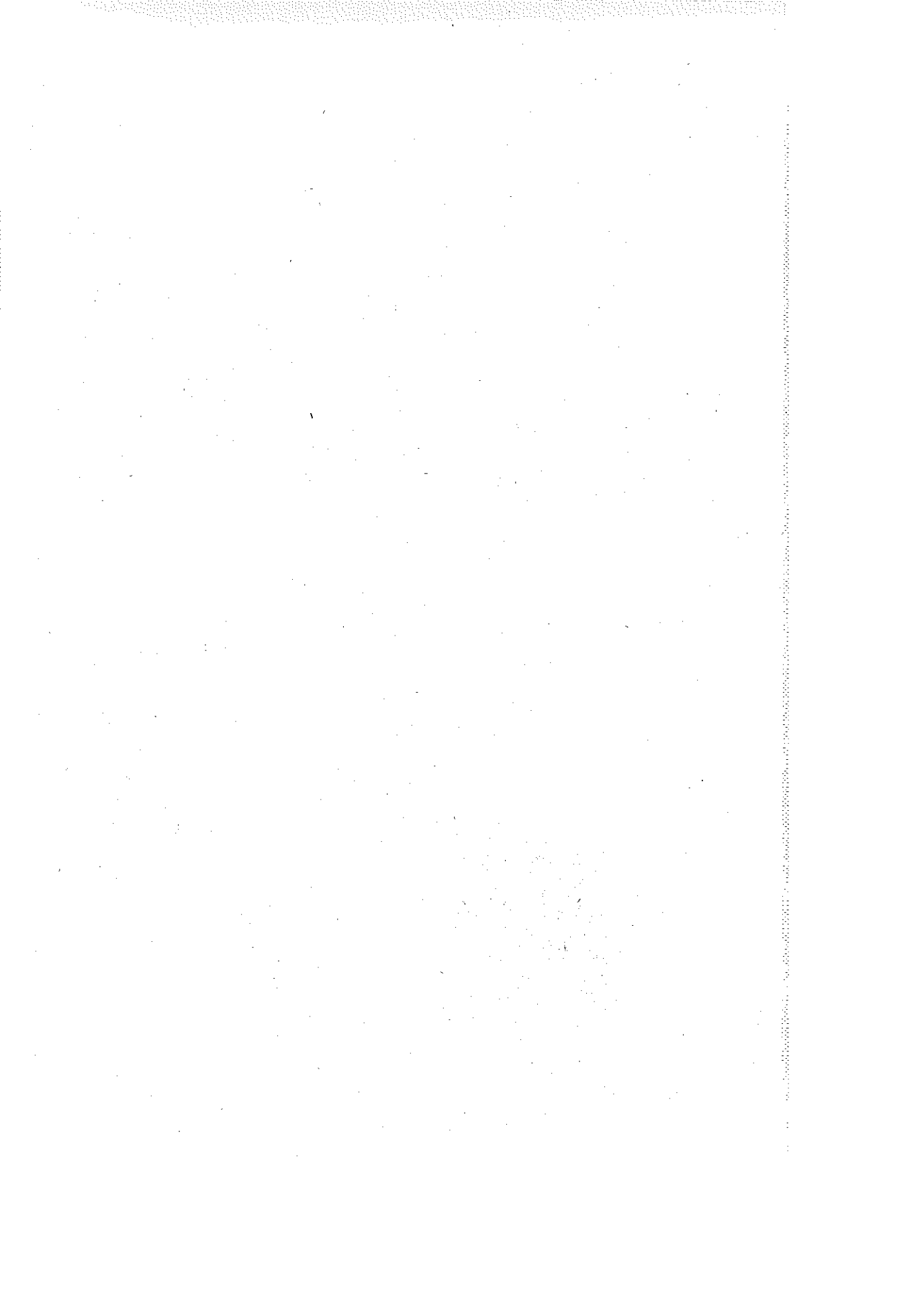


TÜRKİYE'NİN GENEL SAĞLIK POLİTİKASI

Doç.Dr. Mustafa KALEMLİ

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı

**İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi
Çalışma ve Endüstri İlişkileri
Araştırma Merkezi
Sosyal Siyaset Konferansları 34. Kitap
1985 den ayrı basım.**



TÜRKİYE'NİN (GENEL) SAĞLIK POLİTİKASI

Doç. Dr. Mustafa KALEMLİ

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı

Bugün burada bana Genel Sağlık Politikası konusunda konuşma görevi verildi. Bu görevi üstlenirken, konuşmanın konusu sebebiyle uzun uzun düşündüm. Bir ülkede, Genel Sağlık Politikasını pek tabiidir ki, Siyasi İktidarlar, o Siyasi İktidarın Hükümeti ve bu Hükümet içerisindeki en yetkili kişi olan Sağlık Bakanı tesbit eder. Başka bir tabirle, tesbit edilmiş olan Millî Sağlık Politikasını Sağlık Bakanlığı yürütür. Olaya bu açıdan baktığımda, bu konuda konuşmanın bir Hükümet üyesi olarak zorluğunu hissettim. Ama olaya bir başka açıdan yaklaştığımda, bugün başında bulunduğum Bakanlığın, nüfusumuzun 1/3'üne, yani yaklaşık 16 milyon kisisine sağlık hizmeti götürmekte olduğunu düşünerek, bu defa sağlık konusunda konuşma mecburiyeti hissettim.

Bu iki değişik görüş açısından olaya yaklaşmaktansa bu konuşmayı bir doktor olarak yaptığımı kabul etmenizi ve beni böyle gördüğünüz takdirde daha rahat olacağımı bilmenizi isterim. Hassaten istirham ediyorum, bu konuşmayı sade bir doktor olarak yaptığımı lütfen kabul buyurun.

Maksadım ve niyetim hiç bir zaman çizmeden yukarı çık-

mak değildir. Ama, bir hekim olarak Genel Sağlık Politikası konusunda eğer bazı düşüncelerimiz varsa ki öyledir bunları size aktarmak görevimdir.

1982 Anayasamızın 56. maddesi der ki; «Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşın ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünden tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki Sağlık ve Sosyal Kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için Kanunla Genel Sağlık Sigortası kurulabilir.» Anayasa böyle diyor.

Diğer yandan, mer'iyette olan İş Kanunumuz, İşçi Sağlığını ve İş Güvenliğini «Bakanlık» olarak sağlamamızı emreder.

Genel Sağlık Politikası teriminden anladığım, Anayasamızın esprisine paralel ve hekimlik anlayışı doğrultusunda vatandaşa çağın koşullarına uygun, kaliteli ve güvenilir her türlü sağlık hizmetinin götürülmesidir. Bu hizmetlerin götürülmesinde en önemli nokta önceliklerin sosyal yapımıza uyan ilmi gerçeklere dayandırılmasıdır. Genel Sağlık Politikası çerçevesinde vatandaşa sunulacak sağlık hizmetinin her aşamadaki en belirgin vasfı, insan hayatına verilen önem olmalıdır. Bu işin Devlet bütçesine getireceği ekonomik yük iyi hesaplanmalı, memleket çapında kaliteli sağlık hizmeti uy-

gulaması akılcı ve uzun vadeli planlarla, taviz verilmeksizin aşamalarla gerçekleştirilmelidir.

Bu noktada, 6 Kasım 1983 tarihine kadar memleketimizde oturmuş bir Genel Sağlık Politikası olduğunu söylemek maalesef mümkün değildir.

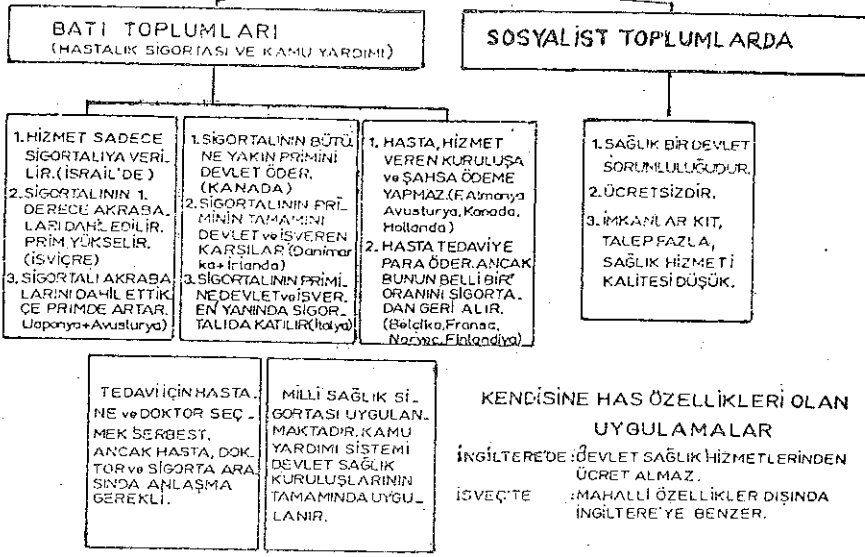
Cumhuriyetimizin kuruluşundan bugüne kadar sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde Devletin etkin olduğunu görmemize rağmen, her devrede de hatta her Bakan zamanında değişik anlayışın hakim olduğuna şahit oluyoruz.

Sağlık Politikasını yönlendirmek için bu işde görevlendirilecek kişiler ise, kendi görüş açısından bakarak her dönemde değişik uygulamalar getirmişler, Milli bir Sağlık Politikası oluşturamamışlar. Böylece de, sağlık işleri bir karmaşa içine düşmüş ve bundan en büyük zararı da vatandaş görmüştür.

Bugün, ülkemizin Genel Sağlık Politikası konusunda konuşurken, millet olarak, Devlet olarak varoluşumuzdan bu yana sağlık alanında yaptıklarımızı gözden geçirmek gerekir. Ama, zaman darlığı nedeniyle Cumhuriyet öncesi devredeki sağlık konusundaki çalışmaların irdelenmesini bir tarafa bırakıp, Cumhuriyet döneminden itibaren ülkemizde sağlık alanında neler yapılmış, bunlara kısaca değindikten sonra, günümüzde, günümüz Sağlık Politikasını oluştururken dikkat edeceğimiz noktaları tartışmaya çalışacağım.

Dünyada, sağlık konusunda daha doğrusu sağlık hizmetlerinin vatandaşa ulaştırılması konusunda iki büyük sistem geliştirilmiş, birincisi, genellikle batı toplumlarının tercihi olan hastalık sigortası ve bunu tamamlayan kamu yardımı uygulamasıdır. İkinci tercih, genellikle doğu avrupa ve sosyalist ülkelerin tercihi olan Devlet Denetimindeki sağlık uygulaması sistemidir. Bunlar dışında, bu iki sistemden bazı bölümleri alan ve kendi kaynaklarını da bununla bütünleştiren bir üçüncü uygulama adaptasyon sistemini meydana getirmektedir.

GÜNÜMÜZDE SAĞLIK MODELLERİ



1 — Sigorta Sistemi, sadece sigorta olan kişiyi ele almaktadır. (İsrail örneği) sigortalı kişiye ilâve olarak, birinci derece bazı akrabalarına da faydalanma hakkı vermektedir. (İsviçre'de olduğu gibi) bir kısım ülkelerde de sigortalının yakınları, sigorta sistemine dahil edildikçe prim miktarı yükselmektedir. (Japonya ve Avusturya'da olduğu gibi).

2 — Bazı ülkelerde sigorta kaynağının tamama yakın kısmını devlet bütçesinden (Kanada'da olduğu gibi), bazen sigorta finansmanı devlet ve işverence karşılanmaktadır. (Danimarka, İrlanda'da olduğu gibi) bazen bu sisteme işçinin de katılması istenilebilir. (Örnek; İtalya).

3 — Bazı ülkelerde hasta, hizmet veren kuruluş veya şahsa hiç ödeme yapmamaktadır. Örnek vermek gerekirse, F. Almanya, Avusturya, Kanada, İtalya, Hollanda bu grupta sayılabilir. Bazı ülkelerde hasta, hizmet karşılığını tamamıyla ödermekte, ancak bu paranın belli bir oranını bilahare si-

gortadan geri almaktadır. Belçika, Fransa, Finlandiya, Norveç'te durum budur.

4 — Genelde, batı toplumlarında hastalar tedavi için istedikleri hastaneye veya doktora başvurabilmektedir. Ancak bu durumda başvuru doktor veya hastane ile sigorta arasında bir protokolün yapılması gerekmektedir.

5 — Milli Sağlık Sigortası, genellikle sosyal güvenlik, sosyal refah veya Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarınca yönetilmektedir.

Kamu yardımı sisteminde, toplumun tamamına yakın kısmı devlet hastanelerinden, sağlık merkezlerinden ve dispensarilerden ücretsiz faydalanabilirler. Topluma açık sağlık kuruluşlarının finansmanı bütçeden karşılanır. Burada, bazı durumlarda sınırlı hastalık sigortası uygulanabilmektedir.

Ülkemizde genelde kamu yardımı sistemi uygulanmakta, ayrıca ek uygulamalar bulunmaktadır.

İkinci büyük sistem ise; Doğu Avrupa ve Sosyalist ülkelerde tatbik edilmektedir. Bunun karakteristik özellikleri;

1 — Eldeki imkân ne olursa olsun, sağlık bir devlet sorumluluğudur.

2 — Hizmet maliyetleri tamamen devlet tarafından karşılanmaktadır.

3 — Taleple arz sağlık kuruluşlarında tam anlamı ile kurulmamıştır.

Bu iki sistem dışında bazı ülkelerin kendilerine has uygulamaları bulunmaktadır. İngiltere'de nüfusun tamamı bütün sağlık hizmetlerinden hiç bir ücret ödemedi faydalanır.

İngiltere'de devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan pay 1971 verilerine göre 2.551 milyar sterlindir. 1971 yılında, 771 kişiye bir hekim düşmektedir. Her bin kişiye 95 yatak düşmektedir.

İsveç'te uygulanan sistem de bazı farklılıklarla, İngiltere'deki sisteme benzemektedir.

Bugün ülkemizin Genel Sağlık Politikasının ana hatlarını konuşurken veya bu konuda söz söyleme durumunda kalınırken birazcık geriye gidip, «Cumhuriyet öncesinde Sağlık Politikası ülkemizde ne durumdaydı?» buna bakmak, hatta kuruluşumuzdan, devlet olarak millet olarak varoluşumuzdan bugünlere kadar sağlık alanında neler yapmışız, bunları baştan aşağı taramak, gereklidir. Ancak zaman darlığı nedeniyle bu konuşmada bunu yapma imkânına sahip değiliz. O nedenle, Cumhuriyet döneminden itibaren ülkemizde sağlık alanında neler yapılmış, bu konuda neleri benimsemişiz? kısaca bunlara değindikten sonra, günümüze bakmak, günümüzde sağlık politikasında neler yapılacağını tartışmak, çok daha faydalı olur kanaatindeyim.

Yüksek malûmları olduğu üzere, Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2 Mayıs 1920'de 3 sayılı Kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kuruluş Kanununu kabul etmiştir. Bakanlığın teşekkülü ile birlikte Türkiye'nin Sağlık Politikasının stratejisi ve ilkelerinin tesbitinin yapılması kolaylaşmış ve 1925 yılında Sağlık Politikası 6 temel esasa bağlanmıştır. Bunlar şöyle sıralanıyor;

1925 YILINDA TESBİT EDİLEN SAĞLIK POLİTİKAMIZIN 6 TEMEL ESASI

- 1 — DEVLET SAĞLIK TEŞKİLATINI KURMAK ve GENİŞLETMEK.
- 2 — MEMLEKETİN İHTİYACI OLAN HEKİM ve YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİ YETİŞTİRMEK.

- 3 — NUMUNE HASTANELERİ İLE DOĞUM ve ÇOCUK BAKIMEVLERİ AÇMAK.
- 4 — ÜLKEDE YAYGINLIĞI ve ÖLÜM ORANI YÜKSEK OLAN SİTMA, VEREM, TRAHOM, TİFO ve DİĞER BULAŞICI ve ÖNEMLİ HASTALIKLARLA MÜCADELE ETMEK.
- 5 — SAĞLIK SOSYAL YARDIM TEŞKİLATINI KÖYE KADAR GÖTÜRMEK.
- 6 — MERKEZ HIFZISSIHHHA ENSTİTÜSÜ ve OKULUNU KURMAK.

Artık koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı tamamen ihmal edilmiş, bütün teşkilat olarak tedavi edici hekimliğe yönelinmiştir. Hatta diyebiliriz ki, Cumhuriyet tarihimizin ilk 15 yılında Hükümet Politikasında, öncelik ve ağırlık koruyucu hizmetlere verilmiş, tedavi edici hizmetler daha ziyade mahalli idarelerde, sosyal hizmetler ise gönüllü kuruluşlara bırakılmıştır.

II. Dünya Savaşı, ülkemizde diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da şartların gereği olarak değişikliklere sebep olmuştur. Harbin bitiminde, ülkenin sosyal ve ekonomik kalkınmasına paralel olarak sağlık tercihleri yeniden düzenlenmiştir.

Bu cümleden olarak; 1946 yılının Kasım ayında ülkedeki sağlık problemlerini görüşmek için Yüksek Sağlık Şurası toplanmış ve «10 yıllık Milli Sağlık Planını» kabul etmiştir.

**1946 YILINDA
YÜKSEK SAĞLIK ŞURASININ KABUL ETTİĞİ
«10 YILLIK MİLLİ SAĞLIK PLANI»**

- 1 — İLERİ ÜLKELERİN ÖNCELİKLE ELE ALDIKLARI KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN GEREKLİ TEŞKİLATI KURMAK ve GELİŞTİRMEK.
- 2 — KÖYLÜK BÖLGELERİ SAĞLIK TEŞKİLATINA KAVUŞTURMAK.

- 3 — MEVCUT SAĞLIK PERSONELİ İLE YENİ SAĞLIK PERSONELİNİ GÜNÜN İHTİYAÇLARINA GÖRE YETİŞTİRMEK.
- 4 — MEVCUT HASTANELERİN ve DİĞER SAĞLIK MÜESSESELERİNİN İLMİN ve ZAMANIN YENİ İCAPLARINA UYGUN HALE GETİRMEK.
- 5 — BÜTÜN İLLERİ İÇİNE ALMAK ÜZERE YURDUN LÜZUMLU BÖLGELERİNDE PERSONEL ve TEŞKİLAT BAKIMINDAN TAM SAĞLIK TESİSLERİ KURMAK.
- 6 — BU İŞLERİ EN VERİMLİ TARZDA GERÇEKLEŞTİRMEK İÇİNDE MİLLİ SAĞLIK BANKASI veya MİLLİ SAĞLIK KURUMU ve SAĞLIK SANDIKLARI KURMAK.

Tesbit edilen bu strateji ve ilkeler, kısa zamanda uygulamaya sokulmuştur. Özellikle ülke çapında teşkilatlanma ve bulaşıcı hastalıklara karşı mücadelede önemli adımlar atılmış, sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat değişikliği gerçekleştirilmiştir. Yeni düzenlemeler ile birlikte Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görevleri şöyledir:

**CUMHURİYETİN KURULUŞ
DÖNEMİNDE
SAĞLIK SOSYAL YARDIM BAKANLIĞININ
GÖREVLERİ**

- KORUYUCU HEKİMLİK HİZMETLERİ
- TEDAVİ EDİCİ HEKİMLİK HİZMETLERİ
- ADLİ HEKİMLİK HİZMETLERİ
- İDARİ HEKİMLİK HİZMETLERİ
- SOSYAL HİZMETLER

Bakınız burada önemli bir nokta var. Dikkat ederseniz, ilk kuruluş yıllarımızda Sağlık Teşkilatımızı daha çok koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı üzerine teksif etmişiz. O zaman bu uygulama çok iyi yürütüldüğü halde, çok iyi geliştirildiği halde, son yıllara geldiğimizde ne görüyoruz?

Cumhuriyet dönemi Sağlık Politikasında köklü değişikliği 1950'lerden sonra görüyoruz. Hazırlanan plâna göre her 40 köy için (yaklaşık 20.000 nüfus, öyle kabul etmiş o zaman) bir sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Özellikle sıtma, trahom, vereme karşı önleyici ve tedavi edici büyük başarılar elde edilmiştir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde sürdürülen Sağlık Politikasındaki gelişmelere paralel olarak, 1946'larda devletin işçi statüsünde çalışanların Sosyal Güvenlikleri ve sağlık hizmetlerini yürütecek «işçi sigortaları kurumu»nu kurduğunu görüyoruz. Ayrıca, yine bu yıllarda özel hastanelerin de sayısının arttığını müşahade ediyoruz.

1950-1960 yılları arasında Sağlık Politikası açısından dikkat çeken bir başka husus, mahalli idarelerin tedavi edici hizmetleri, bütçe ve yönetim eksiklikleri nedeniyle istenilen seviyede yerine getirememiş olmasıdır. Merkezi yönetimin sağlık hizmetlerini devlet hizmeti kabul etmesi ve mahalli idarelerin bu alanda yeterli olamaması sonucu özel idare hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Ancak, gerekli hekim ve yardımcı sağlık personeli temini ile ücret politikasının tesbit edilememesinden dolayı halk sağlığı çalışmalarında istenilen başarı elde edilememiştir.

Bundan sonraki gelişmelere de kısaca bakacak olursak;

1960'dan sonraki planlı dönemde Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi gibi programların gündeme geldiğini görürüz. Burada da, yine esas gaye, Anayasanın gereği olarak sağlık hizmetini en ucra köşelere, yani köylünün ayağına kadar götürmek prensibini esas almaktır. İşte, bu prensip içerisinde, detayına girmeden konuya bakacak olursak, koruyucu hekimliğin, çevre sağlığının ön planda görülmesi düşünülmüşken, giderek bunların ihmal edildiğini ve tedavi edici hekimliğin ön plâna çıktığını görürüz.

Bu arada, devlet, yataklı tedavi kurumlarına fazlaca ağırlık vermeye başlamış ve gerek eğitim hastaneleri, gerek genel hastaneler, gerekse özel dal hastaneleri gibi isimler ve düzenlemelerle Devlet sektöründe pahalı bir hizmet alanı yaygın hale getirilmiştir.

Bu alan, başlangıçta kâr gayesi de gütmeyeceği için, ipeğin ucu ya tamamen kaçmış, yahut da hizmetin kalite ve kantitesi düşmüştür.

Halen ülkemizde 112.658 tedavi yatağı bulunmaktadır. Bu yatakların 56.638'i SSB'da, 13.000'i üniversitelerde, 16.500'ü SSK'da, 15.000'i Milli Savunma Bakanlığında diğerleri de Belediyeler, özel hastaneler, Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve diğer Bakanlıklarda olmak üzere dağılmıştır.

**TEDAVİ YATAKLARININ
KURUMLARA GÖRE DAĞILIMI
(EYLÜL 1982)**

| KURUMLAR | YATAK SAYISI |
|--------------------------------|-----------------|
| SAĞLIK SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI | 56.638 |
| DİĞER BAKANLIKLAR | 696 |
| ÜNİVERSİTELER | 13.880 |
| BELEDİYELER | 2.720 |
| KAMU İKTİSADİ TEŞEBBÜSLERİ | 2.632 |
| SOSYAL SİĞORTALAR KURUMU | 16.426 |
| MİLLİ SAVUNMA BAKANLIĞI | 15.100 |
| ÖZEL HASTANELER | 4.566 |
| T O P L A M | 112.658 |

Bu dağılım rantabl bir dağılım olmadığından ve kullanılabilir yatak kapasitesi memleketimizde genel ortalama olarak % 50'leri pek fazla aşmadığından 1982 yılı içerisinde Sağ-

lık ve Sosyal Yardım Bakanlığına ait 183 sağlık merkezinin yataklı tedavi fonksiyonu kaldırılmıştır. Bu sebeple Tırkiye genelinde toplam yatak sayısında bir evvelki yıla g6re azalma g6r6lmekle birlikte, s6z konusu sağlık merkezlerinde ge-reğince fonksiyonel hale getirilebilecek bir fiziki kapasite bulunduğu anlaşılmaktadır.

İllere g6re bir 6rnek vermek istenirse, meselâ Elazığ, Isparta, İstanbul gibi illerimizde 10 bin kişiye d6şen yatak sayısı 50 veya bunun 6zerindedir.

Ama Adana, Afyon, Ağrı, Antalya, Artvin gibi illerimizde 10 bin kişiye d6şen yatak sayısı 11 ilâ 20 arasında değişmektedir.

Diyarbakır, Erzurum, Eskişehir, İzmir gibi illerimizde yine 10 bin kişiye d6şen yatak sayısı 31 ilâ 40 arasında değişmektedir.

**1980 YILI GENEL NÜFUS SAYIMI
SONUÇLARI İLE 1982 YILINDA MEVCUT
YATAK SAYILARININ GRUPLANDIRILAN
İLLERE GÖRE DAĞILIMI**

| Onbin kişiye | | |
|--------------|-----------|--|
| Düsen | | |
| Yat. Say. | İl Sayısı | İLLER |
| 1 — 10 | 18 | ADİYAMAN - BİLECİK - BİNGÖL - BİTLİS - GÜMÜŞHANE - HAKKARİ - KIRŞEHİR - K.MARAŞ - MARDİN - MUŞ - NİĞDE - ORDU - SİİRT - SİNOP - TUNCELİ - URFA - VAN - YOZGAT. |
| 11 — 20 | 28 | ADANA - AFYON - AĞRI - ANTALYA - ARTVİN - AYDIN - BOLU - BURDUR - ÇANKIRI - ÇORUM - DENİZLİ - EDİRNE - G.ANTEP - GİRESUN - HATAY - İÇEL - KARS - KAYSERİ - KONYA - KIRKLARELİ - MALATYA - MUĞLA - NEVŞEHİR - RİZE - SAKARYA - SAMSUN - TOKAT - UŞAK. |
| 21 — 30 | 13 | AMASYA - BALIKESİR - BURSA - ÇANAKKALE - ERZİNCAN - KASTAMONU - KOCAELİ - KÜTAHYA - MANİSA - SİVAS - TEKİRDAĞ - TRABZON - ZONGULDAK. |
| 31 — 40 | 4 | DİYARBAKIR - ERZURUM - ESKİŞEHİR - İZMİR. |
| 41 — 50 | 1 | ANKARA |
| 51 + | 3 | ELAZIĞ - ISPARTA - İSTANBUL |

Yataklı tedavi hizmeti veren tesislerde mevcut yataklar konularına göre bir ayırımı tabii tutulursa, şu rakamlar ortaya çıkmaktadır. Bunlardan 86 bini genel maksat için kullanılmaktadır. 9 bini göğüs hastalıkları, 5 bin küsürü Doğum, 5600'ü Ruh Sağlığı, 1200'ü Kemik Hastalıkları için ayrılmıştır. Ayrıca, 1695 yatak Sağlık Merkezlerinde ve 2000 e yakın bir yatak kapasitesi de diğer özel dallarda kullanılmaktadır.

**TÜRKİYE'DE MEVCUT YATAKLI TESİSLERİN
ve YATAKLARININ KONULARINA GÖRE DAĞILIMI
(1982 — EYLÜL)**

| KONULAR | TESİS SAYISI | MEVCUT YATAK |
|--------------------|--------------|---------------------|
| GENEL MAKSAT | 502 | 86.472 Adet |
| GÖĞÜS HASTALIKLARI | 33 | 9.866 Adet |
| DOĞUMEVİ | 45 | 5.775 Adet |
| RUH SAĞLIĞI | 7 | 5.699 Adet |
| ONKOLOJİ | 2 | 350 Adet |
| KEMİK HASTALIKLARI | 3 | 1.200 Adet |
| DİĞER ÖZEL DALLAR | 16 | 1.601 Adet |
| SAĞLIK MERKEZLERİ | 104 | 1.695 Adet |
| T O P L A M | 712 | 112.658 Adet |

Burada dikkati çekecek önemli noktalardan bir tanesi Doğumevleri gibi Ruh Sağlığı Klinikleri gibi önemli olan özel dal hastanelerinde yatak kapasitesinin ilk planda azlığıdır. Yataklı tedavi kurumlarında yatak işgal oranlarına da bir göz atacak olursak karşımıza çıkan durum şöyledir : Meselâ; Balıkesir ilimizde SSK Hastanesinin yatak işgal oranı % 75 civarında, Devlet Hastanesinin % 41 dir. Bunun yanında SSK Hastanelerinin yatak kapasitesi Ankara'da % 67, Devlet Hastanelerinin % 68 oranında kullanılmaktadır.

İstanbul'da SSK'nın yatak kullanma oranı % 86'ları bulmaktadır. Devlet Hastanelerinden % 58 oranında bir istifade mümkün olmaktadır. Elazığ gibi bir ilimizde yatak işgal oranı SSK'da % 26, Devlet Hastanelerinde % 18 dir. Adana'da ise bu oran Devlet Hastanesinde % 35, SSK'da % 43 dür.

**TEDAVİ YATAKLARININ ONBİN KİŞİYE DÜŞEN
YATAK SAYISI ve S.S.Y.B. İLE S.S.K. HASTANELERİNDE
YATAK KULLANMA ORANI
(ADANA TABİBLER ODASI)**

| Şehir | 10.000 Kişiyeye Düşen Yatak | Yatak İşgal Oranı S.S.K. Devlet | |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|----|
| ADANA | 16,1 | 43 | 35 |
| ADİYAMAN | 6,4 | — | 44 |
| AFYON | 12,8 | 39 | 36 |
| AĞRI | 4,3 | — | 38 |
| ANKARA | 36,3 | 67 | 68 |
| ANTAKYA | 16,6 | 82 | 73 |
| BALIKESİR | 21,1 | 75 | 41 |
| BİNGÖL | 5,7 | — | 17 |
| BURSA | 21,1 | 85 | 55 |
| ÇANKIRI | 10,6 | — | 43 |
| EDİRNE | 12,3 | 77 | 24 |
| DİYARBAKIR | 16,5 | 34 | 46 |
| ELAZIĞ | 49,8 | 26 | 18 |
| ERZURUM | 25,4 | 67 | 34 |
| KONYA | 13,7 | 49 | 48 |
| NİĞDE | 7,5 | — | 41 |
| YOZGAT | 9,1 | — | 40 |
| İZMİR | 33,4 | 74 | 70 |
| İSTANBUL | 53,8 | 86 | 58 |
| TÜRKİYE (GENEL) | 25,19 | — | 52 |

Bu sonuçlardan bir yere varmak gerekirse demek ki genelde, yatak kullanım oranlarımız bütün hastanelerimiz gözönüne alındığında % 50'yi geçmemekte, ama kurumlar arasında bu oran bakımından büyük farklılıklar göze çarpmaktadır.

Sunu söylemek istiyorum, ülkede Sağlık Politikası sap-

tanırken maalesef yataklı tedavi kurumları bir disiplin altına alınamamıştır. Ve bunun sonucunda da Milli Ekonomiye büyük yük gelmektedir.

Gayet tabii, Sağlık Politikasında diğer önemli bir unsur, insangücü ve bu gücün eğitimi konusudur.

İnsan gücünden maksadımız, ilk başta hekim, diş hekimi, eczacı ve yardımcı sağlık personelidir.

1982 Eylül rakamlarına baktığımızda, ülkemizde 17.979 uzman hekim 11.807 pratisyen hekim, 6.790 diş hekimi, 11.423 eczacı, 11.956 sağlık memuru, 30.342 hemşire yardımcısı, 13.346 ebe mevcuttur.

ÜLKEMİZDE HEKİM ve YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN DAĞILIMI
EYLÜL — 1982)

| KURUMLAR | HEKİM | | DİŞ | HEKİMİ | ECZACI | SAĞLIK | HEMŞİRE |
|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Uzman | Pratisyen | | | | | |
| S.S.Y.B. | 2.950 | 3.982 | 852 | 1.621 | 6.950 | 21.471 | 12.043 |
| DİĞER KAMU | | | | | | | |
| KURULUŞLARI | 5.272 | 5.678 | 669 | 1.061 | 1.117 | 8.427 | 772 |
| SERBEST | 9.302 | 2.147 | 5.269 | 8.741 | 3.889 | 444 | 531 |
| TOPLAM | 17.979 | 11.807 | 6.790 | 11.423 | 11.956 | 30.342 | 13.346 |

**ÇEŞİTLİ KURUMLARIN
HEKİM ve YATAK DAĞILIMI**

| KURUMLAR | HEKİM | % | YATAK | % |
|--------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı | 6.932 | 44,7 | 56.638 | 63,2 |
| Sosyal Sigortalar Kurumu | 2.984 | 19,2 | 16.426 | 18,3 |
| Üniversite - Belediyeler | 5.046 | 33,6 | 13.880 | 15,5 |
| Özel İdare | 546 | 3,5 | 2.720 | 3,0 |
| TOPLAM | 15.508 | 100,0 | 89.664 | 1000,0 |

Kurumlar itibariyle hekim sayıları yatak miktarları ile birlikte şöyledir;

SSYB'da 6.932 hekim 56.000 yatakta, SSK'da 2.984 hekim 16.855 yatakta, Üniversite-Belediye Hastanelerinde 5.046 hekim, 13.880 yatakta görev yapmaktadırlar.

Başka bir ifade ile söylemek gerekirse, SSYB'da 8 yatağa bir doktor, sigortada 5 yatağa bir doktor düşmekte, üniversitelerde bu oran ise 27 yatağa bir doktor şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Ayrıca, ülkemizde sağlık personelinin ünvan, yetki ve görev tanımları çok karışık bir durumdadır. Eğitim ve kadro ünvanları arasında paralellikte yoktur.

Tıp eğitiminde ise, bugün hekim yetiştiren 20 Tıp Fakültesinden 1980 yılında 1500 mezun verilmiştir. 1982-1983 ders yılında 4294 öğrenci Tıp Fakültelerine girmiştir. 5 yıl üzerinden eğitim yapan 8 adet Diş Hekimliği Fakültesinden her yıl ortalama 400 öğrenci, 4 yıl üzerinden eğitim yapan 7 adet Eczacılık Fakültesinden ise her yıl ortalama 750 eczacı mezun olmaktadır.

Tıp eğitiminde, ülkemizin farklı bölge ve şartlarında karşılaşılabilecek problemleri çözebilecek uygulamalı bilgiler maalesef verilememektedir.

Fakültelerde, SSK'da, SSYB'da uzman eğitimi standartlaşmış değildir.

Uzman ve pratisyen hekimlerin de Hizmet-İçi eğitimi yok denebilecek seviyededir.

Yardımcı sağlık personeli eğitim kadroları, kemiyet ve keyfiyet bakımından amaca uygun olarak yetiştirilememiştir. Eğitim merkezleri iyi seçilememiş olup, Hizmet-İçi eğitim programları yetersizdir.

SAĞLIK PERSONELİNİN SAYISAL ve EĞİTİM PROBLEMLERİ

- Sağlık Personelinin ünvan, yetki ve tanımları çok karışık bir durumdadır. Eğitim ve kadro ünvanları arasında paralellik yoktur.
- Hekim sayısı azdır. Eczacı sayısı fazladır. Asli görev dışında çalıştırmak yaygındır. Mesela doktorların bir bölümü genel idarede çalıştırılmaktadır.
- Tıp eğitiminde, ülkemizin farklı bölge ve şartlarında karşılanacak problemleri çözebilecek uygulamalı bilgiler kazandırılmamaktadır.
- Fakültelerde, S.S.K'da, S.S.Y.B'da uzman eğitimi standartlaşmış değildir.
- Uzman ve pratisyen hekimlerin hizmet-İçi eğitimi yok denilecek seviyededir.
- Dış eğitiminde malzeme sıkıntısı çekilmektedir. Uygulama eğitimleri yetersizdir.
- Yardımcı sağlık personeli eğitim kadroları kemiyet ve keyfiyet bakımından amaca uygun olarak yetiştirilememiştir. Hizmet-İçi programlar yetersizdir. Eğitim merkezleri iyi seçilememiştir.

Kanaatımızca sağlık alanındaki insan gúccú unsuru bu konuda başariyı etkileyen en önemli faktördür.

Bununla paralel olarak, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar konusundaki problemlerimiz her gün dev boyutlarda ilerlemekte ve önümüze yığınlar halinde gelmektedir.

Keza gıda kontrolü hizmetleri aynı şekilde úlkemiz için büyük önem arz etmektedir.

İşçi Sağlığı-İş Güvenliği hizmetlerine gelince, gelişen ve değişen endüstri ile toplumun Sosyo-Ekonomik yapısı çalışan ile çalıştıranlar arasındaki ilişkilerin önemini giderek arttırmaktadır.

Bilindiği gibi, iş ile insan arasındaki ilişkiler M.Ö. 370 yılında Hippokrat tarafından ele alınmış; kurşun zehirlenmesi belirtileri ayrıntılı bir şekilde tarif edilmiştir.

İşçi sağlığı ve işgüvenliği hizmetlerinin 3 yönü bulunmaktadır :

- a) Çalışanlara yansıyan problemler,
- b) Çalışma ortamına yansıyan problemler,
- c) Çevreye yansıyan problemler.

İşçi Sağlığı ve işgüvenliğini sorumluluk olarak yüklenen kuruluşlar, aynen gıda kontrol hizmetlerinde olduğu gibi, birden fazla görevli Bakanlığın görev alanına girmektedir.

İşçi Sağlığı ve işgüvenliği hizmetlerinin yerine getirilmesinde birinci derece sorumluluk, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını ilgilendirmektedir.

Halen, úlkemizde İşçi Sağlığı ve işgüvenliği hizmetlerinde son 15 yılda oldukça önemli adımlar atılmış olmasına rağmen yine de hizmetin kemiyet ve keyfiyet açısından gelişti-

rilmesi yönünde tedbirler alınmasında fayda olduğu inancındayız.

Keza, Ana-Çocuk sağlığı ve beslenme hizmetleri, ülkemizde göz ardı edemeyeceğimiz derecede önemli olan problemlerdendir.

İlaç konusuna ayrı bir seminer, ayrı bir konferans konusunu teşkil edebilecek kadar geniş olduğu için burada hiç değinmek istemiyorum. Ama, sadece şukadarını söyleyeyim; bu sene SSK'nın ilaç sarfiyatı 10 milyar TL. civarındadır. Özellikle Emekli Sandığı, SSK gibi Kamu Kuruluşlarında ilaç israfı çok yüksektir.

Türkiye'de ilaç tüketimi kontrolsüz şekilde artmaktadır.

Genelde bakacak olursak, ülkemizde ilaç yapımı için yapılan yıllık harcama 50 milyon TL. civarındadır. Yurtdışından 23 milyar lirahık ithalat yapılmaktadır. Böylesine büyük boyutta olan bu meseleyi bu konuşmamızın kısa satırları arasına sığdırmak istemiyorum. O nedenle, bu konuda fazla bir şey söylemeyeceğim.

Türkiye'de sağlık sektörü yatırımlarına gelince; birinci plân döneminde toplam sağlık yatırım harcamalarının sadece % 4'ü özel sektör tarafından gerçekleştirilirken, % 96'sı Kamu sektörüne aittir.

Toplam sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörü yatırımlarının payı, 1963 yılında % 1,2 iken, 1967 yılı sonunda ancak % 1,8'e ulaşabilmiştir. Diğer taraftan özel sektör yatırımları içinde sağlık yatırımlarının payı ise % 0 2,5 gibi çok düşük bir orandadır.

II. Plan dönemi sonu olan 1972 yılında, toplam sağlık sektörü yatırımlarında özel sektörün payı % 99,1'e ulaşmıştır.

Bu dönemde, sağlık sektörü yatırımlarının toplam sabit sermaye yatırımları içindeki payında azalmalar olmuş ve % 1,4'e kadar bir düşme temayülü görülmüştür. Özel sektör yatırımları içinde ise sağlık sektörü yatırımları % 0 1,9 gibi bir değere ulaşabilmiştir.

III. Plan döneminde ise; toplam sabit sermaye yatırımlarının ancak % 1'ini sağlık sektörü yatırımları olarak görüyoruz.

1977 yılında sağlık sektörü yatırımlarının % 8,2'sini, özel sektör yatırımları oluşturmuştur.

IV. Plan dönemi, 1983 yılı dışında değerlendirilmeye çalışılırsa toplam sabit sermaye yatırımlarının yaklaşık % 1'i ile % 1,3'ü sağlık sektöründe yapılmıştır.

Sağlık harcamaları ve bu harcamaların bütçe içindeki paylarına göz atmakta fayda umuyorum.

Kamu sağlık harcamalarının bütçe içindeki payları genel olarak sağlık harcamalarına verilen önemi ve sağlık harcamalarının hangi seviyede gerçekleştiği konusunda bir takım değerler vermektedir.

Dünyadaki bütün ülkelerin sağlık harcamaları toplamının bütçelerine oranı % 10-12 arasındadır.

Gelişmiş ülkelerde ise, sağlık harcamalarının bütçe içindeki payı % 11-13 arasında değişmektedir. Ancak, az gelişmiş ülkelerde bu pay % 5-6 arasındadır.

Ülkemizde ise bu pay az gelişmiş ülkelerin payından da az olmak üzere % 4,6 dır. Bu oranın son yıllarda % 3'lere kadar düştüğü görülmektedir.

Komşu ülkelerden SSCB'de sağlık harcamalarının bütçe içindeki payı % 10-12 ile en yüksek, Suriye'de % 0,1'le en düşüktür.

Diğer taraftan ülkemizde planlı dönemde sağlık harcamalarının bütçe içindeki payı % 2,8 ile % 4,9 arasında değişiklikler göstermiş ve son yıllarda giderek azalan bir eğilim görülmüştür. 1983 yılında ise bu rakam % 3,1 dir.

İran'da sağlık harcamalarının bütçeye oranı % 2,1 ile % 3,7 arasında değişirken, Irak'ta % 1,3 ile % 3,3 arasındadır. Yunanistan'da bu nisbet % 7-8 arasında, Bulgaristan'da % 5,8 ile 7,8 arasında değişmektedir.

Ülkemizde, bu oranlar hakikaten çok düşük olup genel bütçeden ayrılan bu payla sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin bir sebebi de kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Şimdi bakınız, bütün bu tabloyu gözlerinizin önüne serdikten sonra, 19 Aralık 1983 tarihinde TBMM'de okunan Hükümet Programımızda sağlık politikasına hangi açılardan bakmışız ve bu hususta neler söylemişiz?

Hükümet Programında Sağlık Politikası ile ilgili hususlar şöyledir;

Vatandaşlarımızın bedeni ve ruhi sağlığının korunması için gerekli tedbirleri almak veya alınmasını temin etmek Devletin asli görevleri arasındadır.

Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşlarımızın en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak temel hedeflerimiz arasındadır.

Bu maksatla;

● Sağlık hizmetlerinin vasıflı, güvenilir, kolay erişebilir, formaliteden uzak ve ülke şartlarında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması sağlanacaktır.

● Doktor ve Sağlık Personelinin yurdun her köşesinde bulunabilmesinin, hizmeti isteksiz hale getiren zorlama yerine, teşvik edici politikaların daha faydalı olacağına inanıyoruz.

● Sosyal güvenlikle ilgili sağlık, hayat, yaşlılık gibi sigorta sistemlerinin geliştirilmesi için sigorta primlerine vergi muafiyeti getirilecektir.

● Bütün vatandaşlarımızın sağlık sigortasına kavuşturulmasını, herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesini hedef alıyoruz.

● Sağlık hizmetleri bir bütün olarak ele alınarak, toplum sağlığını tehdit eden hastalıklarla daha tesirli mücadele için koruyucu hekimliğe önem verilecek, gıda maddelerinde kalite kontrolü daha müessir bir şekilde yapılacak çevre şartlarının iyileştirilmesi için gerekli tedbirler alınacaktır.

● Hastane ve Sağlık Ocağı sayısı arttırılacak, sağlık tesislerimiz modern alet, makine ve araçlarla teçhiz edilecektir.

● Devlet, Sosyal Sigortalar Kurumu, Üniversiteler Hastaneleri arasında işbirliği imkânlarının arttırılarak birbirlerini takviye eden bir anlayışla çalışmalarını; Devlet ve Sigorta Hastanelerinin yükünü hafifletmek ve daha iyi hizmet verebilmelerini temin etmek için bu kuruluşlar dışında çalışan doktor ve sağlık personelinden belirli esaslar dahilinde faydalanılacaktır.

● İlaç sektörünün geliştirilmesi ve rekabetin sağlanması, bütün hayati ilaçların her zaman kolaylıkla bulunabilmesi için gerekli tedbirleri alacak, kalite kontrolüne ve ilaç kullanımındaki israfın önlenmesine önem vereceğiz.

● Devletin yapacağı hizmet ve faaliyetlere ilaveten, özel sağlık müesseselerinin kurulmasını teşvik edeceğiz.

● Heyet raporları ve benzeri gibi Resmi Sağlık Kuruluşlarındaki doktorlarımızın kısıtlı zamanlarını heba eden, şekli ve genellikle faydasız formaliteler azaltılacak veya kaldırılacaktır.

Hükümet Programımızdaki görüşler ışığında hekim olarak, Türkiye'nin genel sağlık hizmetleri ve Genel Sağlık Po-

litikası konusundaki düşüncelerimizi berraklaştırmak için sonuçta şunları söylemek istiyorum :

Hekimlik hizmetlerinin yürütülmesinde koruyucu ve tedavi edici hekimlik ne kadar birlikte yürütülmeye çalışılmışsa da, hastalıkları önlemede esas olan koruyucu hekimlik ihmal edilerek tedavi hekimliğine önem verilmiş, bu da ekonomik açıdan ülkeye büyük yük getirmiştir. Bunun en güzel delili ülkemizde, 1981 rakamlarına göre İç Hastalıklar Mütehassıslarının % 18,5 oranında olmasına karşılık, Çocuk Hastalıkları Uzmanlarının % 9, Bulaşıcı Hastalıklar Uzmanlarının ise % 3,7 olmasıdır.

Bununla paralel olarak, doktor istihdamı çok değişik hastanelerde değişik statülerde gerçekleşmiş, bu da standardı bulmak ve hastalıklara yaklaşım şeklini tesbitte negatif yönde etkili olmuştur. Misal olarak; ülkemizde Üniversiteler, SSK, Vakıf, Belediye, Trafik, Özel Vs. gibi çok değişik isim ve statülerde hastane mevcuttur.

Sağlık konusunda hizmetin ağırlık noktasını oluşturan hekimlerin yetiştirilmeleri maalesef belli bir düzeyde ve standardta olmayıp, çeşitli fakültelerde çok değişik yöntemlerle eğitim yapılmakta, neticede bilgi, yetenek ve tatbikat yönünden aynı patolojik durumda değişik ve bir esasa dayanmayan tedavi metodları ortaya çıkmaktadır.

Sosyalizasyon, Rotasyon, Puanlama Artışı, Mecburi Hizmet vs. gibi çeşitli özendirici ve zorlayıcı tedbirlere rağmen kalkınmada öncelikli bölgeler başta olmak üzere Türkiye'de hekim dağılımı istenilen seviyeye ulaştırılmamış, büyük şehirlerde doktor yığınları önlenememiştir.

Sağlık tesisleri veya sağlık hizmetleri için gerekli imkânlar alt yapı kavramından tamamen yoksundur.

Polikliniklerde, gerek Nemelazımcılık, gerek lüzumsuz

bürokratik işlemler ve gerekse yatak parselasyonu yüzünden büyük izdiham vardır. Ve vatandaş bundan müstekidir.

Genel sağlık Sigortası olmadığından nüfusun değişik kesimleri, çok değişik bürokratik işlemlerle değişik hastanelerde hekim seçme özgürlüğü olmaksızın muayene olmak mecburiyeti ve zorluğu içerisinde.

Sonuç olarak, ülkemizde sağlık hizmetleri belirli bir modelde ve standarda bağlanmış değildir ve yetersizdir.

Sağlık hizmetlerini, güç olsa da Genel Sağlık Sigortasına doğru yönlendirmek ana politika alınarak.

Hastalık — Koruyucu Tedbirler — Koruyucu Hekimlik
Hasta — Hastane ————— Tedavi Hekimliği
İlişkileri içerisinde incelediğimizde;

Bu devamlı ilişkide önce hastalık ve hasta faktörünü ele alırsak koruyucu hekimlik müessesesinin ön plana geçtiğini görürüz. Bu da, İş-Çevre faktörleri, çevre temizliği, ilkokul çağından başlayan sağlık eğitimi sayesinde mümkündür.

Koruyucu Hekimlik alanı içinde gıda kontrolü önemli bir yer alır. Belediye zabıtası kontrolü, fiyat kontrolü ötesine geçemez. Refik Saydam Enstitüsünün imkânları içerisinde bütün yurt sathında gıda kontrolü yapmanın imkânı yoktur. Hükümet tabipliklerinin görevleri arasında bu işi daha ciddi boyutlarda tutmak Hükümet Tabiplikleri içinde hazırlanacak küçük Laboratuvar üniteleri içinde yapıp yürütmek her küçük yerleşim birimi için mümkündür.

Ülkemizde yıllardır muayenehane hekimliği ön planda olup, hastane hekimliği ikinci plana itilmiştir. Bunun tek sebebi hekimliğin iyi kazanan bir meslek olmasıdır.

İnsan sağlığının ticaretinin yapılmaması kanaatini taşıyorum. Bu nasıl mümkün olur? Hekim, personel rejiminin

katı mali hükümleri içinde tutuldukça buna imkân yoktur. Bu nedenle,

İş ————— Prim

sistemi getirilmeli ve muayenehane, hastane ilişkileri kesin çizgileri ile ayrılmalıdır. Muayenehane hekimliği ve özel sektör hastaneciliği kendi kuralları içinde teşvik edilir. Diğer yünden Hekim, hastane ilişkilerinde maaşı karşılığı İş ——— Prim esasına göre çalışır. Yaptığı iş kadar ek prim alır. Bu sistem döner sermaye veya başka bir metodla düzene konabilir. Eğitim hastaneleri veya eğitim müesseselerinde yataklar Şef'lere ve öğretim üyelerine paylaştırılmamalı yukarıda önerdiğimiz hastaneler zinciri içerisinde gelen hasta ilk boş yatağa yatırılmalı böylece yatak kapasitesi % 100 oranında kullanılmalıdır.

Genel Sağlık Sigortası çıkarıldığında sistem daha kolay çalışır. Bunun zamanlaması çok iyi yapılmalı ve vatandaşın eğitimi çok iyi planlanmalıdır. Fakat bir ara dönem içinde bu hastaneler sisteminde vatandaş gerektiği şekilde gerektiği hastanede muayene, teşhis ve tedavi imkânına kavuşur.

Bütün Sosyal Güvenlik ve sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde tek elde toplanması, problemin hallinde her halde bazı avantajlar sağlayacaktır.

Universitelerimizin bazı Tıp Fakültelerinin daha çok koruyucu hekimliğe, bazılarının tedavi hekimliğine, bazılarının da araştırma hekimliğine yönelmelerinin zamanı gelip geçmektedir. Bu yapılmadığı sürece ülkemiz hastaneleri aynı hastalıkla farklı tedavilerin yapıldığı birer yer olmaktan kurtulamaz. Bu bütün dünyada olduğu gibi belli bir program içinde mutlaka sağlanmalıdır.

Hekimlerin yaptığı tıbbi hatalarda vatandaşın korunması ve milli servetin heder olmaması yönünden iyi bir denetim sisteminin getirilmesi (Mal Practice) şart olduğu gibi doktoru da elinde olmayan sebeplerle meydana gelen hatalardan kollamak ve mesleğini sürdürürken maruz kalabileceği çeşit-

li iftirallardan arındırabilmek yönünden hekim sigorta sisteminin de bu düzenleme içerisinde yer alması sağlanmalıdır.

İlaç israfının önlenmesi için eczanelerde ve hastanelerde mutlak günlük dozun ve tam tedavi dozunun hesaplanarak ilâcın verilmesi, yazılması sağlanmalı, aynı preparatların en iyisinin piyasada kalması sağlanmalı, boşuna ambalaj parası ilâca bindirilmemelidir. İlaç eczanelerden mutlak surette reçete ile alınmalı, yurda kaçak ilâç girişi önlenmelidir. Bugün pek çok kanser ilâcı ve tavukçulukta kullanılan pek çok ilâçlar yurda büyük paralar karşılığı kaçak olarak sokulmakta vatandaş zarara girmektedir. İhracata dönük milli ilâç snayimimiz süratle kurulmalı ve bu alanda özel sektör rekabete itilmelidir.

Hekimlik hizmeti de bir noktada serbest rekabettir. Muayenehane hekimliği ve özel hastane işletmeciliği piyasa kuralları içerisinde çalışır. Vatandaş ödeme gücüne göre değil, tedavi olabileme imkânına göre sağlığı için en iyisini arayıp bulur. Bu faktör gözönüne alınırsa serbest hekimlikte herkes en iyi olmaya çalışacaktır. Yıllardır bu böyledir. Bu nedenle serbest hekimler en iyi olmanın yollarını arayacaklar böylece hastaneyi kendi çıkarı için kullanmak yolu ile muayenecilik yapma kendiliğinden ortadan kalkacaktır. Hekim açığının bulunduğu ülkemizde her vatandaşın her hastaneden faydalanmasını sağlamanın yanında, serbest çalışan bir hekimden de sağlık kurumu ve sosyal güvenlik kurumuna bağlı vatandaşın istifadesini sağlamanın düzenlemesi yapılmalıdır. Gerekiyorsa, vatandaş kendinden katkı ile bir sosyal güvenlik kurumunun hekimi olmayan bir doktora da tedavi olabilmeli ama aradaki maddi farkı kendisi karşılamalıdır. Böylece, hekim seçme özgürlüğünü sağlamanın yanında, her hekimden azami şekilde istifadenin yolunu da açmış oluruz.

İşyeri hekimliği de bugünkü statüden çıkarılıp daha ciddi ve itinalı boyutlarda hem işçi hemde işyerine sağlıklı koşullarda adapte edilmeli, daha faydalı çalışması sağlanmalı-

dır. Böylece, işyeri hekimliği işverenin baskı ve kontrolünden uzak, bağımsız çalışarak işçilere ve işyerine daha faydalı olacaktır.

İhtisas hastaneleri iyi tesbit edilmelidir. Aksi halde, yukarıdan beri müdafaa ettiğimiz standardı tutturmak zorlaşacaktır. Devlet, SSK gibi hastanelerin asistan ihtiyacı olduğunda üniversiteden rotasyonla sağlanmalıdır. Bu sistem, değişik hastane görmek bakımından genç doktora daha faydalı olur. Şeflerin ve mütehassısların hizmet-içi eğitimleri hiç aksatılmadan belli bir program içerisinde devam ettirilecektir.

Bulaşıcı ve kronik hastalıkların eredikasyonuna çok önem verilmeli bunun için yaşam ve çevre şartlarının düzenlenmesi yapılmalıdır. Bugün ülkede öyle bir durum var ki, eline fırsat geçen her kurum ve vakıf, hastane yapmaya kalkar ve bunun faturasının büyük bir kısmını Devlete yüklemenin yolunu arar. Halbuki teklif ettiğimiz, hastaneler zincir sistemi içerisinde her konuda her türlü imkân daha ekonomik şartlarda bulunabilir.

Genç hekimlerin yetiştirilmelerinde lisan barajı çok gereklidir. Ayrıca hekimlerimizin tıp alanında ileri imkân ve bilgi birikimleri olan yabancı ülkelere gitmeleri teşvik edilmeli, takviye edilmeli, hatta gerekiyorsa zorlanmalıdır. Bundan mutlak kazançlı çıkarız. Ülke içerisinde yabancı bilim adamlarının iştiraki ile sık sık seminer ve toplantılar düzenlenmesi, soruna bir başka müsbet yaklaşımdır.

Hekimlik her gün okumayı ve takibi gerektirir, yabancı ve yerli yayınların genç hekimlerin eline ucuz ve kaliteli olarak ulaşması her türlü imkân zorlanarak sağlanmalıdır. Her birimde kütüphane açarak israf yerine büyük birimlerde merkezi kütüphaneler açılmalı ve periyodik yayınlar bir merkezce incelenerek gerektiğinde tercüme edilerek hekime ulaştırılmalıdır.

Sistemin iyi çalışması için bugünkü hastane idarecilik sis-

temindeki başhekimlik müessesesinin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Düşündüğümüz sistemde ya doktor hastane idarecileri yetiştirilmeli yada hastane ekonomisini iyi bilen işletmecilere bırakmalıdır. Hekim hem idareci, hem doktorluk fonksiyonunu yapmaktan kurtarılmalı, böylece sorumlulukların sınırı daha iyi çizilmelidir. Konuya bu açıdan bakıldığında ilmi standartlarla, idari standartlar daha bir verimlilik kazanacaktır. Son yıllarda bütün dünyada görülmeye başlayan hastane idareciliği de bu anlayış içerisinde mütalaa edilmektedir.

Sonuç olarak tekrar şunu söylemek istiyorum, bu görüşlerimi sizlere bir hekim olarak bir doktor olarak aktardım. Başında bulunduğum Bakanlığın da sağlık problemi ile çok yakından ilgili olduğunu düşünürsek, yapılacak bu düzenlemelerden en büyük faydayı da kendi Bakanlığım ve kendi Bakanlığımın bakmakla, sağlık hizmeti götürmekle yükümlü olduğu kesimin elde edeceğinden de şüphem yoktur.

Bununla birlikte, ülkemizde yıllardır kendisine sağlık hizmeti ulaştırılmasını bekleyen vatandaşlarımız yanında, çevre sağlığı ve koruyucu hekimlik problemlerinin biran önce halledilmesini isteyen ve bunun için hizmete susanmış yıllardır bu hizmeti bekleyen kesimlerin de olduğunu unutmamamız gerekir.

İşe Üniversiteler açısından baktığımızda en büyük yardımın yine bu kesimden geleceğini rahatlıkla söyleyebilirim. Çünkü yapılmasını istediğim, yahutta yapılmasını düşündüğüm, bu değişikliklerde en büyük yardım ve en iyi yol göstericilik yine bilim adamlarından gelecektir.

Saygılar sunarım.

