nın yapılabilmesidir. Bir üçüncü amaç ta, hizmetin zamansızlık ve isteksizlik yüzünden gereği gibi yapılmamasının önlenmesidir. Bu üçüncü amaç tam-süre çalışmanın fazla çalışmaya kısmen benzeyen noktasıdır.

Bu amaca varılıp varılmadığını inceleyelim.

Hekimlerin ekonomik güvenliklerini kamusal çalışmalarında bulup muayenehane gelirine ihtiyaçlarının kalmaması ilkesi, 1965 yılında maaş tavanının zamlarla birlikte 2.700.-TL olduğu dönemde, tam-süre tazminat tavanı 2.500.-TL olduğu sürede önemli ölçüde sağlanmıştır. Tam-süre çalışmanın uygulandığı birimlerde hizmet büyük bir ilgi görmüş, muayenehane gelirleri maaş ve tazminat gelirlerinden fazla olanların bir kısmı hariç hemen bütün hekimler tam-süre çalışmayı tercih etmişlerdir. Muayenehane gelirleri fazla olanların sayısı da az değildir. Bu hekimler daha çok hasta yatırma yetkisini ellerinde tutan gruptur. Kaldı ki, bu şekilde yetkileri bulunan hekimlerin bir kısmı da daha rahat çalışma olanağı verdiği için, gelirlerinin bir kısmını feda ederek tam süre çalışmaya girmişlerdir. Fakat zamanla, hayat pahalılığının artışıyla, tazminatın önemi azalmış, personel kanununun maaş tavanını 7.000.-TL'na çıkarılmasına karşılık, tazminat bir büyük mücadelenin inançsız devlet yöneticileri elinde nasıl zavallı bir duruma getirildiğinin örneği olarak ortada durmaktadır. Tazminat güçlkle yürürlükte bırakılmıştır, ama, devlete güvenmek olan amaç ortadan kalkmıştır. Devlete güvenerek muayenehanelerini kapatan, ya da hiç açmayan hekimler aldatıldı-

ları duygusu için bütün güvenlerini kaybetmişlerdir. Bunların bir kısmı muayenehane açmış, bir kısmı yurt dışına gitmiş, bir kısmı da belki durum düzelir diye şimdilik beklemektedirler.

Tam-süre çalışmanın ikinci amacı olan ekip çalışması ise, başından beri istisna durumundaki bazı kuruluşlar hariç gerçekleşmemiştir. Bir ekip çalışmasının yapılabilmesi için bir serviste ve bir tesiste çalışanların tümünün tam-gün çalışması gerekir. Bu durumun sağlanmadığı bir düzen kurulmuş sayılamaz. Nitekim kurulamamıştır da. İç hastalıkları uzmanı tam-süre çalışır radyolog çalışmaz. Operatör tam-süre çalışır. Laboratuvar uzmanı çalışmaz. Servisin bazı görevlileri tam-süre çalışır, bazıları çalışmaz. Elbette, bu şekilde tam süre çalışma olmaz, nitekim olmamıştır.

Üçüncü amaç olan, zamansızlığı ve isteksizliği gidererek uygun bir çalışma ortamı hazırlanması da, gene kişisel tutumlara bağlı kalmıştır. Tam-süre çalışma, ancak çalışma isteği olan kişilere ve ekiplere olanak hazırlanmıştır. Aslında, her çalışma sisteminde çok çalışan ve az çalışan bulunabilir. Önemli olan, bu çalışmalar arasındaki farkı görececek, bulacak ve değerlendirecek sistemi kurabilmektir. Bu değerlendirme sistemi de kurulmadığı için, bugün tam-süre sisteminin bu amaç bakımından eleştirisi yapılmayacaktır. Ancak, çalışmak isteyen kişilere ve ekiplere çalışma olanağı en iyi olarak tam-süre sisteminde vardır. Çalışma sonuçları da bunu doğrulamaktadır.

4.2. Kapsam ve uygulama:

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, tam-süre çalışmayı, döner sermayesi yeterli olabilecek eğitim hastanelerinde uygulamıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu bütün tesislerinde uygulamıştır. Bu iki kuruluşta da uygulama hekimin ihtiyacına bırakılmıştır. Askeri hizmette ise, bütünüyle ve mecburi olarak uygulanmıştır.

Gene "Millî Sağlık Hizmeti" görüşüne dönelim. Tam-süre çalışma bir amaç değil, daha iyi hizmet vermek için bir araçtır. **Tam-süre çalışmayı kamu sektöründeki eleman çalışmaya sistemi olarak değerlendirmek gerekir.** Hizmetin eğitim ya da sadece tedavi hizmeti olması ilkeyi değiştiremez. Bu bakımdan, tam-süre ilkesinin yurt çapında kamu sektörünün her bölümünde değiştirilemez. Bu bakımdan, tam-süre ilkesinin yurt çapında kamu sektörünün her bölümünde bütünlükle uygulanması gerekir. Millî Sağlık Hizmeti, tam-süre çalışma ilkesiyle yürütülmelidir. Kuruluşlar arasındaki farklılıklar giderilmeli, tek bir tam-süre çalışma sistemi uygulanmalıdır.

Bu ilkeyi yurt çapında uygulamak mümkün müdür? 3.3.3. bölümünde incelendiği gibi, devletin ödediği ücretlerle özel gelirler arasındaki farkın

fazla olması durumunda, tam-süre çalışma ilkesini uygulamak mümkün değildir. Hekimler, ücretin yetersizliği, devamlılığa güvenmeme, bir tayin endişesi ile özellikle, büyük merkezlerin dışında (büyük merkezlerde özel çalışma gelirleri güvenlidir durumda değildir) tam-süre çalışmayı tercih etmeyeceklerdir. Bu çalışma tarzının yararlarını bildikleri halde, bu tercihi yapmayı, **artık sağlık hizmetleri için "Özel Personel Rejimi"nin zorunlu olduğunu ortaya koymaktadır.** Artık bilinmelidir ki **hekim bir memur değildir.** Hekimlerin aşırı kazanç peşinde oldukları iddiası da, sanıldığı gibi doğru değildir. Aslında, Türk toplumu bütünüyle kişileri aşırı kazançla yönelen bir ekonomik politikayla yönetilmektedir. Böyle bir politikanın tümünü uygun bulmak ve desteklemek, ama bu politikanın içinde kazanmak isteyen hekimi suçlamak sadece işin gerçeğini bilmemek, samimi olmamak ve çelişmektir. **Piyango kültürüyle emek dışı kazançlara iletilen bir toplumda, hiç kimse, en çok para kazandığı dönemde bile emeğini ortaya koyan hekimi suçlayamaz. Kaldı ki, kazandığı para çok görülen az sayıdaki hekimlerin en çok kazanamıyorsa, rastgele bir ticaret dalına atılan formasyonsuz kişilerin kazancının çok altında gelir sağlamaktır.** Bu bakımdan dayanıksız ve bilinçsiz ithamlar yerine, hekimlerin neden kamu sektöründe görev almadıklarını incelemek ve ödenecek ücretleri cesaretle ödemek tek çıkar yoldur. Bu gerçekler bilinmeden ve **Millî Sağlık Hizmetinin yürütülmesi için sağlık hizmetlerine "Özel Personel Kanunu" uygulamadan başarılı sonuç alınması mümkün değildir.**

Tam-süre çalışmanın uygulanması bu tedbirlerin alınması ve muayenehane çalışmasına gereklilik kalmamasıyla yürütülmektedir. Çalışma saatleri dışında özel poliklinik yapılması mümkündür ve uygundur. Bu çalışma şeklinin prensibi zedeleyen bir yanı olmayacaktır.

Hastanede çalışan uzmanlara özel yatak ayrılması, yatan hastalar arasında farklılık gözetilmesi gibi bir sonuç verebilir, ya da hastalarda böyle bir duygu uyandırılabilir. Bu bakımdan **kamu sektörü hastanelerinde özel yatak ayrılması Millî Sağlık Hizmetini nitelik bakımından zedeleyebilir.** Bunun hizmette yararlı sonuç vermesi de, çeşitli nedenlerden ileri gelecek sakıncaları düşünülürse, mümkün görünmemektedir. Hekimlerin, bu yolda istekleri vardır. Ancak bu istek, daha çok Devletin vereceği ücrete güvenmemekten ve çalışmaların ayrıca değerlendirilmesi istediğinden doğmaktadır. Eğer, ücret güvenliği sağlanır ve çalışmalar objektif bir sistemle değerlendirilirse, özel yatak istekleri bugünkü şeklinde olmayacaktır. **Hekime özel yatak sistemi batı ülkelerinde**

bulunmakla beraber, ülkemiz koşullarına uygun düşmektedir.

Buna karşılık, çalışmaların tümünü değerlendiren bir "prim sistemi" konmalıdır. Prim sistemi, fazla hasta bakıldığı değil, çalışmaların bütününe değerlendirmek ve bunu objektif esaslara bağlayarak yapılmalıdır. Her çalışma şekli için, amaçlara dayanan kriterler geliştirmek mümkündür. İnsanlar da haklı olarak varolan "çalışmaların değerlendirilmesi" eğilimini hesaba katmak ve herkese sabit ücret vermek devlet görevlerinin en zayıf noktasıdır. Bu zayıflığın tam-süre çalışma sisteminde giderilmesi zorunludur.

4.3) Alınacak Tedbirler:

Alınması gereken tedbirler, böylece ortaya çıkmaktadır.

4.3.1) Tam-süre çalışma, kamu sektörü çalışmasının temel çalışma ilkesidir.

4.3.2) Tam-süre çalışma Milli Sağlık Hizmeti'nin her yerinde ve her yerinde uygulanmalıdır.

4.3.3) Tam süre çalışma, bir kuruluşa ya da te-siste bütünlükle uygulanmalıdır.

4.3.4) Tam-süre çalışma ödenekleri genel bütçeden ödenmelidir. Ödeneklerin döner sermayeden ödenmesi yanlıştır. Bir yandan halk aşırı ödeme yapmaya zorlanarak tam-süre çalışma ilkesi haksız yere suçlanmaktadır, diğer yandan belirsiz bir gelir kaynağına belirli yükümlülük taşıyan bir ödeme bağlanmış olmaktadır. Hastahanelerin döner sermaye sistemine sürüklenmeleri sağlık hizmeti için büyük bir zayıflık yaratmıştır. Devletin gerekli olan ödemeleri yapmaması yüzünden gelinen bu noktada yanlışlığı düzeltmek gereklidir. Bu durumu finansman bölümünde daha etraflı gözden geçireceğiz.

4.3.5) Tam-süre çalışma ödenekleri için miktarlar bakımından düşünceler belirtmek mümkündür. Öncelikle, tam-süre uygulanacaksa, bütün ödenekler eşel mobile bağlanmalıdır. Ödenek tavanı, memur maaşlarının tavanı olmalıdır. (bugün için 7000 TL) Merkezlerin dışında yer mahrumiyeti ve görev mahrumiyeti ödenekleri sistem olarak kurulmalı ve işletilmeli. Mahrumiyet ödenekleri miktar olarak sembolik olmamalı, fonksiyonel olmalıdır. Bunun için de maaş tavanının en az yarısı oranında kabul edilmelidir. (Bugün için 3500 TL) Tam-süre çalışmada, ayrıca, yukarıda belirtilen prim sistemi uygulanmalıdır. Bu rakamların kat sayısının her artışında otomatik olarak artması sağlanmalıdır. Tam-süre ödeneğinin ve mahrumiyet ödeneklerinin kıdemle ilgisi olmadan ödeme sisteminin uygulanması gereklidir. Aksi halde göreve yeni başlayacak hekimlerin eline geçecek miktar önemsizleşir.

Bir örnek olarak verdiğimiz bu rakamların bütün yurttan tam-süre çalışmasının uygulanması için yeterli olduğu şüphelidir. Fakat, personel kanunu ile bu rakamların dahi belirlenemeyeceği açıktır. Bu bakımdan, personel kanunu dışına çıkarılmasında ve "Özel Personel Rejimi" sistemine geçilmesinde ısrar etmek zorunludur.

4.3.6) Merkez Konseyinin tam-süre çalışma için öngörülen düşüncelerin bir bütünüdür. Tedbirlerin bütünü gerçekleştirilmeden, tam-süre çalışmanın uygulanabileceği kanısında değiliz. Uygulama, zorlamaya dayandığı takdirde başarısızlık kesindir. Böyle bir tutuma tamamen karşıyız. Başarıyı tedbirlerin gerçekçi olması ve hekimlerin isteklerine uygun olması sağlanacaktır. Bu bakımdan öngördüğümüz tedbirlerin gerçekçi olması ve hekimleri isteklerine uygun olması sağlanacaktır. Bu bakımdan öngördüğümüz tedbirlerin sadece bazılarını ya da tek tek maddelerini ele alarak uygulamak, görüşümüze aykırı olduğu gibi, başarısız kalmaya da mahkumdur. Örneğin, ekonomik sistemleri kurmadan, tam-süre çalışmayı yurt düzeyinde uygulamaya kalkmak, hekimlerin hizmetten ayrılmaları ile sonuçlanabilir, bundan da kamu hizmeti ile birlikte, tam-süre ilkesi de zarar görür. Onun içindir ki başarı, ancak köklü, gerçekçi ve yürüyecek bir tam-süre sistemi kurup işletilebilmekte mümkün olacaktır.

5) Milli Sağlık Hizmetinin Finansmanı:

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkemizde devamlı süregelen bir problem olmuştur. Genel bütçelerde, hiç bir zaman önemine uygun yeri almayan hizmetleri bu yüzden ek gelir kaynaklarına yönelmek zorunda bırakılmıştır. Öncelikle belirtilmelidir ki, ülkemizde sağlık hizmetlerine gerek kamu bütçelerinden gerekse halk tarafından ödenen miktar tam bir değerlendirilmesi yapılamamıştır. Maliyet-fayda analizleri de yapılmadığı için, harcamaların etkenlik derecesi de belirsizdir.

Sağlık hizmetlerine halkın katkıda bulunma eğilimi vardır. Bu, kısmen bir şükran borcu altında kalmama duygusundan, kısmen de ücret verildiği takdirde hastanın daha iyi bakılacağı yolundaki düşünce ve deneylerinden ileri gelmektedir. Bölüm 3.3.2'de kısmen değinildiği gibi, finansman sorununda önemli olan iki faktör vardır. Birincisi, yeterli olması, ikincisi de halkın katkısında adalet ilkelerinin uygulanması. Genel bütçeden yeterli bir pay alamayan sağlık hizmetlerinde halkın katkısının döner sermaye yoluyla sağlanması yeter-sizliği halletmemiş, sosyal adalet ilkesine de aykırı olmuştur. Çünkü, döner sermaye yoluyla halktan ücret alınan Devlet hastanelerinde iki ölçü vardır. Ya hasta fakirdir, para alınmaz, ya da hasta para verebilir, o takdirde de belirli bir ücret alınır. Para

alınmayan fakir hastalar kıstası her zaman doğru uygulanmamaktadır. Bazen, gerçekten ücret ödemeyecek durumda olanlardan para alınmakta, hatta bunu sağlayabilmek için sağlık hizmetlerinin esprisiyle bağdaşamayacak zorlamalara da rastlanmakta iken bazen de rahatça ücret verebilecek olanlardan çeşitli etkilerle ücret alınmama yoluna gidilmektedir. Bu konuda da bütün yük hastahane başhekimlerine yüklenmektedir. Bir başhekimin bu durumda nasıl güçlüklerle karşılaşıya kaldığını tahmin etmek kolaydır. Onun içindir ki **finansman konusunun adil bir sisteme ulaşması gerekir. Bu yol da genel bütçeden yeterli bir bölümün sağlık hizmetlerine ayrılmasının sağlanması ve buna ek olarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulmasıdır.** Çünkü, **genel sağlık sigortası, herkesin verebileceği ölçüde bir prim ödemesini sağlayacak, buna karşılık hizmette eşitlik sistemini getirecektir.** Böylece döner sermayenin hem yetersiz hem de adil olmayan ödemeleri buna karşılık da sınıflara ayrılmış sağlık hizmeti sistemi kalkacaktır.

5.1) Bugün çeşitli hastahanelerin "Yardım dernekleri" vardır. Bu dernekler başlangıçta maddi durumu müsait olup ta hastahanelerden yararlanmak isteyen kişilerin maddi katkısını sağlamak üzere alınacak bağışların toplanması için kurulmuştur. Bu haliyle, hizmetin gelişmesine yararlı bir katkı sağladığı için genişledi ve adeta bir sistem şeklini aldı. Yardım dernekleri sadece yatak hastalarının değil, bazı çalışmalarla sağlanan bağışlarla da (rozet kampanyaları, hastahane içinde bazı malzemelerin satışları gibi) genişledi. Toplanan kaynak genel olarak hastahaneye ek tesislerin yapılması, araç ve gereç ihtiyaçlarının karşılanması ve bazı personel ücretlerinin karşılanması ya da desteklenmesi amaçlarında kullanılmıştır.

5.2) Bu çalışma şeklinin yetersiz finansman kaynağını desteklemek ve yararlı işler yapmak gibi olumlu yanları yanında olumsuz yanları da olmuştur. Bu olumsuz yanlar tedavi hizmetinin giderek paralı bir şekle girmesi ve halkın ücret ödemediği takdirde iyi bir hizmet göreceği duygusundan uzaklaşması ve ancak yüksek gelir düzeyinde yaşayan kişilerin bulunduğu illerde ve imkanın sağlanabilmesi, bu gelir şeklinin belirsizliği nedeniyle uzun vadeli yatırımların yapılmasının mümkün olmayışı iller arasındaki hasta yatağı dengesizliğinin artması şeklinde özetlenebilir.

5.3) Yardım derneklerinin bir vakıf şekline dönüştürülmesi ve yurt çapında sağlık hizmetinin ek finansman kaynağı şekline getirilmesi, yapılan yardımların yurt çapında kullanılabilmesi imkanını sağlayacak ve de bu defa temel prensipten sapma gibi önemli bir sakıncayı beraberinde getirecektir. Bu hususu biraz açıklamak gerekir.

Anayasanın 49. maddesine göre "Devlet halkı hastalıklardan korumak ve hastalanana iyileştirmekle görevlidir". Osmanlı döneminde hastaların tedavileri vakıf kuruluşları eliyle sağlanıyordu. Bu kuruluşlar, hastahane ya da külliye tarzında hizmet vermekte olup vakfının sağladığı gelirlerle ve birbirinden ayrı üniteler halinde yönetilmekteydi. ABD'de yaygın olan vakıf sistemi özel bir kuruluş anlamı taşır. Vakıf kaynaklarına dayanan hizmet üniteleri yetkileri, personel tayinleri, ücretleri ve yönetimi vakıf yönetimince yapılan bir hizmet şekli içindedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerini vakıf sistemine dayanarak yürütmek temel yönetim şekline aykırı olmaktadır. Kısa bir zaman sonunda Devlet bütçesinden alınmayan finansmanı sağlayan kaynak şekline gelecek olan vakıf sistemi hizmeti yürütmede istikrarsızlık yaratacağı gibi personel ücret sistemine de güvensiz bir yeni şekil verecektir.

Bir vakıf yönetimi, gereken geliri sağlayamazsa durum ne olacaktır? Bu gelire güvenerek yapılacak yatırımlar nasıl yürütülebilecektir? Bu gelire güvenerek bazı bölgelere gönderilecek elemanlara verilecek ek gelirlerin geleceğine nasıl güvenilecektir? Emeklilik için dayanak olmayan ücretler üstelik de asıl maaş olan ücretlerin artırılmamasının bir gerekeşi olmayacak mıdır? En önemlisi devlet eliyle yürütülmesi anayasa gereği sağlık hizmetleri bir tür bağışla yönetilir duruma girmeyecek midir? Hazırlanan tasarıya göre vakıf yöneticileri aynı zamanda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yöneticileri ya da onların temsilcileri olacaktır. Bu takdirde devlet görevlilerinin aynı zamanda vakıf yöneticileri olmasının bazı prensip sakıncaları olmayacak mıdır? Bir vakıf tarafından görevlendirilen kişilerin görevlerine vakıf yönetimince son verilirse bir baş vurma mercii olmayacağına göre görevlilerin güvenliği ne olacaktır.

Bu ve bunun gibi soruların cevapları sağlık hizmetlerinin finansman yetersizliğine karşı bulunacak sistemin vakıf olmaması gerektiğini ortaya koymaktadır.

5.4) **Devlet hizmeti anlayışında vakıf hizmeti anlayışına geçiş, aslında bir gerilemedir.** Devlet bütçesinden yeteri kadar pay alamayan sağlık hizmetleri tekrar Osmanlı döneminde olduğu gibi zenginlere ve hayır severlere iltica etmektedir. Bunun yanlış bir yol olduğu kanısındayız. **Sağlık hizmetlerinin finansman sistemi devlet bütçesi ve Genel Sağlık Sigortasıdır.** Buna ek olarak zorlama yollarla ilgisi olmayan bağışlar düşünülebilir. Esasen bu sistemleri kurunca da, yardım dernekleri şeklindeki gelişmelere de son vermek gerekir.

5.5) Bugünkü mali yardımların da vakıf durumuna gelince devam edip etmeyeceği belirsizdir. Çünkü, belirli bölgeye yapılan bağışların bu bölgelerin dışındaki amaçlara kullanılacağı anlaşılınca devam edeceği şüphelidir.

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı, bir vakıf kurulması görüşünü desteklemeye imkan bulamamaktayız. Bunun yerine sağlık sigortası çalışmalarının hızlandırılması ve aksaklıkları düzeltilmiş bir tasarının bir an önce gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.

6) Yeni Tıp Fakülteleri Açılması ve Tıp Eğitimi:

Hekim ihtiyacı ve hekim yetiştirilmesi yıllardan beri tartışılan sorunlardan biridir. Mevcut hekimlerin sağlık hizmetlerinin ihtiyacına yetmemesi yanında, artan nüfus da hekim ihtiyacını attıran nedenlerdir. Halktaki sağlık hizmetleri bilincinin artışı, artık hekimsiz olmanın bir kader olmadığını halkta yaygınlaşmaktadır. Bu bakımdan **yeni hekimlerin yetiştirilmesi sorunu büyümektedir.**

Bu bakımdan **yeni tıp fakültelerinin açılması gereklidir.** Ama, hangi plana göre, nerede ve nasıl açılmalıdır? Bu soruların cevabı verilmeden tıp fakülteleri açılması ortaya yeni sorunlar çıkarmıştır, bu sorunların daha da büyüyeceği kuşkusuzdur.

6.1) Tıp fakültesinin açılmasında planlama:

Tıp fakülteleri açılırken genel bir planlama yapılmalıydı. Bu planda göz önüne alınacak temel ilke yurdumuzun hekim ihtiyacının saptanmasıdır. Yurdumuzun hekim ihtiyacı ne kadardır ve hangi ölçüye göre saptanacaktır? Eğer, bir yerde hekim bulunmasını hekim ihtiyacı bakımından yeterli sayarsak ulaşacağımız sayı başka olacaktır, sadece boş kadroların sayısını ihtiyaç sayarsak sayı başka olacaktır, gerçek ihtiyacı hizmet normlarına göre saptarsak sayı başka olacaktır.

Millî Sağlık Hizmetini gözönüne alırsak, yurdumuzun ihtiyacı olan hekim niteliklerini, pratisyen hekimler, uzman hekimler, uzman hekim yardımcıları ve yönetici hekimler olarak belirleyebiliriz. Bu ölçüyü milletlerarası normlarla yurdumuzun gerçekleri arasında dengelersek, ortalama olarak 100 kişiye bir hekim olarak hekim ihtiyacımızı rakamlamak gerekir. Bu durumda bugün için 35 bin hekime ihtiyacımız vardır ve nüfusumuz 50 milyona çıktığı zaman da ihtiyacımız 50 bin hekime çıkacaktır. Halen 15 bin hekimimiz olduğuna göre, bugünkü ihtiyacımızın 20 bin hekim olduğu ortadadır.

6.2 Hekim ihtiyacının Kadrolanması:

Açıktır ki, hekim ihtiyacını belirtmek Tıp Fakülteleri açılması için yeterli bir gerekçe değildir. Halen kamu sektöründe boş olan kadro sayısı sa-

nıldığı kadar çok değildir. O takdirde, yetişecek hekimler, ülkemizde nasıl çalışma olanağı bulacaklardır? Yeni yetişen bir hekim ya kamu sektöründe çalışma olanağı arayacak ya da serbest çalışacaktır. Kamu sektöründe kadro bulamazsa, serbest çalışma alanının gitgide daraldığı bir ortamda bu çalışma şeklinde de giremezse geriye kalan tek alternatif yurt dışına gitmek ve orada çalışmaktır. Eğer amaç, dış ülkelerde çalışacak hekim yetiştirmek değilse, yurttaki hekim ihtiyacı gerçek normlarında kadrolanmalıdır. Bu yapılmadan açılacak Tıp Fakülteleri "gizli işsizlik" alanına hekim yetiştirmiş olacaktır. Gerçekten hekime ihtiyaç olduğu halde, kadro bulamamak yüzünden kaybolan hekim emeği yüksek düzeyde eğitilmiş bir elemanın gizli işsizliğidir. Onun içindir ki Tıp Fakülteleri, hatta açılmadan yapılması gerekli ikinci iş bu olmalıdır.

Hekim ihtiyacının saptanması ve bu ihtiyacın kadrolanması daha önce yapılması gereken iş olduğu halde, bugün de yapılması zorunlu iş budur.

6.3. Yeni Tıp Fakülteleri nerede açılmalıdır?

Diğer önemli bir sorun da budur. Açılacak Fakültelerin yeri, ülkemizin ulaşımı, bölgelerin özellikleri, gelecekteki kültür kalkınma merkezleri, liselerden yetişecek gençlerin durumları, özellikleri ve istekleri gözönüne alınarak saptanmalıdır. Bugün, genellikle bir Tıp Fakültesinin patronajı altında ve o Fakülte isteğine göre belirlenen Tıp Fakültelerinin yerleri böylece genel bir plana bağlanmalıdır.

6.4 Eğitim standartlarının saptanması:

Kaç öğrenci için kaç öğretim üyesine ihtiyaç olduğu, kaç öğrenci için de ne sayıda araç ve gereç gerektiği, fakültelerin ihtiyacı olan binaların nitelikleri, ders salonları, laboratuvarları ve klinikleri için gereken standartlar hesaplanmalıdır. Bu standartlar belirlidir. Ve Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu raporlarında (2. ve 3. Beş Yıllık Plan Çalışmaları sırasında) açıklanmıştır.

Tıp Fakültelerinin klinik ihtiyaçları ise, çok defa Sağlık Bakanlığının hastaneleriyle karşılanmaktadır. Bu ise, hizmet verecek olan bir hastanede eğitim yapmanın bütün güçlüklerini taşımaktadır. Aşırı sayıda hastaneye yatma ihtiyacına cevap verebilmek için, sür'atle teşhis ve tedavi gereken bir hizmet hastanesi ile, gereğinde uzun süre yatırılarak eğitim için gerekli herşeyin yapılması zorunlu hastaların yatacağı eğitim hastanelerinin nitelikleri ayrı olacaktır. Bu iki unsur bir arada bulundurmamak, birçok hastanelerde bazı problemler yaratacaktır. Bunun için, Tıp Fakültelerinin kliniklerinin eğitime daha Fakülte açılmadan hazırlanması gerekir.

6.5. Fakültelerarası eğitim sistemi ve programı denkliği:

Çeşitli Tıp Fakülteleri arasında farklı eğitim sistemleri ve eğitim programları bazı açılardan savunulabilir. Ancak, yetişen hekimlerin yetki ve sorumlulukları eşit olduğuna, bahis konusu olan da insan hayatı olduğuna göre, Fakülteler arası eğitim sisteminin en az ortak yanlarını saptamak zorunludur, programlar da amaçlar bakımından denk duruma getirilmelidir. Üniversitelerin özerk olmaları yapılmasına engel değildir. Amaçlar ve program ortaklığı sağlandığı zaman da, her fakültenin bu programı gerçekleştirme yolları özelliklerini koruyabilir. Ancak, amaç olan hekim yetişmesinde eksik veya aksak yanlar kalmamış olacaktır. Özellikle, yeni açılan bir Tıp Fakültesinde bu durumun ne ölçüde hayati bir önem taşıdığı açıktır.

Fakülteler arası ortak kurul yılda en az bir kere toplanarak programları gözden geçirmeli ve ihtiyaç duyulan değişiklikleri de tartışarak gerçekleştirmelidir.

6.6) Yurt gerçekleri içinde Tıp Eğitimi:

Tıp eğitiminde, hizmette görülen boşlukları giderecek bir reformun yapılması zorunludur.

İhtiyaçların başında, hekimlerin pratik meslek uygulamalarının yeterli duruma getirilmesi bulunmaktadır. Daha çok teorik eğitime yer verilen Tıp Fakültelerinden yetişen hekim, kendisini meslek uygulamasında yeterli bulmamakta basit cerrahi müdahaleler, doğum ve hasta karşısında süratle karar verilmesi gereken diğer durumlarda eksiklik duymaktadır. Hekimlerin uzmanlaşma eğiliminde önemli bir rol oynayan bu durumun giderilmesi için fakülteler gerekli eğitim değişikliklerini yapmalıdırlar.

Diğer bir ihtiyaç, teşhis ve tedavi hekimliği kadar hatta bunlardan da önemli olarak toplum sağlığı bilgilerinin hekim adaylarına verilmesi 2. bölümde açıklanmış olan toplum sağlığı konularının öğretilmesi, hekimlerin yurt gerçeklerine yakından eğilmiş olarak hizmette daha başarılı olmalarını sağlayacaktır. Ayrıca, araştırma eğitiminin yapılması ve yöntemlerinin öğretilmesi yurdumuzda büyük bir boşluğun doldurulmasına yardımcı olacaktır.

6.7) Tıp Eğitiminin süresi:

Tıp eğitimi bugün 6 yıldır. Bu sürenin iyi bir programla kısaltılması tartışılmalı ve karara bağlanmalıdır. Bu kısaltma, ilk yılda ki F.K.B. eğitiminin gerekliliği, 6 aylık eğitimin sekiz aya çıkarılması gibi çeşitli yöntemlerle uygulanabilir. Buna elbette, kararı fakülte eğitim yetkilileri verecekler-

dir. Ancak, yurdumuzun hekim ihtiyacı karşısında eğitim nitelikleri zedelenmeden bulunacak yollar, yurdumuzun yararına olacaktır.

Ayrıca, eğitim sürelerinin bir kısmını kırsal bölgelerde pratik uygulama olarak yapmanın yararları gözönüne alınarak gereken program, değişikliklerinin yapılması uygundur.

6.8) Tıp fakültelerinin finansmanı:

Tıp Fakülteleri genel bütçeden finanse edilmelidir. Bu finansmanı eksik yapmak, bunu karşılamak için de tıp fakülteleri kliniklerini döner sermayeli klinikler durumuna getirmek, kamu sektörü hastahaneleri için bulunan sakıncaları taşıyacaktır. Bu bakımdan, her tıp fakültesi, gereken finansmanı genel bütçeden alabilmelidir.

6.9) Sonuç:

Bir tıp fakültesi açmak sanıldığı kadar kolay değildir ve bir emirle açıldığı sanılacak bir kuruluş değildir. Belirtilen tedbirlerin alınması Türk hekimlerinin iyi yetişmesi ve halk sağlığı gibi hassas bir konunun ileride güçlüklerle karşılaşmaması için zorunludur. Aksi takdirde, plansız ve eksikliklerle dolu bir uygulama ortaya ciddi sorunlar çıkaracaktır. Özellikle eğitimle istihdam arasında büyük çelişkinin doğmaması çok önemlidir. Çünkü, büyük güçlüklerle açılan tıp fakülteleri yurt hizmetinde verimli olmadıkları takdirde üzülenlerin başında gene hekimler gelecektir.

7) Sağlık hizmetlerinde eleman istihdam sorunu:

Sosyal sağlık hizmetinde bütün iyi niyetli çabalara rağmen eleştirilerin devam etmesi, zaman zaman basına akseden şikayetler, çalışan hekimleri ve yöneticileri bozduran ithamlar, birçok nedenlere dayanmaktadır. Bu nedenlerin en önemlilerinden biri kuşkusuz personel istihdamında kurumlar arası nitelikte gerçekçi bir sistemin kurulmamış olmasıdır. Sistemin yokluğu gerçek durumu kamu oyuna aksettirmemekte ve gerçeği bilmeyen, vatandaşlardan zaman zaman şikayetler yükselmekte, sağlık yöneticileri ve çalışan hekimler yerli yersiz itham edilmektedir. Sağlık hizmetleri sorunları ise günümüze kadar yanlış bir inançla yatırımla politikasını benimsemekte, eksiklikleri tamamlanmış gösterme yolunu tercih etmektedirler. Ne var ki bir sorunun çözülmesi için önce sorunun mevcut çıkmazlarını gerçekçi bir görüşle saptamak ve gizlilikten kaçınmak gereklidir. Konuyu bu açıdan ele alırsak, sağlık hizmetlerinde personel istihdamı sorununun çözülmesinde önce bir anlayış formuna ihtiyaç olduğunu kabul etmek zorunda kalırız. Bugünkü durumu kısaca belirtelim.

7.1) Anayasamızın 49. maddesi halkın sağlığını teminat altına almak görevini devlete vermiştir. Devletin bu konudaki yürütme organı ise hükümet adına Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıdır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütün vatandaşların yükümlü olduğu vergilerle finanse edilen genel bütçeden finansman payı almakta ve bütün vatandaşların sağlık hizmetlerini yerine getirmekle yükümlü bulunmaktadır. Bu yükümlülüğünü yerine getirmek için öncelikle sağlık personeline ihtiyaç vardır, fakat ihtiyacı karşılayacak sayıda personeli temin edememektedir. Zaman zaman hekimlerin yurt dışına kaçtıklarını ve bu nedenle eleman bulunamadığını ileri sürmekte, zaman zaman hekimlerin serbest hizmeti tercih ettiklerini beyan etmekte ve hekim ihtiyacını karşılayamadığını ifade etmektedir. Oysa diğer yandan Sağlık Bakanlığında iş istedikleri halde kadro bulamadıklarını belirten hekimlerin feryatlarını, yurt dışından vatana dönüp sosyal hizmette kadro bulamadıkları için yeniden yurt dışına çıkma yollarını arayan hekimlerin feryatlarına karışmaktadır. Bir-biriyle çelişen bu beyanların nedenini arayıp ortaya döken bir çaba ise, yönetici kadrolarında henüz görülmemiştir. Sadece iş için başvuran hekimlerin büyük şehirleri tercih ettikleri, oralarda kadro olmayınca da hizmetten kaçındıkları tekrarlanmaktadır. Oysa böyle olsa dahi, bu olağan bir sonuçtur. Çünkü büyük şehirlere atanmanın belli bir kıstası yoktur. Kendisinden bir kaç gün önce aynı durumdaki bir hekimin büyük şehirlere atandığını gören hekim, kendisine mahrumiyet bölgesi gösterilince haksızlığa uğradığına inanmakta ve sosyal hizmete küsmektedir. Böyle bir ruh ortamındaki kimsenin serbest hizmet yolunu araması veya yurt dışında çalışmayı tercih etmesi kınanacak bir durum değildir. Bir an için her başvuran hekimin her görevi kabul ettiğini düşünelim. Yöneticiler için mutlu sayılacak bu tutum ihtiyacı karşılayacak mıdır? Bunu anlamak için gerçekçi hesaplara başvurmak gerekmektedir.

7.2) Yurdumuzda mevcut nüfusun günlük hekime başvurma oranı % 2 olarak kabul edilebilir. Bu norm SSK'da % 3'dür. İyimser bir hesapla bu kuruluşa başvuruların çalışma koşulları nedeniyle fazlaca olduğunu kabul edersek, ortalama normu % 2 kabul edebiliriz. Günlük başvurma oranını % 2'den az kabul olanağı yoktur. Çünkü bu gibi istatistiklerin hassas olarak yapıldığı birçok Avrupa ülkelerinde bu norm % 3 ile % 4 arasında değişmektedir. Türkiye'nin yaşama koşullarında bu oranın gerçekte daha fazla olacağı kabul edilebilir.

Bu oranla nüfusumuzun hergün 700.000 kişisi hekime başvuracak demektir. Bu sayıyı bir hekimin günlük mesai içinde bakabileceği azami hasta sayısı olan 40'a bölecek olursak, ilk müracaatı

karşılacak hekim sayısının **17.500** olması gerektiğini buluruz. **Bu sayı, sosyal hizmette görev alması gereken pratisyen hekim sayısıdır.** Bu sayıya uzman hekimlere gönderilen hastaları, klinik tedavide tıbbi veya cerrahi madahaleleri hesaplayarak ortaya çıkacak uzman hekim ihtiyacını da ekleyelim. Bu ihtiyacın hesabı için en basit yol, yatak ihtiyacına göre hesap etmektir. Ortalama olarak yatak ihtiyacını onbinde 50 kabul edersek (bu norm ileri ülkelerde onbinde 100'ü geçmektedir) yurdumuzda 175 000 hasta yatağına ihtiyaç vardır. Gene iyimser hesapla her 30 yatak için bir uzman hekim gerektiğini kabul etsek, sosyal hizmette **5 750 uzman hekime ihtiyaç olduğu** sonucuna varırız. Tam teşekküllü dispanserlerde ilk müracaat hekimlerinin gönderdiği hastaları karşılayacak uzman hekimleri ise, pratisyen sayısının % 10'u olarak kabul edersek **poliklinik hizmetlerinde 1750 uzman hekime ihtiyaç olduğu** ortaya çıkar. O halde **toplam olarak 7 500 uzman hekime ihtiyaç var** demektir. Özellikle müdahil branşlar için gerekli olan uzman yardımcısı sayısını (bugün bu hizmet ihtisas eğitimi yapan hekimlere gördürülmektedir) **1 000 olarak kabul edelim. Yönetim hizmetleri için 1 000 hekim ve koruyucu hizmetleri için** (iş yerleri koruyucu hekimleri dahil) **asgari ihtiyacı 2 000 olarak kabul edelim.**

Bütün hesaplar asgari ölçüler içinde tutulmuş olmasına rağmen, **yurdumuzda yeterli bir sağlık hizmetinin yerine getirilmesi için günümüzün koşullarında toplam olarak 29 000 hekime ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.**

Sosyal hizmetteki dış hekimi ihtiyacına gelince. Gene S.S.K.'nın istatistikleri ile Avrupa ülkelerinin örneklerinden, nüfusun her gün % 05'inin dış hekimlerine başvurduğunu bilmekteyiz. Bu durum **her gün 175 000 hastanın dış hekimlerine başvuracağını** göstermektedir. Bu sayıyı bir dış hekiminin konservatif tedavi ve diğer müdahaleler dahil günlük mesai içinde bakabileceği azami hasta sayısı olan 20'ye bölersek, **sosyal hizmette ihtiyaç olan dış hekimi sayısının 8 750 olduğu** sonucuna varırız.

Gerek hekimler, gerekse dış hekimleri için ihtiyaç sayıları bugünkü nüfusumuza göre hesaplanmıştır. Artın nüfusla bu sayıların nüfus artışı oranında çoğalacağı olağandır.

Yurt dışındaki ve yurt içindeki Türk Hekimlerinin toplam sayısı 15 000 kadardır. Yurt içindeki ve yurt dışındaki Türk Dış Hekimlerinin toplam sayısı ise 4 000'den azdır.

7.3) Artık bu gerçek ve bütün hekimler sosyal hizmete koşsa dahi şikayetleri doğuran ortamın kısa zamanda giderilemeyeceği kamu oyuna açık-

lanmalıdır. Bu açıklamadan sonra personel istihdamında reform sayılabilecek aşağıdaki tedbirlerin alınmasında fayda vardır;

7.3.1) Günümüze kadar süregelen ve eldeki bütçeye göre kadro sayısı tesbiti formülünden vazgeçilmelidir. Hekim ihtiyacını hesaplarken belirttiğimiz kıstaslar esas alınarak kadrolar ihdas edilmelidir. **Her 2000 nüfus için bir pratisyen hekim (ocak hekimi veya ilk müracaat hekimi ismi ile), pratisyen hekimi sayısının % 10'u kadar, tam teşekkülü dispanser uzman hekimi, her 20-30 yatak için bir klinik uzman hekimi, yeteri koruyucu hizmet hekimi, her 4000-5000 nüfus için bir diş hekimi kadroları ihdas edilmelidir. Bu kadroların dolmaması önemli değildir.** Bu kadroların saptanmasından sonra, boş kadro sayısına göre her bölgede ne sayıda ve ne nitelikte hekime ihtiyaç olduğu anlaşılacaktır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilk görevin yerine getirmiş olacak ve bu durumu boş kadroların bulunduğu bölgedeki vatandaş da bilecek ve eksik hizmetin nedenini anlayacaktır. Bir bölgede 4 kadro olduğu halde bir hekim çalışıyorsa o bölgedeki veya sağlık tesisinde 4 hekimin işini bir hekimin yürüttüğü anlaşılacaktır. Kadrolara peyderpey atanmaların yapılması ithimaline karşılık gereğinde ek bütçe formülünün Sağlık Bakanlığına sağlanması temin edilmelidir.

7.3.2) Hekimlik mesleğinin kıdemle paralel olarak sorumluluğu artan büro memurluğu olmadığı kabul edilmelidir. Göreve başladığı ilk yıldan, emekli oluncaya kadar insan hayatının sorumluluğunu eşit olarak ve en yüksek düzeyde taşıdığı bilinmeli ve bu gerçeğe göre değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme, ilk fayda olarak serbest hizmetten sosyal hizmete yönelmeyi teşvik edecektir. Her ne kadar 1327 sayılı kanunla hekimlere bazı ayrı haklar tanındı ise de, yeterli olmamıştır. Örneğin kadro piramidi hala mevcuttur. İlk dört derecenin terfi barajı gereksiz olarak hekimler için de norm kadroyu gerektirmektedir. Full-time tazminatı değerini kaybetmiştir ve full-time sistemi zedelenmiştir. Yönetici hekim kadroları, yönetici büro kadroları ile eş düzeyde tutulmuştur. Oysa hekimlik mesleğini gerektiren yönetici kadrolarının hekimliğin bütün haklarından yararlanması gereklidir.

Bütün bunlardan ayrı olarak bölgeye göre değişen ek ödemeler sağlanmalıdır. Türkiye'nin çeşitli bölgeleri arasında yaşama koşulları bakımından önemli farklılıklar olduğu bir gerçektir. **Güç yaşama koşullarının ek ödemelerle değerlendirilmesi, hekimlerin mahrumiyet bölgelerinde çalışmalarını teşvik edecek, hiç değilse bu bölgelere atanmalar halinde göreve razı olmalarını sağlayacaktır.**

7.3.3) Kadrolara, kadro isimlerine uygun hekimler atanmalıdır. Pratisyen hekim kadrosuna uzman hekim atanması çok yanlış bir tutumdur. Uzman hekim bu kadroyu hiçbir zaman benimsemecek ve hizmet verimi düşecektir. Ayrıca bu kadroların yalnızca pratisyen hekimler tahsisi, uzmanlaşma eğilimini ortadan kaldıracaktır.

7.3.4) Sosyal hizmete ilk defa giren bir hekimin hangi bölgeden ve ne nitelikte görevden işe başlayacağını, hangi koşullardan başka bölgelere atanacağını belirten bir tayin nakil ve becaiş yönetmeliği hazırlanmalıdır. Yönetmelik ayırım yapılmadan bir hekime aynı şekilde uygulanmalıdır. Her hekim başlayacağı ve ulaşabileceği görevi bilmeli ve değişiklik yapılarak hakkının zayı olmasına inanmalıdır. Herkesin tabi olacağı uygulama, hekimde haksızlık yapıldığı duygusunu ortadan kaldıracak ve sosyal hizmete başvuran hekim, kendisine verilecek görevi kabul edecektir.

Bu şekildeki bir yönetmelik, çalışma bölgelerine göre atanmaya esas olacak puantaj sistemini benimseyerek Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından yapılmıştır. Örnek olarak incelenmesi faydalıdır.

7.3.5) Asistan hekimler hizmet sırası geldiği zaman uzman yardımcısı pratisyen hekim kabul edilmekte, çalışmalarının değerlendirilmesi söz konusu olduğu zaman ise öğrenci oldukları beyan edilmektedir. İhtisas eğitimi gören hekimlerin hizmetli mi yoksa öğrenci mi olduklarına kesin bir karar verilmeli ve açıklanmalıdır. Karardan sonra uzman yardımcılığı sorunu çözümlenmelidir. Asistan hekimler öğrenci iseler, memur sayılmazlar ve aylığa hak kazanamazlar. Fakat hiçbir hizmetle yükümlü olmayacaklardır. Ne nöbet hizmeti, ne de mesai saati ile ilgileri bulunmaz. Sadece öğrenmelerine yarayacak vakalarda gözlemci olarak hazır bulunacaklar ve kendileri için yetkili uzmanın tertiplemediği seminerlere ve demonstrasyonlara gireceklerdir. Uzman yardımcılığı için ayrı pratisyen hekimlik kadroları ihdas edilmelidir. Esasen ihtisas eğitimine teşvik biraz da bu nedene bağlıdır. Uzmanlar yardımcı istedikleri için ısrarla asistan kadrosu talep etmektedir. Yardımcılık için açılan kadrolar da uzman üretme aracı ödevini görmektedirler.

Kanımızca bu sorunun orta bir çözüm yolu vardır. Yardımcıya ihtiyacı olduğu belirli kıstaslara göre saptanan uzmanlara pratisyen hekimlerden uzman yardımcısı olarak gerekli kadro verilmeli ve bu kadrolara pratisyen hekimler atanmalıdır. Bu hekimler herhangi bir hizmetteki pratisyen hekimden farksız ücretlerle çalışmalıdırlar. Fakat bu kadrolara yetkili uzmanların yanında olmak şartı ile asistan hekimler de atanabilmeli ve bu göreve atanan asistan hekim hem eğitim programını, hem

de kadronun gerektiği hizmeti yüklenmelidir. Hizmetinin karşılığı da, uzman yardımcısı pratisyen hekimin değerlendirildiği şekilde değerlendirilmelidir. Öğrencilikle ilgili çalışmalarının ayrıca değerlendirilmesi söz konusu olmamalıdır.

Bu formül uzmanlara yardımcı bulmak isterken, mutlaka ihtisas eğitimi kadrosu açılmasını önleyecektir. İhtisas yetkisinin verilemeyeceği yataklı tesislerdeki uzman hekimlerin de yardımcıya ihtiyacı bulunabileceği hatırlanırsa, formülün gerekliliği daha açık olarak anlaşılacaktır. Birçok uzman hekimin mutlaka yardımcı hekime sahip olabilmek için ihtisas yetkisi zorlamasına da gereklilik kalmayacaktır.

7.3.6) Kanunların belirttiği mesai saati dışı çalışmaların mutlaka ve adil ölçülerle değerlendirilmesi gereklidir. Özellikle nöbet hizmetlerinin ve acil vakalara mesai dışında çağrılmaların belli kısıtlar içinde ve yeterli ölçüde değerlendirilmesinde zaruret vardır. Bu uygulama halen sadece Sosyal Sigortalar Kurumunda vardır ve çok yetersiz bir ödeme halinde süregelmektedir. Bu uygulamanın genelleştirilmesi ve ödemelerin reel kıstaslara bağlanması sağlanmalıdır.

7.3.7) Hemşire istihdamı konusu, hekim istihdamı sorunundan daha güç koşullar içindedir. Hemşirelik mesleği toplum içinde değerli ve itibarlı yerini hala kazanamamıştır. Belli eğitim süresi ile mesleği elde etmiş elemanların çok az olması nedeni ile çeşitli ünvanlarla bu hizmet yeterli personele gördürülmekte, hatta erkek hemşire ünvanı ile bir takım insan hastanelerde çalıştırılmaktadır. Bu durum ise mesleğin itibarını daha da düşürmekte ve genç kızların mesleği tercih etmelerini önlemektedir.

Hemşire hekimin en önemli, hatta tek yardımcısıdır. Yalnız klinik hizmetlerinde değil, poliklinik hizmetlerinde de hekim yardımcısının hemşire olması gereklidir. Hemşirenin yardımcılığı hem hekimin verimini arttıracak, hem de hasta hekim ilişkilerinde zaman zaman ortaya çıkan sürtüşmeleri önemli ölçüde azaltacaktır. Fakat yurdumuzdaki sayılarının azlığı dolayısıyla polikliniklerde de görevlendirilmeleri olanağı yoktur. Elbette ki klinik hizmetlerinde daha fazla gereklidir ve bu hizmetlere atanmaları sağlanmalıdır. Fakat her on yatağa bir hemşire normu kabul edilirse (Avrupa normu 2 yatağa bir hemşiredir) yurdumuzda sağlık hizmetleri için **asgari 17 500 hemşireye ihtiyaç olacağı anlaşılmaktadır**. Mesleği teşvik için tek maddi değerlendirmedir. Ayrıca hekimler için önerdiğimiz diğer tedbirler, farklı ölçülerde de olsa hemşireler için de uygulanmalıdır. Reel kadroların verilmesi, fazla mesailerin değerlendirilmesi, mahrumiyet hizmetleri ödeneği bu mesleği teşvik

edecektir. Aynı bir tedbir de okul mezunu gerçek hemşirelerle, kurs veya kısa süreli eğitimle bu göreve atanmalar arasında yetki, sorumluluk ve değerlendirme farkının açıkça belirlenmesidir.

Bu tedbirlerden sonra hemşirelik mesleği okullarına rağbet artacaktır. Bu okulların ilkokuldan sonra parasız yatılı olmaları temin edilirse teşvik daha da artacak ve gelecekte hemşire sayısı yönünden büyük açığın kapanması ümidi doğacaktır.

Sosyal hizmette en az 30 000 hemşirenin görevlendirilmesi hedef olarak alınmalı ve hemşire yetiştirme çabaları bu hedefe göre düzenlenmelidir. Hemşirelerin doğum izinlerinin arttırılması ve emeklilik sürelerinin kısaltılması da meslekte devamlarını sağlama yönünden faydalı olacaktır.

7.3.8) Sağlık memuru veya yeni adıyla sağlık teknisyeni denilen mesleğin sağlık hizmetlerindeki yeri gerçekte çok kısıtlıdır. Koruyucu hekimlik hizmetleri ile laboratuvarlar bu elemanların yararlı olabilecekleri yerlerdir. Fakat sayıları bu hizmetlerin kadrolarına göre çok fazladır. Günümüzde hemşire eksikliğini telafi etmek amacıyla her türlü görevde istihdam edilmektedirler. Bunun bir zaruret olduğu açıktır. Ancak hemşire sayısını çoğaltma çabaları olumlu sonuçlar verdikçe, bu mesleğin okullarını da aynı ölçüde azaltma ilkesinin benimsenmesi gereklidir. Aksi halde gelecekte sosyal hizmette yer bulması güç olan ve zorunlu olarak mütetabipliğe yönelen sağlık teknisyenleri sorunu doğacaktır.

7.3.9) Sağlık hizmetlerinde müstahdemin niteliği çok önemlidir. Hizmetten şikayetlerin büyük çoğunluğu müstahdemin davranışlarından doğmaktadır. Bu davranışlar ise çoğunlukla hekimlerin giyabında olmakta, fakat hastaların tepkileri hekimlere yönelmektedir. Bu personelin en az ilkokul mezunu olması ve hizmete başlamadan önce yeterli bir kurstan geçirilmesi kesin bir ihtiyaçtır. Fazla mesailerinin adil ölçülerde değerlendirilmesi sağlanırsa, nisbeten kalifiye sayılabilecek elemanların başvurması sağlanacak ve seçme olanağı doğacaktır.

Raporumuzda dile getirdiğimiz gerçekler ve buna bağlı formüllerin, Sağlık Bakanlığına ayrılan bugünkü bütçe payı ile sağlanamayacağı açıktır. Fakat sağlık hizmetlerinde personel istihdamı sorununun başkaca çözüm yolu yoktur. Ne mecburi hizmetle ne rotasyon sistemi ile bu sorun çözümlenemez. Bu geçici tedbirlerin hepsi denenmiş ve sonuç alınamamıştır. Ülkemizde insan hayatına değer veriliyorsa, bu değer karşılığı da genel bütçeden ayrılmalıdır. Aksi halde sorunların çözümlenmesi beklenmektedir.