

ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ

Cilt : 12

Mart-Nisan 1990

- **Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Görüş**
- **Atatürk Dönemi Sağlık Politikası**
- **Döner Sermaye Priminin Ardındaki Gerçekler**
- **Doğum Sonrası Bakteriüri**
- **Yeni İlaçlar**
- **Sağlık Bakanlığınca Tesbit Edilen Rapora Tabi İlaçlar Listesi**
- **Kültür - Sanat**



2

ankara

eczacı odası
bülteni

İKİ AYDA BİR YAYINLANIR

TEB II. Bölge
Ankara Eczacı Odası Adına
Sahibi ve Yazışmaları
Sorumlusu:
Dr. Ecz. Akın Çubukçu

Yönetim Yeri ve
Yazışma Adresi:
Konur Sokak, 13/2
Kızılay / ANKARA
Tel: 125 42 96 - 125 08 07

Yayın Kurulu:
Asude Uzgören,
Betül Bilgetekin, Ertan Onursal,
Gönül Üstün, İlhan Küçük,
Nilgün Göğer, Rana Ege,
Rana Kunt, Sevgi Yıldız

Dizgi, Teknik Hazırlık ve Baskı:
Erk Yayıncılık
Tel: 231 41 97 - ANKARA

- Bültendeki yazılar,
Bülten adı kaynak gösterilerek
yayınlanabilir
 Yazılardaki görüşler
yazarlarına aittir.
 Bülten 2750 adet basılır ve
AEO üyeleri ile yurtiçi tüm
sağlık kuruluşlarına ücretsiz
gönderilir.

Bu Sayıda

35 SOSYAL ECZACILIK

- Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Görüş
- Atatürk Dönemi Sağlık Politikası

48 KLİNİK FORUM

- Döner Sermaye Priminin Ardındaki Gerçekler

53 BİLİM HABERLERİ

- Doğum Sonrası Bakteriüri

55 YENİ İLAÇLAR

57 KÜLTÜR SANAT

- 8 Mart Dünya Kadınlar Günü
- Odamız Sosyal Etkinlikleri
- 3. Ankara Film Şenliği Yapıldı

63 ODA HABERLERİ

- Sağlık Bakanlığı'nca Tesbit Edilen Rapora Tabi İlaçlar

68 BRİÇ KÖŞESİ

Değerli Meslektaşlarımız,

Mart-Nisan döneminde gündemde olan olayları AEOB-Haberler ekiyle sizlere ulaştırmaya çalıştık.

Bütçe Uygulama Talimatının yayınlanmasından sonra ortaya çıkan sorunlar, Bağ-Kur'da yaşanan ve eczacıların sabır sınırlarını zorlayan olumsuzluklar, MEB'a bağlı ilkokullara ayrı ayrı fatura kesilmesi şeklindeki uygulama ile ortaya çıkan zorluklar, gerek meslektaşlarımızın Odamıza yaptıkları kişisel başvurular, gerekse bölge temsilcileri toplantılarında ağırlıklı olarak gündemimizi işgal eden sorunlar olmuştur.

Ülkemiz genelinde de sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yaşanan olumsuzluklar sürmektedir. En son gündeme gelen Döner Sermaye Primi uygulaması ile ilgili Sayıştay Başdenetçisi Musa Özdemir'in Sağlık ve Toplum dergisinde yayınlanan yazısına bültenimiz sayfalarında yer veriyoruz.

Uzunca bir aradan sonra AEO Bültenlerini yeniden sizlere ulaştırabilmenin sevincini yaşıyoruz. Dileğimiz bu sevinci sizlerle paylaşabilmek. Bize göre bunun göstergesi bültene göndereceğiniz yazılarınız, eleştirileriniz olacaktır. Sayfalarımızda meslektaşlarımızın görüşlerine yer verebilmek dileğimizi bir kez daha vurgulamak istiyoruz.

Dostluk ve esenlik dileklerimizle...

Genel Sağlık Sigortası'na İlişkin Görüş

Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu*

GENEL BAKIŞ AÇISI:

Sağlık politikası, toplumun sağlıklılık düzeyinin yükselmesi için halkın bedensel, ruhsal sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamak ile sosyal iyilik halinin oluşumu, yaygınlaşması ve pekişmesini gerçekleştirmeyi amaçlar.

Bu anlamda, çeşitli ülkelerde uygulanan sağlık sistemleri gözden geçirildiğinde sektörde liberal ekonomi kuralları tam olarak uygulanmamaktadır. Kısaca nedenlerine bakılacak olursa

- i) Sağlık sektörü "içe dönük, kapalı" bir piyasadır,
- ii) Sağlık gereksinimleri ertelenemez özelliğe sahiptir,
- iii) Sağlık hizmetleri "ikamesi olmayan" etkinlikler olarak ortaya çıkmaktadır.
- iv) Sağlık piyasası kapitalist ekonomik ilişkiler çerçevesinde kendi kendisini yönlendirmektedir.

Sonuçta ve yukarıdaki ölçütler çerçevesinde, ülkeler arası ekonomik ve yapılanma farkları beraberliğinde dünyada sağlık hizmeti üretim süreci, kuramsal olarak sağlığın "meta"laştırılması anlayışını reddeder bir temele oturtulmak durumundadır.

Sonucun böyle olmasına karşın, özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde genel anlamıyla ifadesini bulan "Tekelci Devlet Kapitalizminde Sağlık Hizmeti" yapılanması Türkiye platformunda da "Genel Sağlık Sigortası" anlayışıyla kendine yer bulmaya çalışmaktadır.

Burada aktarılmaya çalışılan "Görüş" içerisinde, "Tekelci Devlet Kapitalizmi"nin kuramsal tartışılması elbette yapılmayacaktır. Ancak, anılan sistemin sağlık hizmetleri özelindeki anlayış ve kalıpları gözden geçirilmez ise, sonuçta sağlık hizmetinde "Sigortacılık" uygulama isteğinin neden ve nereden kaynaklandığı da anlaşılamaz.

TEKELCİ DEVLET

KAPİTALİZMİNDE EMEĞİN

YENİDEN ÜRETİLME SÜRECİ:

Üretim süreci, toplumsal sermayenin (üretken emek, meta, para, sermaye) bir bütün olarak yeniden üretim döngüsüdür. Diğer bir ifadeyle, bu süreç Üretim-Tüketim-Bölüşüm döngüsünden oluşur.

Sağlık hizmeti üretimi de, genel sürece katkı veren ve toplumsal sermayenin-ki özellikle fonksiyon olarak üretken emeğin

yeniden üretiminin sağlandığı bir basamaktır. Emeğin yeniden üretiminin öncelikli olarak böylesi bir hizmet aracılığıyla pekiştirildiğini "Tekelci Devlet Kapitalizmi"nde devlet genel olarak müdahaleci ve belirleyicidir. Bu müdahalecilik başlıca dört aşamada gerçekleştirilir. Bunlar;

- i) *Bireysel tüketim harcamalarının, vergiler ve sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla yönlendirilmesi,*
- ii) *Bireylerin satın alacakları kullanım değerlerinin devlet tarafından düzenlenmesi,*
- iii) *Bazı malların ve hizmetlerin devlet tarafından bütünüyle veya kısmen sübvansede edilmesi,*
- iv) *Devletin doğrudan kullanım değerleri üretebilmesi ve bu hizmetlerin akçasız veya düşük bir bedelle tüketicilere sunulabilmesidir.*

Özellikle üçüncü aşamada bahsedilen bazı mal veya hizmetlerin devlet tarafından sübvansede edilmesinde, kategorik olarak çalışmayan kitlelerin bakımından belirli ölçüde devlet tarafından üstlenilmesi de söz konusudur. Emeğin yeniden üretimi sürecine "kısa-orta erimde potansiyel işgücü" olarak kazandırılacak hastaların sağaltımı ile işsizlerin sosyal yardımlarından yararlandırılması ve gene, "orta-uzun erimde potansiyel işgücü" olan çocuk ve gençlerin bakım, eğitim ve sağlıklarının idamesi devletin sosyal-siyasal ve son tahlilde ideolojik fonksiyonu olarak üstlendiği işlevler arasındadır.

Devlet, emeğin yeniden üretim sürecindeki yönlendiriciliğini sağlık harcamalarını da tüm kategorileri itibariyle kapsayan başlıca üç grup harcama aracılığı ile yerine

getirir. Bunlar;

- i) Emeğin verimliliğini artıran harcamalar olan sosyal yatırım harcamaları,
- ii) Emeğin yeniden üretim maliyetini düşürücü niteliği olan sosyal tüketim harcamaları,
- iii) Sosyal uyumu sağlamaya yönelik proje ve hizmetler için yapılan sosyal harcamalardır.

Sonuçta devlet, bu fonksiyonları yerine getirirken sermaye birikimi ile sosyal-siyasal uyum arasında çözüm arayan kurumsal yapılaşmaları da araç olarak ortaya çıkarmaktadır.

SAĞLIK POLİTİKASI VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ

Sağlık politikasının kavramsal tanımlanmasından yola çıkıldığında hizmetin üretim biçimi ile biçime ilişkin nitelikler ve finansman sorununun çerçevesini "Nasıl bir sosyal güvenlik sistemi" sorusu çözmektedir.

Sosyal güvenlik sistemi başlıca iki temel kavrama dayalı olarak kurumsallaşmaktadır. Bunlar, "Sigorta" ve "Dayanışma" kavramıdır.

Sigorta anlayışına bağlı sosyal güvenlik şemsiyesi, çalışanların korunmasını amaçlamakta ve bireyin çalışma karşılığında elde ettiği dolaylı ve dolaysız hakların gözetimini yine çalıştığı dönemde elde ettiği gelire karşılık çalışmadığı dönemde ikame edilecek belirli ölçüde bir karşı gelir olarak sağlamaktadır.

Dayanışma anlayışına bağlı sosyal güvenlik sistemi ise çalışan

veya çalışmayan tüm bireylere sosyal güvenlik hakkı ilkesiyle kurumsallaştırılmakta ve sistem içerisindeki sağlık hizmeti herkese gelirin göre değil eşit ve gereksinimine göre verilmektedir. Genellikle finansman genel veya yerel bütçeler ile vergilerden sağlanmaktadır.

Özellikle kapitalist ülkelerdeki uygulamalar itibarıyla çoğunlukla her iki sistem birbirini etkilemiş ve "Karma" sistemler doğmuştur.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE TÜRKİYE ÖLÇEKLİ UYGULAMA

Herşeyden önce "Sağlık Sigortacılığı" tek başına bir sistem ve sağlık politikası modeli değil bir finansman yapısıdır.

Bireyin, gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşılık ancak kendi geliriyle orantılı, hizmetin finansmanına katkı sağlaması ve yine o geliriyle orantılı olarak da hastalık durumunda hizmet satın alabilmesidir.

Finansmana katkı, sigorta primleriyle sağlanır. Bu primler özel bir fonda toplanır ve yapılan katkı oranındaki belirli bir hizmet, karşılığı bu fondan ödenmek suretiyle bireye tüketirilir. Finansman mekanizması olarak sigorta fonlarına çeşitli taraflar katılabilir. Bunlar sigortalı birey, devlet ve işveren kesimleridir. Bu kesimler;

i) Her koşulda geliriyle orantılı olarak sigortalı bireyin yaptığı katkılarla,

ii) Devletin özel olarak aktardığı fonlarla, Devletin fon aktarımı iki biçimde olabilir;

a- Ödeme gücü olmayanların primleri-

nin ödenmesi ile,

b- Primlerin gideri-karşılamaadığı hal-lerde açığın devletçe kapatılması ile,

iii) İşverenden kesilen sigorta primleriyle fona katkı sağlarlar.

Kural olarak sigorta, uygulama alanındaki zorunlu; yardımlarsa sigortalılar için haktır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI YASA TASARISINA BAKIŞ VE ELEŞTİRİLER

Sağlık Bakanlığınca hazırlanmış ve 6.1.1990 tarihli bir kitapla tanıtım yapılan yasa tasarısı başlıca 3 bölümde sunulmuştur. Bunlar:

i) Genel sunuş

ii) Yasa tasarısı

iii) Avrupa Topluluğu üye ülkelerindeki Sağlık Sigortası sistemleridir.

Bu bölümler ayrı ayrı aşağıdaki biçimiyle irdelenebilir.

i) Genel Sunuş:

Sunuş başlangıcında, dünyadaki üç sistemden bahsedilmekte bunlar doğrudan sağlık hizmeti finansman sistemleri olarak nitelendirilmekte ve özetle,

* Devlet bütçesinden karşılanan,

* Serbest pazar ekonomisine dayalı,

* Sağlık sigortası

modelleri olarak belirtilmektedir. Bu belirleme birincil olarak ve açıkça sigortanın bir sağlık hizmeti politika modeli olmadığını ancak bir finansman aracı olduğunu göstermektedir.

İkincil olarak, hemen başlangıçta bir şartırtmacaya yer verilmekte ve serbest pazar ekonomisine dayalı, fiyatın pazar şartlarında oluştuğu bir sağlık sisteminden bahsedilmektedir. Böyle bir örnek dünya ölçeğinde bulunmamasına karşın eğer özel muayenehane ve özel hastane hizmetleri kastedilmekte ise bu tür hizmetler dahi karma finansman sistemleri içerisinde yer alan kurumlar olarak ülke örnekleri içinde bulunmaktadır.

Ayrıca "Görüşün" başlangıç bölümünde ifade edilen sağlık hizmeti özelliklerine bakıldığında, liberal ekonomi kurallarına uygun bir hizmet modelinin bulunmadığı veya Tekelci Devet Kapitalizmi içerisindeki hizmet uygulamasının bizatihi müdahalecilikle belirlendiği hatırlanmalıdır.

Genel sunuşun en çarpıcı bölümü sistemle ilgili konulmak istenen temel ilkeler bölümünde somutlanmaktadır. Bu bölümde DSÖ önerilerine de atıfta bulunularak özetle şunlar yazılmıştır.

- * Birinci basamak sağlık hizmeti kuvvetlendirilmeli,
- * Sevk sistemi kurulmalı,
- * Merkezietçi yönetim terk edilmeli,
- * Sağlık harcamaları havuzda toplanmalı,
- * Hizmet üreten ve finanse eden kuruluşlar ayrışmalı,
- * Bakanlık sistem koordinasyonu ile ilgilenmelidir.

Bu yaklaşımlarla ve adeta ancak bu sistemle birinci basamak hizmet düzenlenmesi yapılabileceği çağrıştırılmaktadır. Ancak, bu temelsiz sav, 224 sayılı yasasıyla yıl-

lardır bu ülkede politika olarak hedef alınmış ve yetersizliklerine karşın var olan bir sistemi gözden kaçırmaya yetmemektedir. Yine 224 sayılı yasanın hizmet sevk zincirini nasıl temellendirdiği ortada iken, bir finansman modeli olan sigortacılıkla bunun ilk kez ortaya konuluyormuş gibi gösterilmeye çalışılması maksatlı değilse bilgisizlikten başka bir şey değildir.

Bahsedilen konulardan birisi olan yönetimde aşırı merkezietçilikten hizmetin arındırılmasına ilişkin ilk elde söylenecek husus aşırılığın bir yana, hizmetlerin merkezietçilikten yoksun oluşudur. Sunuşun baş sayfalarında da belirtildiği gibi sağlık hizmetinde çok başlılık ve neredeyse kurumlar düzeyinde tek tek hizmet örgütlenmesi hizmetin üretiminden, finansmanına, personelden, araç gerece vs. pek çok hususta bir başı bozukluk ve koordinasyonsuzluk yaratmıştır. Sağlık Hizmetleri Temel Yasası TBMM görüşülürken, temsilcilerden birisi olduğum TEB adına verilen önerilerimiz arasında yer alan hizmetin kurum, birim, kadro, bütçe, araç-gereç olarak Sağlık Bakanlığının bünyesinde öncelikli merkezietçirilerek koordineli çalıştırılması hususu zamanın Bakanlığınca ideal, ancak baskı güçleri nedeniyle karşılanamaz olarak nitelenmiş idi. Burada ifadesini bulduğu biçimiyle yerinden yönetim sisteminin kurulabilmesi için önceliğin sağlık hizmetlerinin sadece Sağlık Bakanlığının bünyesinde merkezietçirmeden geçmesi gerektiği mutlak olarak hatırlanmalıdır.

Harcamaların kurulan bir havuzda toplanması hususu da merkezi, entegre bir hizmet bütünselliğinin kurulması sonucu havada kalacak bir yaklaşımdır. Zira kadroları, bütçeleri ve taşınmaz her türlü mal varlığı

bakanlık elinde bütünleşen bir sağlık sisteminde havuz kendiliğinden oluşacaktır.

Sağlık hizmeti verenle, finanse eden kurumların ayrı olması ilkesi ilk kez, DPT Genel Sağlık Sigortası İhtisas Komisyonunda önerilmiş idi. Nitekim bu taslak, DPT genel kurullarında yapılan pek çok tartışmanın karşı görüşleri hiç taşımayan tıpkı baskısı izlerini bu anlamda da aynen taşımaktadır.

İlk bakışta, yapıcı ve akılcı bir öneri gibi görünen bu ilke, Sağlık Bakanlığının gereksiz ayrıntılarla uğraşmaması, sistemin işleyişini kontrol eden, hizmet standartlarını koyan ve politika üreten bir yapıya kavuşturulması anlayışıyla bitişiriridiğinde ortaya çağrışım olarak başka anlayışlar çıkarılmaktadır.

Bu ilke önerisi, içerisinde barındırdığı mantık olarak sağlık hizmeti üreten yataklı tedavi kurumlarında tümüyle özelleşmeyi getirmekten başka birşey taşımamaktadır.

Bakanlık denetiminde Sağ-Kur aracılığı ile hizmetin satın alınması, koordinasyonu ve bunun politikaları ile ilgili bir Bakanlık örgütlenmesi, kendi hastanelerini bünyesinde barındırmamak felsefesidir. Buna karşılık olarak yataklı tedavi kurumlarının Bakanlık bünyesi içinde kalacağı söylenir ise, Sağ-Kur ile ileri sürülen bu ilkenin "sebeb-i Hikmet"ini anlamak mümkün olmayacaktır. Şöyleki, Bakanlık bir taraftan hizmeti üreten hastane kurumlarıyla hizmet verecek, diğer taraftan da, kendi ürettiği hizmetin finansmanı için Sağ-Kur aracılığı ile kendi kurumlarının ödemesini yapacaktır. Diğer bir ifadeyle sağ cebinden çıkarıp, sol cebine koyacaktır. Eğer yapılacak işlem bu ise, bunların oluşturulması için Sağ-

Kur vs. gibi kurumlara gereksinim yoktur. Sigorta primi toplama zahmetine de girilmemelidir. İş genel bütçe içerisinde hizmete ayrılan kaynaklar artırılarak çözülür. Ancak, yapılmak istenen yıllardır çalışanların vergileriyle kamu hazinesi olarak yaratılmış tesisleri sermaye sahiplerine devretmek gibi görünmektedir.

Türkiye'de toplanan vergilerin % 90'ı dar ve orta sabit gelirli çalışanlardan elde edilmektedir. Bu geniş kesimlerin alınteri ile kurulmuş tesislerin içinden en kârlı olabilecekler sermaye çevrelerine aktarılarak bir de burada üretilecek "artık-değer" için aynı kesimlerden sigorta primi adı altında yeniden para toplamak halkı iki kez vergiledirmekten başka bir kâpiya çıkmamaktadır.

Aynı sonuç içinde yer alan ifadeler arasında kurumun (Sağ-Kur) bütün kişileri sigortalaması hedefi ile sigortalanan kişileri derecelere ayırma ve her sigortalının prim ödeme keyfiyeti ile ödeme gücü bulunmayanların primlerinin kısmen veya tamamen ödenecek olması ilginç mantık örnekleri arasındadır. Şöyleki, bütün sigortalılar "zaruri" sağlık hizmetinden eşit şekilde faydalanacaklar ifadesi ile de yukarıdaki tablo birleştirildiğinde sigortalılar gelirleri oranında ve saptanacak sınırlar içinde hizmeti alacaklar, üstüne sigorta karışmayacaktır. Sonuçta "zaruri" sınırının üzerindeki zaruretler eğer varsa kişinin cebindeki parayla karşılanacak veya diğer anlatımla karşılanmayacaktır. Diğer yandan, devlet, ödeme gücü olmayanların primini karşılayacağına göre, devletin böylesi fonlar ayırma gücü olduğu da ortaya çıkmaktadır. Yani finansmanın genel bütçe içerisinde karşılanma olanağı var kabul edildiğine

göre neden sigorta gibi arayışların içine gidildiği düşündürücüdür. Ancak, cevabını bulmak güç değildir. Eldeki tesisleri özelleştirme geri plandaki mantık olunca, elbette özel sermayenin sunduğu hizmetin ederini ödeyecek bir kurum da icad edilmek zorundadır.

Kurumun görevleri arasında sayılan, kişileri sağlık hizmetleri yönünden güvenceye kavuşturacak sigorta işlemlerini düzenlemekten bahsedilmiştir.

Bu noktada bazı saptamalara yer vermek gerekmektedir. Herşeyden önce sağlık sigortası halka "Sağlığın sigortası, sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulacağına bir güvencesi" olarak tanıtılmaktadır. Oysa, gerçek niyet bu değildir. Gerçekte sağlık sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin bu hizmeti kullananlar (sigortalılar) tarafından ödenebilmesi güvencesidir.

Yani hizmeti üretenler kimlerse bu hizmetin bedeli sağlık sigortasınca garantiye alınır. Örneklenecek olursa Hastaneler, Özel Muayenehaneciler, Tıbbi araç-gereç üreticileri, satıcıları, ilaç üreticileri ürün veya hizmetin bedelini sigorta aracılığı ile garantilemiş olurlar. Bunun da hastanın veya sigortalıların bulunduğu yerlerde, yörelerde sağlık hizmetlerinin daha iyi olacağı, sunulacağı gibi, temel sağlık konularına herhangi bir katkısı yoktur. İşte kurumun görevi bu perspektifte daha iyi somutlanmaktadır. Yani, sigortalılar sağlık hizmetleri yönünden güvenceye kavuşturacak sigorta işlemleri değil hizmet üreticilerinin ürettiklerinin bedelini temin edebilmesi yönünden güvenceye kavuşturulacak sigorta işlemleri kurumca yürütülecektir. Burada bir saptamaya daha yer vermek

yanlış olmayacaktır. Şöyleki, Türkiye'nin batı gibi gelişmiş sağlık tesislerine sahip bölgelerinde hizmet veren bir 1. derece kamu görevlisi ile bu tür kurumlardan yoksun bir bölgede kamu görevi sürdüren aynı derece ve sonuç olarak aynı primi ödeyen sigortalısının hangi eşitlikçi düzeyde ve bölgesinde, sağlık hizmeti güvencesi içinde hizmet satın alabileceği çok tartışmalıdır.

Sunuş içinde yuvarlak ifadelerle tanımlama ve sevk zincirinin başlangıcını oluşturacağı anlaşılan "aile hekimliği" kavramı bu yüzyılın başındaki Anglo-Sakson ülke uygulamaları içinde yer almış bir kurumdur. Kavramlarının eklettik bitleştirilmesi doğal olarak sağlık politikasının ne olup, olmadığını bilmek sorunsalıdan kaynaklanmaktadır.

ii) Yasa Tasarısı:

Sunuş mantığının yasa hazırlama tekniğine yansıtılmış örneği olarak 37 madde halinde tasarlanmış metnin 5. maddesinde, Sağlık Sigortası koordinasyon kurulundan bahsedilirken Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği ile Özel Hastanelerin bağlı olduğu birliğin birer temsilcisinden bahsedilmektedir.

Bakanlık tasarısında çok gürlü kopya olacak ve sigorta uygulamasını özlemle bekleyen bir kesim "İlaç Üreticileri" bu kurulda unutulmuş görünmektedir ve şüphe yoktur ki tasarının TBMM Genel Kurulu'na gelişinde bu kesim de mutlaka madde içinde yerini alacaktır.

Yukarıdaki bölüme geri dönülecek olursa, kurulda Sigorta Şirketleri Birliği'nin nedeni anlaşılmamaktadır. Sağlık sektöründe özel sigortacılığı devlet eliyle güdülemenin

özgün örneklerinden birisi olan bu tutumdan umulan yarar da anlaşılamamaktadır. Yoksa özel hastanecilik ve özel sigorta sistemi ile özelleşmiş sigortalılara özel sağlık hizmeti sunmanın kurallarının konulması ve koordinasyonunun sağlanması gibi bir mantık düşünüyor olması gerekir.

Özel hastanelerin bağlı olduğu birliğin varlığı şu an için bilinmemekle birlikte yasa, tasarı olmakta çıkarsa öngördüğü bir kurumun kurulmasına da böylelikle vesile oluşturacaktır. Kamu sağlık tesislerinin özelleştirilmesi düşüncesi temel görüş olunca böylesi bir tedbir alan mantığı da yadırgamamak gerekmektedir.

iii) Avrupa Topluluğu Üyeliklerinde Sağlık Sigortası Sistemleri

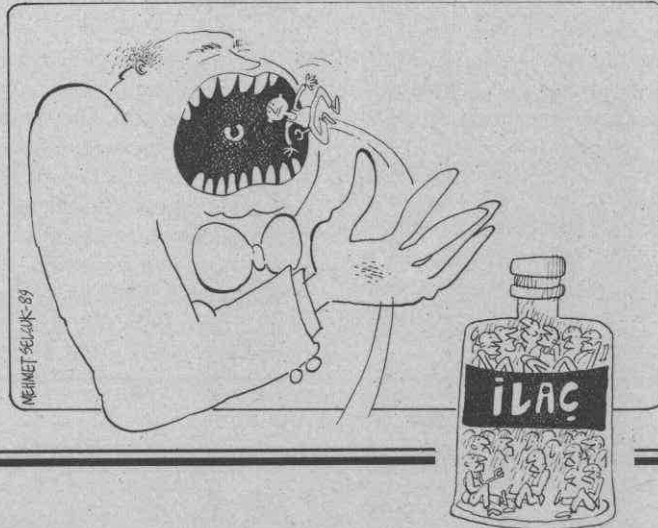
Sağlık Bakanlığı'nın yeni bir çalışma imiş gibi sunduğu bu bölüm DPT Genel Sağlık Sigortası Özel İhtisas Komisyonu'na tarafından sunulan bir raporun bir bölümünün tıpkı basım aktarmasıdır. O bölümün hazırlanmasında yararladığım kaynaklardan birisi olan "Comperative Tables of

the Social Security Schemes in the Member States of European Communities, 14th Ed. (Situation at 1 July 1986)" adlı raporda daha da geniş bilgi bulunmaktadır. Diğer taraftan hazırlanmış olduğum bu rapor Türk Eczacıları Birliği 24. Olağan Büyük Kongre Çalışma Raporu içerisinde aynen ve adımla Sağlık ve Toplum Dergisi, Sayı 1, 24-31 1990 da ise adsız olarak yayımlanmış bulunmaktadır.

Sonuçta bu bölümün Bakanlık özgün araştırması ile herhangi bir ilgisi yoktur.

SONUÇ:

Konunun irdelenebilen boyutları ile varılabilecek sonuç sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çabalarına bulunan yaftanın "Genel Sağlık Sigortası" kavramı olduğu bağlamındadır. İlaç özeline değinmediğim bu görüşün ana teması olarak 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu yasası uyarınca hizmetlerin yeniden reorganizasyonu ile finansman kaynağının gerçek bir vergilendirme sistemi ile reel vergi gelirleri sonucu sağlık hizmetlerine genel bütçeden daha fazla pay ayrılmasından geçtiğini belirtmek istiyorum.



ATÜTÜRK DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKASI

Yr. Doç. Dr. Okan ATAY*

Sağlık, bireysel ve toplumsal yönü ile insanoğlunun yaşamında yer alan en önemli kavramlardan biridir. Milletlerin gelecekleri sağlıklı nesillerin yetişmesine bağlıdır. Bugünkü sosyal devlet kavramı içinde, toplumu oluşturan insanların sağlık ve refah seviyelerini yükseltmek, bu hizmetleri kolay ulaştır hale getirmek, adil ve dengeli biçimde sunmak gibi ilkeler yer almaktadır.

Bu incelemede Cumhuriyetin kurucusu büyük insan Atatürk'ün tüm olanaksızlık ve olumsuzluklara rağmen yeni bir devleti oluşturma çabaları içinde toplum sağlığına verdiği önemi, kendisi ve ideal arkadaşlarının meseleye bakış açılarını, bu konudaki tercihlerini ve yaptıkları çalışmaları kalın hatları ile değerlendirmeye ve bu vesile ile Atatürk'ün değişik tarih ve yerlerde yaptığı konuşmalardan alıntılar yaparak konuya verdiği değer ve oluşan politikadaki yönlendirici tavrını tespit etmeğe çalışacağız.

Atatürk yaptığı her önemli işte olduğu gibi, ülkenin sağlık sorunlarının çözümünde de adeta imkansızı başararak, harp ve salgın hastalıklardan bitkin düşmüş sağlıksız bir toplumdaki, geleceğe dönük Cumhuriyet ilke ve devrimlerine inanan sağlıklı bir nesil yaratmasını bilmiştir.

Cumhuriyet ilanından önceki dönemde ülkenin içinde bulunduğu siyasal ekonomik koşulların olumsuzluklarını incelediğimizde yapılan işlerin önemi ve izlenen sağlık politikasının doğruluğu daha da belirginleşmektedir.

Ülkemiz Birinci Cihan Savaşından mağlup çıkmış, savaş sonucunda imzalanan Mondros ve onu takiben 1920'de imzalanan Sevr anlaşmaları gereği yurdumuzun büyük bir kısmı işgal edilmişti. Ülke harap, insanımız yıllarca süren harplerden yorgun ve bitkindi. Salgın hastalıklar binlerce insanın ölümüne neden oluyordu. Yetersiz olan sağlık teşkilatı felce uğramış İstanbul, İzmir gibi şehirlerin dışında hizmet üretmez duruma düşmüşlerdi. Durumun ciddiyetini anlamak için 1914-1918 yılları arasında Ordu Sağlık Dairesi'nin ülkedeki sıtma hastalığı ile ilgili bildirdiği rakamlara bakmak yeterlidir sanırım. Verilen bilgide Samsun yöresinde yüzde 70, Ordu vilayetinde yüzde 50, Söke civarında yüzde 45 oranında sıtmalı hasta tespit edilmiştir. Kurtuluş savaşına katılan askerlerimizde sıtmalı oranı yüzde 40 civarında bulunmuştur. 1921 yılında Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti müsteşarı Dr. Ekrem Hayri Bey (daha sonra Sağlık Bakanlığı yapan Ekrem Hayri Üstündağ) tanzim ettiği bir raporda nüfusu

200.000 olarak tahmin edilen Antalya ve civarında sıtma hastası sayısının 172.000'e yaklaştığını bildirmektedir. Bunun yanısıra yaygın biçimde verem, tifus, çiçek, frengi ve trahom salgınları kol gezmekte bakımsızlık ve ilaçsızlıktan binlerce kişi ölmektedir.

Ülkedeki mevcut tüm olumsuz şartlara rağmen Atatürk hiçbir yılgınlık göstermemiş kendisi ve önderliğinde kendine güvenerek yola çıkan bir avuç inançlı insanla imkânsız gözükken bir mücadeleye girmiştir. 23 Nisan 1920'de açılan Büyük Millet Meclisinin seçtiği ve 2 Mayıs 1920'de ilan edilen ilk milli hükümetin bünyesinde o zamanki adı ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'de yer almış ve ülkenin tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi de bu bakanlığa verilmiştir. Milli hükümetin 3 Mayıs 1920 tarihinde yaptığı ilk Bakanlar Kurulu toplantısında Dr. Adnan Adıvar ilk sağlık bakanı olarak seçilmiş ve katip olarak yanına aldığı bir sağlık memuru ile Ankara vilayeti konağının küçük bir odasında göreve başlamıştır. Elde mevcut yeterli hiçbir bilgi ve sağlıklı bir kayıt olmadığından önce bakanlık için yeni bir mevzuat ve kadro oluşturma faaliyetlerine girişilmiştir. Yeni bakanlıkça hazırlanan ilk bütçe tasarısında merkez teşkilat kadrosu olarak Hıfzısıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak kalemi yer almıştır. Taşra teşkilatında ise mevcut bulunan Sıhhiye Müdürlükleri, Hükümet, Belediye ve Karantina tabibleri aynen muhafaza edilmiş, Daul-Kepl (Kuduz tedavi Müessesesi), telkihane (aşihne), Bakteriyolojihane kurulmasına karar verilmiştir. Mahalli idarelere ait hastanelerin statüleri muhafaza edilmiş, özellikle frengi ile mücadele için kurulan hastanelerin mahalli idarelere devri

sağlanmıştır.

Milli mücadelede hizmet görecek hekimlerin hastane ve belediye hekimlerinden seçilmesi ve hükümet tabiblerinin görevlerinde bırakılması bir talimatname ile düzenlenmiştir. Böylece cephe gerisindeki sivil halkında sağlık hizmetlerinden belirli bir ölçüde yararlanılması sağlanmıştır. 5 Haziran 1921 yılında yayınlanan bir nizamname ile mevcut (göçmen) işleri Dahiliye nezaretinden alınıp Sıhhiye nezaretine bağlanmış ve bakanlık bünyesinde Muhacirin Müdürlüğü kurulmuştur. Ülkedeki nüfus hareketleri istilaya uğrayan bölgelerden içerilere doğru göçle daha artmış ve milli kurtuluş hükümetinin en önemli sorunlarından birisi oluşturulmuştur. Konunun boyutlarına vurgulamak açısından I. Cihan harbinde istilaya uğrayan Van, Bitlis, Erzurum, Trabzon, Erzincan illerinden içeri illere göçenlerin sayısının 870.000 kişi olduğunu söylemek yeterli olur sanırım.

Düzenli bir ordunun kurulması için tüm imkânların bu amaçla harcandığı, yeterli sayıda yetişmiş insan gücünün bulunmadığı ve her türlü maddi, manevi olumsuzlukların bulunduğu bir durumda, Atatürk ve arkadaşları toplumun sağlıklı olmasının yeni Cumhuriyetin en büyük sermayesi görüşünden hareket etmişlerdir. Atatürk bir milletin refahı ve ilerlemesinin çalışmak, çok çalışmakla mümkün olacağını her vesile ile ifade etmiştir. Çalışmak için birinci şart sağlıklı olmaktır.

Atatürk 1 Mart 1922'de yaptığı bir konuşmada bu görüşlerini şu şekilde dile getirmiştir.

"Milletimizin sıhhatinin korunması ve kuvvetlendirilmesi, ölümlerin azaltılması,

nüfusun artırılması, sosyal ve salgın hastalıkların etkisiz hale getirilmesi, bu suretle millet fertlerinin gerçek bir kale gibi dinç ve kabiliyetli olarak yetiştirilmesi başlıca amacımızdır. Efendiler; Geçen yıl memleketi kapsayan bir sağlık örgütünün kurulmasına başlanmıştır. Zamanımıza kadar toplum sağlığının uğradığı ihmal derecesi mücadeleye girildikçe kuvvetle belirmektedir." Cumhuriyet hükümetinin sağlık alanında hazırladığı ilk çalışma programında çözülmesi gerekli sorunları aşağıdaki biçimde tespit etmiştir.

1. Devletin sağlık teşkilatını kurmak,
2. Fazla sayıda hekim, eczacı, sağlık memuru, ebe ve hemşire yetiştirmek.
3. Numune hastanesi ile doğum ve çocuk bakım evleri açmak.
4. Sıtma, verem, trahom, frengi gibi sosyal hastalıklarla mücadele etmek,
5. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı teşkilatını köylere kadar götürmek,
6. Sağlıkla ilgili temel kanunları çıkarmak.
7. Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Okulunu kurmak.

Aşağıda sıralanan işlerin her biri başlı başına bir uğraşı isteyen zaman alan sabır, cesaret ve özveri isteyen çalışmalardı. Bu çalışmalarda Atatürk'ün en yakın mesai arkadaşı Dr. Refik Saydam olmuştur. Atatürk'le birlikte 19 Mayıs 1919'da Samsuna ayak basarak başlayan beraberlik Kurtuluş Savaşı boyunca sürmüş ve 14 yıl 6 ay süren Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı süresince devam etmiştir. Refik Saydam'ın Atatürk'ün

yönlendirdiği ve esaslarını koyduğu sağlık hizmetleri politikasının yılmaz ve ısrarlı uygulayıcı ve takipçisi olarak Türk toplumunun sağlık hizmetine unutulmaz katkıları olmuştur.

Refik Saydam'ın en ısrarla üzerinde durduğu hususlardan biri sağlık teşkilatının yeterli personel yetiştirilmesi, dengeli dağılımı ve bütçe olanaklarının artırılması idi. O yıllarda mevcut personel 560 hekim, 554 sağlık memuru, 136 ebe, 69 hastabakıcı hemşire ve 4 eczacıdan ibaretti. Bu nedenle 1923 yılında zorunlu hizmet yasası çıkartılırken bir yandanda 1924'de tıp öğrenimini özendirmek ve maddi imkânları yetersiz yurt çocuklarına okuma olanağı yaratmak için yatılı Tıp öğrenci yurdu açtırdı. Atatürk 16 Ekim 1924'de yaptığı konuşmada bu konudaki görüşlerini şöyle dile getiriyor. "İstanbul ve İzmir gibi büyük şehirlerdeki doktorları bütün milletin hayatı ve sağlığı ile ilgilendirmek çarelerini bulmalıyız! Okulu bitirecek doktorlarımıza mecburi hizmet yüklemeli ve fazla doktor yetiştirilmesi yoluna gitmek sureti ile bu gün görülen boşlukların dodurulmasını düşünüyöruz."

Atatürk dönemi sağlık politikasının diğer çok önemli ilkeside koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi konusu idi. Atatürk'ün bu konudaki görüşleri değişik tarihlerde yapmış olduğu konuşmalarında şu biçimde yer almaktaydı.

"Sağlık alanındaki çalışmalarımızın önemli bir kısmı salgın hastalıkları önlemeye ve bulaşmasını sınırlamaya harcandı. Bu gibi hastalıklardan yalnız çiçek ve tifus bazı bölgelerde sınırlı bir yayılma göstermişse daha önce alınan ve sürdürülen koruyucu önlemlerle bunların da önüne geçil-

miştir. Memleketin büyük bir kısmının düşman tarafından bir yıkıntı şeklinde ve zulüm görmüş halkın derin bir sefalet içinde bırakıldığı, içerden dışarıya dışardan içeriye sürekli bir göç akımının olduğu göz önüne alınırsa bu durum karşısında bu hastalıkların görülmesi o kadar şaşırtıcı değil belki oldukları yerlerde hızla yok edilmesinde gösterilen başarı sevindiricidir.

1.3.1923 tarihli diğer bir konuşmasında "Sıtma hastalığının kökünden sökülmesi için tek çare olan toprakların kurutulması ve iyileştirilmesi sorununa derhal, şehir ve köylerin sağlık koruma şartlarının düzeltilmesine ise doğal şartlara döner dönmez başlamak bayındırlık ve sağlık işlerimizin en kaçınılmaz ve en önemli görevlerden biri olacaktır."

Koruyucu hekimlikte en önemli tedavi yöntemlerinden biride gerekli dozda ve muntazam aralıklarla uygulanan aşı ve serum uygulamasıdır. Atatürk bu konuda da hedef göstermiş ve 1 Mart 1922'de yaptığı bir konuşmada "Bulaşıcı hastalıklara en kesin önlem olan aşılarda artık tamamı ile memleketimizde üretilmektedir."

3.1.1923'de yaptığı bir diğer konuşmada da "Salgın ve bulaşıcı hastalıklara karşı insanları korumada büyük hizmetleri görülen aşılarda hazırlamakla meşgul hıfzıssıhha kuruluşlarımız çalışmalarını başarıyla sürdürmekte ve mücadeleye yararlı katkıları bulunmaktadır."

Hakikaten kurtuluş savaşı sırasında aşı ve serum üretiminde büyük güçlüklerle karşılaşmıştır. Örneğin kuduz aşısı için daha önce İstanbul Kuduz Tedavi Müessesesinde çalışmış olan Dr. Eşref Bey İstanbul'a gönderilerek meşhur Yahudi Dr. Hayım Beyden

gizlice temin ettiği Kuduz Virusunu taşıyan bir tavşanı, tavşandan tavşana pasaj yaparak işgalci İngiliz polislerinin takibinden kaçırarak Ankara'ya getirmiş ve kuduz aşısı üretimini zor koşullar altında Ankara'da sürdürmüştür. Çiçek aşısı ise Antalya yolu ile İtalya'dan çok zor şartlarda sağlamıştır.

Atatürk sağlık hizmetlerinin devamlılığının gerekliliğine de işaret etmiş bu hususun önemini 1 Kasım 1925'de yaptığı bir konuşmada "Sağlık teşkilatımızda memleketin ihtiyacına uygun bir çaba görülmektedir. Cumhuriyet hükümetinin başlı başına bir temel olarak başarı ile sürdürdüğü sağlık mücadelesine imkânlar gittikçe artırılarak devam edilmektedir. Bu önemlidir. Bu türlü sağlık mücadelesinin olabildiğince çabuk ve etkin bir biçimde sürdürmek başlıca hedeflerden olmaya layıktır." diyerek ifade etmiştir.

Dünya Sağlık Teşkilatının 1970'li yıllarda yaptığı tanımda sağlığın sadece bedensel sağlık olmadığını, mental sağlığın ve sosyal çevre koşullarında bu tarifi içinde yer aldığını bildirmektedir. Atatürk bu bütünlüğü 40 yıl önce tespit etmiş ve şu ifadesinde de ileri görüşlülüğünü ne kadar net bir biçimde ortaya koymuştur.

1930 yılında kendisi ile yapılan bir mülakatta "Tıbbi bir sağlık koruması olduğu gibi sosyal bir sağlık koruması da vardır. Her ikisinde aynı ilkeye dayanır. Maddi mikropları yok etmek mümkün olmadığı gibi manevi mikroplarda yok edilemez. Fakat kişinin vücudunda bedensel bir sağlık yaratmak mümkün olduğu gibi sosyal yapıda manevi bir sağlık yaratmak böylece bir direnç kazandırmak mümkündür."

Atatürk'ün çok önemli bir sosyal has-

talih olan ve genç nesiller için en önemli tehlikelerden biri olan uyuşturucu madde alışkanlığı ile ilgili görüşleri son derece ilgi çekicidir. Geleneksel afyon üreticisi bir ülke olarak uyuşturucu madde kaçakçılığından sadece o ülkede alınacak tedbirlerin yeterli olamayacağı uluslararası bir denetimin gerektiğini aşağıdaki konuşmasında ne kadar açık ifade etmektedir. 1934 yılında uyuşturucu maddelerin tahdit anlaşmasının 1. yıl döneminde yaptığı konuşmasında "Afyondan çıkarılan bütün uyuşturucu maddelerin memleket dahilinde üretilmesi için devlet fabrikası tesisi faydalı görülmüştür. En sonunda tıbbi ve ilmi ihtiyaçları karşılamak üzere çeşitli ilaçların ithali, aynı zamanda memleketimizde üretilen ham afyon ve uyuşturucu maddelerin milletlerarası kaidelere uygun olarak ihracı tekel idaresine verilmiştir. Uyuşturucu maddelere karşı mücadelede hususunda gayet etkili olan usullerin diğer ülkeler tarafından uygulanması şayanı arzudur."

Spor ve Sağlık birbiri ile yakın ilişkisi olan kavramlardır. Sporun sadece sağlıklı yaşam değil aynı zamanda uluslararası ilişkilerin gelişmesindeki önemi son yıllarda daha iyi anlatılmıştır. Atatürk'ün bu konudaki görüşlerini aşağıdaki ifadelerinde açık bir biçimde görmek mümkündür. "Türk sosyal bünyesinde spor hareketlerini düzenlemekle görevli olan Türk çocukları spor hayatını yükseltmeyi düşünürken, sadece gösteriş için herhangi bir yarışmada kazanmak emeli ile spor yapmazlar. Esas olan her yaştaki Türkler için beden eğitimini sağlamaktır. Sağlam kafa, sağlam vücutta bulunur sözünü atalarımız boşuna söylememişlerdir."

"Spor yalnız beden kabiliyetinin bir

üstünlüğü sayılmaz. İdrak zeka ve ahlakta bu işe yardım eder. Zekâ ve kavrayışı olan kuvvetlidir, zekâ ve kavrayışı yerinde olan daha az kuvvetlilerle başa çıkamazlar. Ben sporunun zeki, çevik ve aynı zamanda ahlaklısını severim."

"Her boy ölçüşmede arkalarında Türk milletinin bulunduğunu ve millet şerefini düşünmelerini Türk sporcularına meslek düsturu olarak kaydediyorum."

Atatürk döneminde toplum sağlığını yönlendiren bu olumlu ve radikal tedbirlerin içinde tedavinin vazgeçilmez unsuru olan ilacada gerekli önem verilmiş ülkede üretilen veya ihraç edilen ilaçların durumu belirleyen bir dizi kanun çıkartılmıştır.

Bunlar arasında 3.3.1926'da yürürlüğe giren 767 sayılı Türk Kodeksi Kanunu, 24.2.1927'de yürürlüğe giren 964 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun 24.2.1927'de yürürlüğe giren 984 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun 14.5.1928'de yürürlüğe giren 1262 sayılı İspenciyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu sayılabilir. Bunlardan sadece 964 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun 18.2.1953 tarihinde yeniden düzenlenerek 6197 sayılı olarak yürürlüğe girmiştir. Diğerleri halen yürürlükte olan yasalardır. Bunlar arasında özellikle 1928 yılında yürürlüğe giren 1262 sayılı İspenciyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunundan bahsetmekte yarar vardır. O yıllarda hiçbir Avrupa ülkesinde ilacın ruhsatlandırılması, kimlerin ilaç üretim ruhsatı alabileceği, ilaçların hangi şartlarda üretilebileceği, kimler tarafından ithal edileceği gibi temel kavram-

lar söz konusu değilken, bu yasa çağdaş bir anlayışla tüm bu mevzuatı içine alacak tarzda hazırlanmıştır. Yasanın bugün için, günün koşullarına göre yeniden gözden geçirilmesi ve bazı değişiklikler yapılması söz konusu olabilir. Fakat ortaya koyduğu temel kurallar ve yaklaşımlar hala geçerliliğini muhafaza etmektedir. İlaç gibi insan sağlığı ile yakından ilgili kavramın 60 yıl önce öneminin kavranılması bununla ilgili o günün koşullarına göre çok modern bir yasanın çıkartılması Atatürk ve arkadaşlarının ileri görüşlüğü ve çağdaşlığının en iyi örneklerinden biridir.

Atatürk döneminde bütün maddi imkân-sızlıklara rağmen yürütülen toplumcu, tutarlı ve inanca sağlık politikası ve bunun

sonucunda sağlanan ilerlemeler dikkate alındığında koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itildiği, ilaç dahil sağlıkla ilgili pek çok kavramın serbest piyasa ekonomisinin çalkantısına bırakıldığı günümüzde geçmişten alınacak derslerin olduğu anlaşılmaktadır.

Yararlanılan Kaynaklar:

- Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl S.S. Yd. Bakanlığı yayını.
- I., II., III., IV. Dönem Türkiye Büyük Millet Meclisi Açılışında Atatürk'ün Yaptığı Konuşmalar.
- Milli Sağlık Kurultayı Tutanakları.

Döner Sermaye Priminin Ardındaki Gerçekler*

Musa ÖZDEMİR**

Sosyalizasyon, Tam Gün Yasası, Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmetleri Temel Yasası ve en son icat Döner Sermayeden Prim uygulaması değerlendirilirken tekrar tekrar düşünülmesi gereken, yanıtı aranması gereken sorular var. Sağlık hizmetinin iyileştirilmesi için ne tür olanaklar sağlıyor? Sağlıkta bilimsellik mi yoksa kârlı işletme mi esas alınıyor? Sağlık hizmetlerinde devlet yükümlülüğünü azaltıyor mu arttırıyor mu? Doktor ile hasta arasında dolaylı veya dolaysız "para" giriyor mu girmiyor mu? Hasta bir para makinası olarak mı görülüyor yoksa "insan" olarak mı? Sağlık personeline iyi ve onurlu olanaklar sağlıyor mu? Bir yanda sağlığı metalaştıranlar diğer yanda sağlığı bir insan hakkı olarak görenler bu sorulara yanıt arıyor.

Söz buraya gelmişken sormakta yarar var. Hastane döner sermayesinden çalışanlara prim vermek yeni bir icat veya yepyeni bir reform mu? Kesinlikle hayır. Çünkü bu uygulama ilk kez ülkemizde gündeme gelen özgün bir model değil. Sosyal devlet anlayışına ulaşamamış birçok ülkede bu yöntem denenmiştir. Sağlık hizmetlerine yeterli ve gerekli kaynağı ayırmaktan kaçınan pek çok ülkede bu tür deneyler yaşanmıştır. Sosyal devlet ilkesini benimseyen ve uygulayan ülkelerde ise bu tür dolambaçlı yollar çoktan terkedilmiştir. Doğ-

rudan üretime dayalı ücret/prim sistemleri sanayileşmiş ülkelerde ve geleneksel sektörlerde dahi artık kuşkuyla karşılanmaktadır.

ÜLKEMİZDE DÖNER SERMAYE UYGULAMALARI:

Döner sermayeden prim veya pay verilmesi olayını ve yaratacağı sorunları daha iyi anlatabilmek için biraz eskiye gitmek gerekmektedir. Ülkemizde döner sermaye uygulamasına izin veren ilk düzenleme 1927 yılında yürürlüğe giren 1050 sayılı Muhasebe Umumiye Kanunu'dur. Gerek 1050 sayılı yasanın 49. maddesi gerekse daha sonra yürürlüğe konan çeşitli yasalar uyarınca pek çok döner sermayeli işletme oluşturulmuştur. Bunlardan bazılarını kısaca değinmek, sorunun doğru tartışılmasına katkıda bulunacaktır. Hemen hemen her il ve ilçemizdeki devlet hastanelerinde, orman işletmelerinde, endüstri meslek liselerinde, cezaevlerinde döner sermaye işletmesi vardır. Adı geçen döner sermayelerin hemen hemen tümü kâr etmesine karşın hiçbirinde çalışanlara prim veya pay adı altında bir ödeme yapılmamaktadır. Okul ve cezaevi döner sermayelerinin hem eğitsel hem ticari işlevi vardır. Orman İşletmeleri özel girişime orman ürünleri pazarlayan ve çok önemli kârlar sağlayan kuruluşlar olmalarına karşın

* Sağlık ve Toplum Dergisi Sayı:1

** Sayıştay Başdenetçisi

onlarda da prim sözkonusu değildir.

Döner sermayeden çalışanlara prim ödeyen tek kuruluş üniversitelerdir. Başta tıp ve diş hekimliği fakülteleri olmak üzere bazı fakültelerde döner sermaye işletmesi 1973 yılında yürürlüğe giren Üniversiteler Yasası ile kurulmuştur. Bir başka anlatımla 1973 yılından günümüze dek üniversitelerde döner sermaye vardır ve prim ödemesi yapılmaktadır.

Devlet Hastanelerinde ise döner sermaye uygulaması 9.1.1961 gün ve 209 sayılı yasayla başlatılmış ancak bugüne dek hastane döner sermayelerinden çalışanlara prim veya pay adı altında bir ödeme yapılmamıştır. İşte bugünlerde tartışılmakta olan, reform diye adlandırılan konu 209 sayılı yasaya 30.6.1989 gün ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile eklenen bir fıkraya dayanılarak hastane döner sermayesinden, hastane çalışanlarına, prim verilmesi kararıdır.

ÜNİVERSİTELERDEKİ PRIM UYGULAMASI

Devlet Hastaneleri Döner Sermayesinden personele prim verilmesi modelinin sağlıklı değerlendirilebilmesi için eldeki üniversite örneğini biraz açmak gerekmektedir. Yukarıda değinilmişti, üniversitelerde döner sermayeden prim sistemi 1979 yılında yürürlüğe giren 1750 sayılı Üniversite Yasasının 74. maddesiyle başlamıştır. Günümüzdeki uygulamanın dayanağı ise 2547 sayılı Yükseköğretim Yasasının 58. maddesidir. Tıp ve Diş Hekimliği fakültelerinde de uygulanan prim yöntemi neden getirildi? Bu soruya verilen resmi yanıtlar birkaç noktada toplanmakta olup özetle şöyledir: Nitelikli öğretim üyesine ve diğer perso-

nele daha iyi ücret vererek fakültede tutabilmek ve böylece eğitimde niteliği korumak, fakültelerin gelirlerini arttırarak bütçeye daha az yük olmalarını sağlamak, Gene Muhasebe Yasası ve İhale Yasası gibi bazı yasaların dışına çıkarak harcamalarda esneklik sağlamak, gelir fazlasıyla araç-gereç almak, araştırma için fon yaratmak. Bu beklentilerden bazılarının yaşama geçtiğinden kuşku yok. Ancak gerek eğitimde kalite gerekse hastane hizmetlerinde olumlu gelişme sağlandığını söylemek hayli güç. Verilen kaynak ve sağlanan olanaklarla yapılanlar karşılaştırıldığında, döner sermayelerin sağlık ve eğitimin olumlu yönde gelişimine katkıda bulunduğunu ileri sürmek güneşi balçıkla sıvamakla eş anlamlıdır.

Tıp fakültelerinde kimlerin, hangi koşullarda, ne oranda primden yararlandığı, doğan eşitsizlikler çelişkiler gibi teknik konulara değinmek istemiyorum. Meraklıları, Ankara Tabip Odası Bülteninin 989/ Eylül-Ekim sayısındaki konuya ilişkin yazılardan yararlanabilirler. Ancak burada küçük bir örnek vermeden geçemeyeceğim. Aynı ilde bulunan Ankara, Hacettepe ve Gazi Üniversiteleri Tıp Fakülteleri'nde dahi prim uygulaması birbirinden hayli farklıdır. Ankara Tıp'da Prof. ve Doç. % 180, Yard. Doç. % 75-100, Uzman % 40, 657 sayılı yasaya tabi personel % 20 oranında prim alırken, Hacettepe Tıp'ta Prof. % 150-175, Doç. ise % 150, Yrd. Doç. % 75-100, Uzman % 40, 657 Sayılı Yasaya tabi personel % 40 oranında prim almaktadır. Üniversite Yönetim Kurullarınca saptanan prim ödeme ilkelerinin yarattığı diğer ilginç sorunları öğrenmek isteyenlerin ATO Bülteni 1989/ Eylül-Ekim sayısının 21. sayfasındaki yazıyı özellikle okumalarını öneririm.

375 SAYILI KHK NE GETİRİYOR?

375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Tıp Fakültelerinde uygulanmakta olan prim sisteminin biraz değişik şeklinin Yataklı Tedavi Kurumlarında yani Devlet Hastanelerinde de uygulanmasını öngörmektedir. 375 sayılı KHK ile getirilen düzenleme aynen aşağıya alınmıştır. "Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden; o birimde görevli yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personele bunların bir yılda alacakları aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat tutarının % 50'sini, diğer personele ise % 100'ünü aşmamak üzere, Sağlık Bakanlığınca belirlenecek esas ve oranlarda ek ödeme yapılır."

Yukarıya aldığımız hüküm sağlık sorunu ve personelin durumu açısından ne getiriyor? Kanımca can alıcı soru budur. Buna yanıt verebilmek için döner sermayelerin işleyişini irdelemek gerekmektedir. Burada çıkış noktası döner sermayenin gelirleridir. Çünkü prim bu gelirlerden dağıtılmaktadır. Bir tıp fakültesi hastanesinde veya bir devlet hastanesinde döner sermayenin gelir kaynakları 3 başlıkta toplanabilir. Bunlar;

a- Devlet bütçesinden kuruluş aşamasında bir kez verilen 5 ilâ 200 milyon lira arasında değişen döner sermaye kuruluş payı,

b- Başışlar ve banka faizleri,

c- Sağlık hizmetinden yararlananlardan alınan muayene, tetkik, tahlil ve yatak ücretleridir.

Bu üç gelir kaynağından üçüncüsünü bi-

raz daha açmak gerekmektedir. Çünkü döner sermayenin yıllık gelirinin % 90'dan fazlası bu kaynaktan gelmektedir. 1989 Yılı verilerine göre 1987 yılı sonu itibarıyla sağlık hizmetleri bakımından sosyal güvenlik kapsamında olan nüfus toplamı 23.480.000 kişidir. Yani Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur nedeniyle sağlık yardımından yararlanan (aktif çalışan, aile fertleri, emekli, dul, yetim dahil) yaklaşık 23,5 milyon kişinin sağlık giderleri kendi kurumlarınca karşılanmaktadır.

Bu insanların devlet hastanesi veya fakültenin sağlık hizmetinden yararlanması halinde tedavi giderleri devlet bütçesinden ödenmektedir. 55 milyon nüfusun sosyal güvenlik şemsiyesinden yararlanamayan kısmı ise yaklaşık 21,5 milyon kişidir. Bu kesim hastane veya fakültenin sağlık hizmetinden yararlandığı zaman ücretini kişisel bütçesinden vermektedir. Bu saptama göstermektedir ki, döner sermayeli işletmenin gelirlerinin çok önemli bir bölümü devletten (yani memurun bağlı olduğu kurumdan) arta kalan bölümü sosyal güvenlik yoksun hastalardan alınan ücretlerden oluşmaktadır. İşte döner sermayeden dağıtılacak payın kaynağı bunlardır. Bir başka anlatımla devlet kuruluşlarınca mensupları için döner sermayeye ödenen tedavi ücretleri ile sosyal güvenlik yoksun ve yoksul insanların ceplerinden ödediği tedavi ücretleri "Döner Sermaye Geliri" adı altında bir hesapta toplanmakta ve bu paralar çalışanlara "prim" olarak dağıtılmaktadır. Görüldüğü gibi devlet bir yandan memuru için döner sermayeye tedavi ücreti ödemekte diğer yandan da bu paralar prim olarak dağıtılmaktadır. Devletin bir cebinden alıp, diğer cebine aktardığı parayı bu defa farklı bir kaynaktan sağlanmış bir ge-

lir gibi göstererek, prim diyerek dağıtması özünde gerçekçi olmayan komik bir uygulamadır.

PRİM MODELİNİN SAKINCALARI

Döner sermayenin işleyişini böylece somutlaştırdıktan sonra prim modelinin diğer sakıncalarına geçebiliriz.

1- 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ve Rehabilitasyon Tesisleri Döner Sermaye Yasasına bir fıkra ekleyen 375 sayılı KHK uyarınca döner sermaye priminden sadece yataklı tedavi kurumlarında çalışan personel yararlanabilecektir. Bu nedenle çalışanlarına prim verebilecek sağlık kuruluşu sayısı çok sınırlı olacaktır. Çünkü sağlık ocakları, dispensarler gelir elde eden kuruluşlar değildir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışanların primden yararlanma olanağı yoktur. Bu durumda personel arasında önemli ücret farkı doğacaktır. Primden yararlananlar ve yararlanma koşulları açısından Tıp Fakültelelerinde yaşanan diğer sorunlar ve çelişkiler aynen devlet hastanelerinde de yaşanacaktır. Hatta bunlara yeni sorunlar eklenecektir. Örneğin üniversitede profesörün 3 milyon lira, uzman tabibin 300 bin lira alması şeklindeki çarpıklık, Bitlis Devlet Hastanesindeki uzman tabibin 100 bin, Haydarpaşa Numune Hastanesindeki uzman tabibin 700 bin lira prim alması şekline dönüşecektir. Kısacası primden yararlananlar ve yararlanamayanlar, yararlanma oranları ilden ile, bölgeden bölgeye, hastaneden hastaneye çeşitlilik gösterecektir. Zaten bozuk olan ücret rejimi daha da içinden çıkılmaz hale gelecektir.

2- Sağlığı özelleştirme özlemini ta-

şıyan, ancak teknik sorunları yeterince düşünülmeden hazırlanan, 4 ay geçmesine karşın uygulamasına geçilemeyen prim modelinin içerdiği bir diğer sakınca öznelliğe açık oluşudur. Sağlık Bakanlığınca belirlenecek prim esas ve oranlarının nesnel olmayan ölçütlere dayanması olasılığı, personel üzerinde sağlıksız rekabet baskısı, adil olmayan iş yükü dağılımı birer potansiyel tehlike olarak ayrıca düşünülmelidir.

3- Döner sermaye işletmeleri arasında eşitsiz bir yarışma açılacaktır. Örneğin Hakkari Devlet Hastanesi ile Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi birer döner sermayeli işletme olarak hem sağlık hizmeti hem gelir arttırma çabası hem de fazla prim verme uğraşında yarışacaklardır.

4- Döner sermaye işletmeleri daha çok gelir elde ederek daha çok prim dağıtabilmek için daha pahalı hizmet vermek durumunda kalacaklardır. Gereksiz tıbbi teknoloji ve ilaç tüketimi yaygınlaşacaktır.

5- Döner sermayenin prim dağıtması ve bunun sağlık hizmetlerini kaçınılmaz olarak pahalılaştırması hastaları da etkileyecektir. Bir sosyal güvenlik kurumuna tabi hastanın tedavi giderleri yine kurumunca karşılanacaktır ancak büyük bir olasılıkla Emekli Sandığı ve SSK sağlık primi oranları yükseltilecektir. Sigortasız, sosyal güvenlikten yoksun hastalar ise sağlık hizmetlerini bugünkünden daha pahalı satın alabileceklerdir.

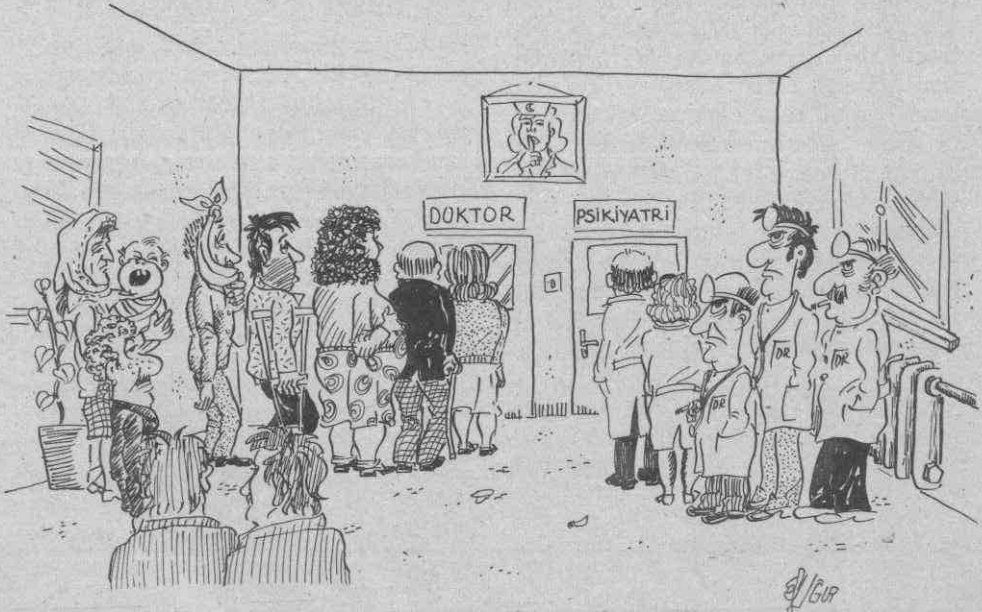
Bu 5 sakıncayı bir tümceyle özetlersek; sağlık işletmelerinin gelirinden o işletmede çalışanlara prim verilmesi olayı sağlık hizmetini, sağlık personelinin kendi içindeki ilişkilerini, sağlık personeli hasta ilişkilerini daha da yozlaştırmaya aday bir modeldir.

BİTİRİRKEN

Sağlık hizmeti felç, hastanelerimiz hastadır. Bu durum döner sermaye primi ile düzeltilemez, daha da kronik hale dönüşür. Anayasa Mahkemesince iptal edilen Sağlık Hizmetleri Temel Yasasıyla hastaneler kendi kendini finanse eden ve kâr getiren kuruluşlar olarak öngörülmüştü. 375 sayılı KHK ile getirilen de budur. Gerek 3359 sayılı yasa gerekse 375 sayılı KHK, sağlığı parayla satmaya yönelik düzenlemelerdir. Sağlık hizmetine öncelik verenlerin yapmaları gereken ilk iş, genel bütçeden ve sosyal güvenlik kurumlarının bütçelerinden sağlığa ayrılan payları artırmaktır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde doğru model koruyucu sağlığa ağırlık veren, sağlık ocakları ve dispanserleri ön planda tutan modeldir.

Sağlık personeline daha iyi ücret ve

daha iyi çalışma olanakları yaratmak için çözüm yolu döner sermayeden prim vermek değildir. Prim uygulaması sağlık personeline para verme adı altında sağlığı metalaştırma modelidir. Memuruna insan onuruna yaraşır bir yaşam düzeyi sağlamak isteyen bir devletin bu tür dolambaçlı yollara başvurmasına gerek yoktur. Mevcut personel yasaları çerçevesinde dahi döner sermaye priminden daha çok ve daha adil bir ücret rejimi yaratmak olanaklıdır. Bu altı çizilmesi gereken bir noktadır. Ancak altı kerelerce çizilmesi gereken gerçek ise şudur. Tüm sağlık personeli "ülkemin ve kendimin yazgısının çizilmesinde söz ve karar sahibi olmak istiyorum. Ulufe olarak vermek istediğiniz primler, paylar sizin olsun örgütlenme özgürlüğümü, toplu pazarlık hakkımı verin" demedikçe ne sağlık hizmetlerindeki sorunlar ne de sağlık personelinin sorunları çözülemeyecektir.



DOĞUM SONRASI BAKTERİÜRİ

Bu araştırma, doğum sonrası dönemde görülen üriner enfeksiyonun kontrollü olarak yapılan kısa süreli tedavi kürüne ait ilk araştırmalardan biridir. Bu çalışma, iki yıl boyunca (1985-1986) Oslo'daki Aker Üniversite Hastanesine doğum için başvuran tüm kadınlar üzerinde yapıldı. Toplam 6803 doğum yapmış kadın, bakteriyüri tespiti için gözlemlendi.

Daha önceden üriner enfeksiyon hikâyesi olan, doğum sırasında epidural analjezi ve kateterizasyon uygulanan ve sezeryanla doğum yapan puerperal hastalarda mutlaka idrar kültürü yapılmalıdır. Doğum sonrasında yüksek kontaminasyon hızı olabileceğinden idrar kültürü pozitif çıkan hastalarda daha ileri tetkikler yapılmalıdır.

Birçok antimikrobik ilaçlar anne sütüne geçmektedir. Bu nedenle de sadece gerekli oldukları zaman verilmeli ve tedavi süresi mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır, bu nokta önemlidir. Kısa süreli tedavinin diğer yararları şunlardır: Hasta tedavisinin uygulanmasına daha çok uyum gösterir, maliyeti düşüktür ve ilaca tolerans daha fazladır.

Geleneksel olarak, doğum sonrası bakteriyürinin tedavisinde amoksisilin tercih edilecek bir ilaçtır. Çünkü anne sütünde düşük konsantrasyondadır ve antibakteriyel spektrumu uygundur.

Mesane enfeksiyonu saptanmış 251

hastadan 199'una farklı tedavi kürü verildi, 52 vakada kontrol hastası olarak gözlemlendi. Amoksisiline duyarlı bakterinin olduğu hastalara üç değişik tedavi süresi uygulandı: Birinci gruba, bir günlük (akşam 3 g tek dozluk amoksisilin), ikinci gruba üç günlük (günde üç defa 500 mg amoksisilin), üçüncü gruba 10 günlük (günde üç defa 250 mg amoksisilin) tedavi uygulandı.

Tedavi sonuçlarının değerlendirilmesine göre üç günlük tedavinin on günlük tedavi kadar etkili olduğu saptandı. (Tedavi oranları sırasıyla % 94 ve % 99). Tek dozluk tedavi ise daha az etkiliydi.

Amoksisiline dirençli bakteri olan hastalara yedi günlük sefalekssin veya nitrofurantoin tedavisi uygulandı, tedavi yüzdesi % 91 idi.

Kontrol grubu olarak ilaç verilmeyerek gözlenen vakaların % 27 sinde mesane enfeksiyonu inatçı idi.

Bu çalışma sonucuna göre, doğum sonrasında bakteriyüri insidansı % 3,7 idi. Doğum yapmış kadınlarda disüri ve üriner enfeksiyonun diğer karakteristik semptomlarına tam olarak rastlanmayabilir. Hastaların sadece % 21'i disüriden ve ağrılı idrara çıkmadan şikayetçidirler. Semptomlar daha çok sezeryan yapılmış hastalarda gözlenir. Doğum sonrası dönemde doğum kanalına ait olan semptomlarla üriner sisteme ait

olanlar arasında ayırım yapmak zordur. Bu nedenle bakteriüri incelemesi rutin olarak yapılmalıdır. Bu çalışma göstermiştir ki komplike olmayan üriner enfeksiyon vakalarında üç günlük amoksisilin tedavisi yeterlidir ve bu tedavi tercih edilmelidir. Böylece bebeğini emziren anne kısa süre ilaç

almış ve anne sütüne gereksiz antibiyotik geçişi engellenmiş olacaktır.

Kısaltarak Çeviren:

Ecz. Betül Bilgetekin

Kaynak: AMJ OBSTET

GYNECOL 1990; 162; 792-7)



CEFATİN TABLET 250 mg (Roche)

Bileşimi: Her tablette 250 mg sefuroksime eşdeğer miktarda sefuroksim aksetil bulunur.

Farmakolojik Özellikleri: Cefatin, aerob gram-negatiflerden; E. Coli, Klebsiella türleri, Proteus mirabilis ve rettgeri, H. influenza ve parainfluenza, N. gonore, aerob gram-pozitiflerden; S. Aureus ve S. epidermis, S. pyoquenes (ve diğer beta-hemolitik streptokoklar), S. pneumoniae, B grubu streptokoklar, anaeroblardan gram-pozitif ve gram-negatif koklar, gram pozitif basiller (Clostridium türleri dahil) ve gram negatif basiller (Bacteroides ve Fusobacterium türleri dahil) ve propionibacterium türlerine etkilidir.

Endikasyonları: Cefatin tablet duyarlı organizmaların yol açtığı enfeksiyonların tedavisinde kullanılır.

Başlıca;

Alt ve üst solunum yolları enfeksiyonları (akut ve kronik bronşit, pnömani, K.B.B. enfeksiyonları, otitit media, sinüzit, tonsillit, farenjit, ürogenital sistem enfeksiyonları (piyelonefrit, sistit, üretrit) deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarında (Fronkül, piyoderma, impetigo) Gonore (akut ve komplike olmayan gonokokal üretrit, servisit) kullanılır.

Doz ve Uygulama: Yetişkinlerde:

Üriner sistem enfeksiyonları: Günde 2 kez 125 mg

Bronşit, piyelonefrit: Günde 2 kez 250

mg.

Pnömoni: Günde 2 kez 500 mg.

Komplike olmayan gonore: 1 g.'lık tek doz

Çocuklarda:

Genel olarak günde 2 kez 125 mg kullanılır.

Orta kulak iltihabı olan 2 yaş ve daha büyük çocuklarda ise günde 2 kez 250 mg kullanılır.

Genel olarak tedavi süresi 7 gündür (5-10), Betahemolitik streptokok enfeksiyonlarında tedavi en az 10 gün sürdürülmelidir.

Kontrendikasyonları: Sefalosporinlere karşı aşırı duyarlılığı olanlarda kullanılmamalıdır.

Yan Etkiler: Cefatin kullanımı sonucu ortaya çıkabilen yan etkiler genellikle hafif ve geçici özelliktedir.

Cefatin alan hastalarda diyare, bulantı, kusma, yumuşak dışkılama gibi gastrointestinal semptomlar görülmüştür. Yüksek dozlarda bunların insidansı artar.

Ayrıca alerjik döküntü, kaşıntı ve ürtikere de yol açabilmektedir. Kadın hastalarda vajinit görülebilmektedir. Seyrek olarak başağrısı ve diğer geniş spekturumlu antibiyotiklerde olduğu gibi nadiren pseudomembranoz kolit görüldüğü rapor edilmiştir.

Uyarılar: Tedavi öncesinde, hastada penisilinelere, sefalosporinlere ve diğer ilaç-

lara karşı aşırı duyarlık reaksiyonları olup olmadığı iyice araştırılmalıdır.

Kullanım sırasında alerjik reaksiyonların ortaya çıkması halinde ilaç derhal kesilmeli ve hasta uygun ajanlarla (presör aminler, antihistaminikler, kortikosteroidler) tedavi edilmelidir. Ciddi akut hipersensitivite reaksiyonları epinefrin ile acil tedaviyi gerektirir. Diğer geniş spektrumlu antibiyotiklerde ol-

duğu gibi, uzun süreli kullanımı duyarlı olmayan organizmaların (Candida, enterokok, C. Difficile) aşırı çoğalması sonucu tedavinin kesilmesini gerektirebilir. İlacın kullanımı sırasında ciddi diyare gelişen hastalarda pseudomembranöz kolitten şüphelenilmelidir.

Ticari Şekli: 250 mg tablet 10 adet alüminyum folyo strip.

8 MART DÜNYA KADINLAR GÜNÜ

Bu geleneğin ne zaman, nerede, kiminle başladığı tartışmalıdır.

Bazı anlatımlara göre 1857 de Newyorklu dokuma işçisi kadınlar, düşük ücretleri ve oniki saatlik iş gününü protesto etmek için 8 Martta gösteri yaptı ve polis göstericileri şiddet kullanarak dağıttı. 50 yıl sonra göstericilerin anısına 8 Mart Uluslararası Kadınlar Günü ilan edildi.

Bir başka anlatıma göre ise 8 Mart 1908'de Newyorklu dokuma işçisi kadınlar işten çıkarılmaları protesto için çalıştıkları fabrikayı işgal etti. Direniş yerinde yangın çıkması sonucu 155 kişi öldü. 1910'da bu olayın anısına 8 Mart Uluslararası Kadınlar Günü ilân edildi.

Daha değişik anlatımlar da var. Bunlardan biri de 8 Mart'ın Dünya Emekçi Kadınlar Günü adı altında 1910'da Clara Zetkin tarafından önerildiği, tüm kadınların ezilmişliğini ve mücadelesini simgeleyen bir gün olmasıdır.

Kadın, toplumda sahip olduğu etkinliğini ve önemli yerini insanlık tarihinde çok eskilerde yitirdi. Üretici güçlerin gelişmesiyle erkek daha güçlü ekonomik konumu elde ederken, cinsler arasındaki doğal işbölümü ve toplumsal işbölümleri kadının zararına işledi. Bu, özel mülkiyetin ortaya çıkması ve sınıfların doğmasıyla birlikte oldu. Toplumun babalığa göre örgütlen-

mesi, ataerkillik yerleşti. Kadının ikincil yeri, özel mülkiyete ve sömürüye dayalı bütün toplumların yapısal bir karakteristiği oldu. Kadının üstündeki baskının doğuşunda asıl belirleyici olan, biyolojik farklılıklar değil, toplumsal ilişkilerdir. Hiç kuşku yok doğal olarak değil, insanın eylemiyle tarihsel olarak oluşturulmuş üretim ilişkilerindedir. Kadının ikincil yeri her çağda, ilgili üretim biçimine ve mülk sahibi sınıfın ihtiyaçlarına uygun olarak başka biçimler aldı.

Ancak kadınların meslek sahibi olmaları, üretimde ve diğer alanlarda daha çok kadının çalışması, eğitim ve mesleki düzeylerinin yükselmesi, ekonomik ve sosyal haklar çerçevesinde savaşmaları güçlendi politik bilinçleri gelişti. Anamlı bir yaşam biçimine duydukları istekleri giderek büyüdü ve yeni ihtiyaçları doğurdu. Bu halde istek ve ihtiyaçlar toplumsal yaşamın bütün alanlarında eskisi gibi varlığını sürdüren kadın ayrımcılığı ve kadının haksızlığa uğramasıyla keskin çelişkiler içindedir. Ezilen halkın kadınlarının erkekleriyle paylaştığı politik ve sosyal baskıya ek olarak, bir de bütün kadınlar için ortak olan cinse özgü ayırım ve baskı vardır. Elbette bu, sosyal konuma göre çok farklı biçimlerde yaşanmaktadır.

Eğer, cinsler arasındaki eşitsizliği, ciddi biçimde çözmek istiyorsak elimizdeki

araçları kullanmak zorundayız. Geleneksel kadının rolünden vazgeçip çalışmalı, savaşmalı ve hayatı sevmeliyiz. Geleneksel kadının rolünden vazgeçip çalışmalı, savaşmalı ve hayatı sevmeliyiz. O zaman kadın olarak hem kendimize hem de başka kadınlara bakışımız değişecektir. Bir çoğumuz varlığından haberdar olmadığı bir güce sa-

hip olduğunu görecektir.

8 Mart Dünya Kadınlar Gününü Dünya ve Ülkemiz Kadınlara Barış, Özgürlük getirmesi dileğiyle kutluyorum.

Ecz. Suna Demiralp



ODAMIZ SOSYAL ETKİNLİKLERİ SÜRÜYOR

15 Nisan 1990 Pazar günü AFSAD üyesi Hamdi Mengi tarafından sunulan "GÖRÜNÜMLER" adlı dia gösterisini zevkle izledik.

AEO-Sosyal Tesisinde yapılan bu gösteride ülkemizin çeşitli yörelerinden görüntüleri bir fotoğrafçının gözüyle izleme olanağı bulduk.

Odamızda üyelerimize hizmet verebilmek amacıyla bir kütüphane oluşturulmuştur.

Yeni çıkan kitaplardan seçmelerin yer aldığı bu kütüphaneden üyelerimiz diledikleri kitapları ödünç alabileceklerdir.

Aşağıda listesini sunduğumuz kitapların ilginizi çekeceğini umuyoruz.

- 1- Kara Kitap - Orhan Pamuk
- 2- Paşalar Politikası - Muammer Yaşar Bostancı
- 3- Hoca Efendinin Sandukası - Emre Kongar
- 4- Evet Ama Bir Lokomotif Bunu Yapabilir mi Bakalım - Woody Allen
- 5- Sosyal Demokrasi Nedir Ne Değildir - İsmail Cem
- 6- Yarın Çok Star Olacak - Jaquas Ja-guela
- 7- Laikliğe Çağrı - Prof. Dr. Muammer Aksoy
- 8- Hoşçakal Dünya - Mehmet Başaran
- 9- Dullara Yas Yaraşır - Erendiz Atasü
- 10- pandispanya Mine - G. Jaulniez
- 11- Peynir Gemisi - Gani Müjde
- 12- Bir Dönemin Anıları - Emin Çölaşan
- 13- Bir Levantenin Beyoğlu Anıları -

Giovanni Scognamillo

- 14- Bir Aydın, Bir Örgüt ve Kürt Sorunu - İsmail Beşikçi
 - 15- Mülksüzler - Ursula K. Le Guin
 - 16- Şafak Türküsü - Nevzat Çelik
 - 17- Kadınlar da Vardır - Erendiz Atasü
 - 18- Şaka - Milan Kundera
 - 19- Sevda Sözleri - Cemal Süreyya
 - 20- İleri Briç - Kelsey
 - 21- Suda Seken Hayat - Nevzat Çelik
 - 22- Yağmur Yağsaydı - Nevzat Çelik
 - 23- Yaralı Oğluyum Hayatın - İnönü Alpat
 - 24- Bir Ayaklanmadır Gülüşün - Ali Yıldırım
 - 25- Şiir Ayaktadır - Babür Pınar
 - 26- Göl Uykusunun Ötesinde - Çev. M. Babek
 - 27- Demian - Hermann Hesse
 - 28- Bir Küçük Bulut - James Joyce
 - 29- Çankaya Hesaplaşması - Cüneyt Arcayürek
-
-

- 30- Biz Duvar Yazısıyız - Gülay Kutal
 31- Biz de Duvar Yazısıyız - Türkiye'den Graffiti
 32- Dövlət - Bekir Coşkun
 33- Sıfır Noktasındaki Kadın - Neval El Seddavi
 34- Kızıldan Yeşile - Rudolf Bahro

● 60 Milyonluk Türkiye'de bir kitabın baskısı 3-5 bini geçmiyor.. Okumadığımız gibi bir de türlü bahanelerle birbirimizi kazıkıyoruz.. Kısacası o-ku-mu-yo-ruuuz...



Bu sayımızda Bertold Brecht'in "Sevenler" isimli şiiri ile Onat Kutlar'ın aynı şiire değinmelerinin yer aldığı "Günlük Şiirleri"ne, beğeneceğiniz umuduyla yer veriyoruz.

SEVENLER

Bak, şu gökyüzünde yay çizen turnalara!
Bir bak da gör, yanlarına katılan bulutlar
Yanıbaşlarındaydı onlar koparken bir yaşamdan
Kopup da bir başka yaşama kanatlanırken daha;
O bulutlarla aynı yükseklikte, aynı ıvecenlikte
Yanyana gibiydiler ikisi de yalnızca:
Turna bulutla bölüşürdü güzel göğü
Şuncadır birlikte kanatladıkları
Gökte eğleşmezdi kimse kimseden daha çok
Hiçbir şey görmezdi kimse, hiç
Şimdi, uçarken birlikte duydukları yelde
Irgalanışından başka bir ötekinin
Hiçbirşey görmezdi, hiçbir şey duymazdı kimse;
Öyleyse bir hiçliğe kaçırabilir artık onları yel
Kalırlarsa yitip gitmez de
Dokunmaz hiçbir şey bu ikisine, sanki
Bir şey yazar mı, ikisi de her yerden sürülse
Yağmuru indi incek heryerlerden
Silah seslerinin yankılandığı
Aynı da güneşin de benzeşen yüzlerine karşı
Uçar giderler, birbirlerine ölesiye tutkun
uçar giderler öyle.
Nereye böyle?
Hiçbir yere.
Nereden, kimden bu kaçıp geliş?
Herkesten, her yerden.
Ne zamandır birlikte olduklarını mı sordunuz?
Kısa süredir.
Ne zaman ayrılacaklar?
Yakında.
Güvenli bir tutamaktır sevgi öyleyse sevenlere,
bir dayanak dahaca.

GÜNLÜK ŞİİRLER

Sen gittikten sonra iki çalgıcı
turnalar semahını çaldı ve kimse dinlemedi onları
benden başka. Sarımsak kokusunun
yoksulluk ve rakıyla buluştuğu saygısız kalabalıkta
kimse duymadı beni terkeden
kanatların bıraktığı esintiyi. Biri incecik öbürü kalın
iki tel vururken çalgının yüreğine
nicedir aklımı kurcalayan Bertold Brecht'in
"Sevenler" şiirini düşündüm bir yaşamdan ötekine
yanyana uçan iki turnayı. Taa yirmisekizlerden.
"Güneşin ve ayın az değişken dilimleri altında
uçup giderler yine, böyle tutkun birbirine.
Hey, nereye gidersiniz? —Hiç bir yere— Nerden

gelirsiniz?

Her yerden. Sorarsınız, ne zamandır birliktesiniz? diye.
Az zamandır. Ne zaman ayrılacaksınız peki?—

Yakında."

Çıktığımda hava açıldı ikinci güneşi gibi
nicedir ısıtmayan parlak ayın az değişken dilimleri altında
yürürken sordum kendi kendime. Nereye gidiyorsun?
Hiç bir yere. Ne zamandır yalnızsın? Bilmem, denize
ve ayışığından yapraklar kesen
şüre sormalı bunu. Daha yazılırken
bir anıya dönüşen şiirlere
Sordum kendi kendime ne yapılabilir çamurdan?

Heykel.

Acılardan? Aşk. Yoksulluklardan
bir devrim bile yapılabilir. Ama hiç bir şey
hiç bir şey yapılamaz ayrılıklardan.
Sen, çalgıcılar ve ayışığı çekip gittiniz uykunun
eşiğine vurulmuş bir turna gibi dönerek
düşerken sordum otuzdokuzlardan Bertold Brecht'le
birlikte

"Ne yapmalı peki?" Aklım dokunacak
bir başka akıl arıyor. Nicedir yabancı denizlerde
yıkanan benim başka bir teni. "Ne yapmalı?"
Biliyorum yağmur yağmaz yukarı doğru yeniden
Acı olmaz olur, silinir gider izi bıçağın.
Ama hiç bir rüzgar dolduramaz boş kalan yerini,
bir yaşamdan ötekine
birlikte uçan turnaların yerini
gökyüzünde.

3. Ankara Film Şenliği Yapıldı

Ankara Film Şenliğinin üçüncüsü 9-18 Mart tarihleri arasında yapıldı. Fee Valiant başkanlığında Agah Özgüç, Yılmaz Duru, Oğuz Adanır, Önder Şenyapılı, Aytaç Arman ve Çetin Öner'den oluşan seçici kurul tarafından Mahinur Ergun'un yönettiği Medcezir Manzaraları, En İyi Film seçildi. Ödül listesi aşağıdadır.

En iyi birinci film: Medcezir Manzaraları (Mahinur Ergun)

En iyi ikinci film: Bütün Kapılar Kapalıydı (Memduh Ün)

En iyi üçüncü film: Film Bitti (Yavuz Özkan)

En iyi yönetmen: Mahinur Ergun (Medcezir Manzaraları)

En iyi kadın oyuncu: Zühal Olcay (Medcezir Manzaraları)

En iyi erkek oyuncu: Kadir İnanır (Medcezir Manzaraları)

En iyi yardımcı kadın oyuncu: Meral Oğuz (Film Bitti)

En iyi yardımcı erkek oyuncu: Halil Ergün (Film Bitti)

En iyi senaryo: Süheyla Acar Kalyoncu (Bütün Kapılar Kapalıydı)

En iyi görüntü yönetmeni: Ertunç Şenkay (Büyük Yalnızlık / Film Bitti / İkili Oyunlar)

En iyi kurgu: Memduh Ün (Bütün Kapılar Kapalıydı)

En iyi ışıklandırma: Süleyman Çekiç (Bütün Kapılar Kapalıydı)

En iyi sanat yönetmeni: Ödüle değer çalışma bulunamadı.

En iyi özgün müzik: Ödüle değer çalışma bulunamadı.

En iyi stüdyo: Fono Film (Medcezir Manzaraları / Bütün Kapılar Kapalıydı)

Umut veren yeni yönetmen: Ödüle değer çalışma bulunamadı.

Umut veren yeni kadın oyuncu: Ashi Altan (Bütün Kapılar Kapalıydı)

Umut veren yeni erkek oyuncu: Uğur Polat (Bütün Kapılar Kapalıydı)

Umut veren yeni senaryo yazarı: Süheyla Acar Kalyoncu (Bütün Kapılar Kapalıydı)

Seçiciler Kurulu Özel Ödülü: Şahin Gök

Afsad Ödülü: Bilge Olgaç (Gömlek)

Sağlık Bakanlığı'nca Tesbit Edilen Rapora Tabi İlaçlar

9 Şubat 1990 tarih 20438 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatı'nın "İlaçların Temin Edilmesi" bölümünde "Reçetelere en çok beş kalem ilaç yazılır ve miktarı on günlük tedavi dozunu geçemez. Müstahzar ilaçlarda bir tedavi dozu orijinal ambalaj bozulmadan verilir. Bunlardan reçete bir adetten fazla yazılamaz.

Ancak;

a) Orijinal ambalajdaki tek dozun gerekli teşhis, tedavi, korunma için yetmemesi durumunda (tek dozlu müstahzarlar için)

b) Bir sağlık kurulu raporuna dayalı olarak alınan reçetelerde

c) Yatan hasta reçetelerinde bu şartlar aranmaz"

denilmektedir.

Gönderdiğimiz sirkülerle bu konuda sizleri bilgilendirmiştik.

Ancak, "sağlık kurulu raporuna dayalı olarak alınan reçetelerde bu şartlar aranmaz" ibaresi bazı doktorlar tarafından yanlış yorumlanarak rapora yazılan her ilacın reçeteye istenildiği kadar yazılabileceği düşünülmüş, gerek rapora gerekse reçeteye rapor kapsamına girmeyen ilaçlar "10

günlük dozu" geçecek şekilde yazılmıştır. Bazı eczacılar da aynı yanılsa düşerek bu ilaçları vermişler ve bedelleri kurum tarafından ödenmemiştir.

Bir ilacın rapora yazılabilmesi için hayati önem taşıdığına Sağlık Bakanlığı'nca tespit edilmiş olması ve protokolün ek-2 bölümünde belirtilen listede yer alması gerekmektedir.

Eczacıların mağdur duruma düşmemesi için bu konuya dikkat etmeleri gerekmektedir.

Bu listeyi aşağıda sunuyoruz.

1- TÜBERKÜLOZ

- Antitüberküloz kemoterapötikler
- D-Sikloserin
- Ethambutol ve kombinasyonları
- Ethionamid
- I.N.H. ve kombiyasyonları
- Morfozinamid
- P.A.S. ve tuzları
- Pirazinamid
- Protionamid
- Rifampisin ve kombinasyonları
- Streptomisin sülfat
- Thiacetazon

2- KANSER

- 2 Etil Stil bestrol di fosfat (Diethyl Stilbestrol diphosphate)

- Antineoplastik kemoterapötikler, aynı nitelikte olan hormonlar ve hormon antagonistleri ve bunların uygulanması ile ilgili parenteral sıvılar ve antidotları:

- Acitnomycline
- Asparaginase
- Bleomycin HCL
- Busulfan
- B.C.N.U.
- C.C.N.U.
- Chlorambucil
- Cis-Platin
- Cytosine-Arabinoside
- Cyclophosphamid
- Daunomycine
- Dexorubicine HCl
- Etoposide
- 5-Fluorouracil
- Hydroxyurea
- Melphalan
- Merkaptopurtn.
- Methotrexate
- Mitomycine
- Mitotane
- Mitoxantrone HCL
- Prokarbazin HCL
- Stilbestrol difosfat
- Tamoxifen Citrate
- Thio-Tepa
- Vinblastin sülfat
- Vinkristin sülfat
- Kortikostreidler (Kanser tedavisinde sürekli kullanmak şartıyla)
- Radyo farmasötik müstahzarlar
- Lymphocytic antiserum ve antiglobulin
- Antikansero aktif immunizan aşılarda

3- KRONİK BÖBREK HASTALIKLARI

- Peritoneal dializ solüsyonu
- Asit-baz, elektrolit, kalsiyum ve fosfat dengesini sağlamaya yönelik ilaçlar
- Glukokortikoidler
- Parenteral sıvılar
- Antimikrobik ve kemoterapötikler (Kronik üriner sistem hastalığı olguları için kullanılacağı resmi raporda tevsik edilmek koşulu ile)

- Tek ve kombine diüretikler

4- AKIL HASTALIKLARI

- Amitriptilin HCL
- Biperiden (sadece nöroleptik ilaçların yan tesirini bloke etmek için)
- Chlorpromazine
- Clomipramin
- Dehidrobenzperidol
- Disulfiram
- Fluphenazin decanoate
- Haloperidol
- Imipramin
- Isocarboxazide
- Marprotilin
- Mianserin
- Nialamid
- Penfluridol
- Pimozide
- Thioridazine HCl
- Thiothixene
- Trifluoroperazin
- Trifluoperidol
- Thioproperazine
- Lityum karbonat
- Promazin HCL

5- ORGAN NAKLİ

- Immunosupresif ilaçlar
- Parenteral sıvılar
- Antimikrobik kemoterapötikler

6- KONJEKTİF KALP YETMEZLİĞİNDE KULLANILAN KALP GLİKOZİDLERİ

- Asetildigoxin
- Digoxine
- Digitoxine
- Lanatosid-C
- Desasetil Lanatosid-C
- Quabanine

7- ANTIANGİNAL İLAÇLAR

a) Nitritler

- Isosorbiddinitrat
- Nitrogliserin
- Pentaeritritol tetranitrat

- Dipyridamol

b) Kalsiyum antagonistleri

- Nifedipin
- Verapamil HCl
- Nitrendipin
- Fandilin

c) Betablokerler:

- Asebutolol
- Alprenolol
- Atenolol
- Metoprolol
- Nadolol
- Oxprenolol
- Pindolol
- Propranolol
- Labetolol Hydrochloride

d) Periferik ve serebral damar hastalıkları

e) Antiaritmikler

8- ANTIKOAGÜLAN İLAÇLAR

- Varfarin ve etilbiskumasetat (sadece tromboembolik olayların tedavi ve profilaksisi için)
- Dipyridamol, Aspirin ve tuzları (sadece kalp ve damar ameliyatlarından sonra)
- Heparin

9- ROMATİZMAL KALP HASTALIĞI PROFİLAKSİSİNDE

- Depo penisilinler (sadece bu endikasyonda)

10- ROMATOİD ARTRİT

- Glukokortikoidler (sadece bu endikasyonda)

11- DİABETES MELLİTUS VE DİABETES İNSİBİTUS'UN TEDAVİSİNDE KULLANILACAK İLAÇLAR (Sentetik tatlandırıcılar hariç)

- DDAVP
- Glibenclamid
- Glubornuride
- Gliclazide
- Glipizide
- İnsulün (NPH ve kristal)
- Metformin

- Minirin
- Pitressin tannat
- Tolbutamid
- Klorpropamid

12- KRONİK NÖROLOJİK HASTALIKLARDA KULLANILAN İLAÇLAR

a) Antiparkinson İlaçlar

- Adamantanamin HCL
- Bromocriptin (sadece bu endikasyonda ve hipofiztümöründe)
- Biperiden
- L-dopa ve kombinasyonları
- Trihexyphenidyl HCL

b) Antiepileptikler (tek ve kombine halde olanlar)

- Diazepam ampul
- Difenilhidantoin
- Clonazepam
- Etosuksimid
- Karbamazepin
- Luminal
- Primidon
- Trimethadione
- Sodyum Valproate

13- GLAUKOMDA KULLANILACAK İLAÇLAR

- Aceclidin HCL
- Acetozolamid
- Pilocarpin tuzları
- Timolol maleate
- Adrenalin

14- BRONŞİYAL ASTMADA KULLANILAN İLAÇLAR

- Beclomethasone
- Efedrin (sadece bu endikasyonda ve kombine olmamak şartıyla)
- Isopranalin sülfat
- Ketotifen
- Orciprenalin sülfat
- Salbutamol
- Sodyum kromoglikat
- Teofilin ve teofilin türevleri (sadece bu endi-

15- KONJENİTAL METABOLİZMA HASTALIKLARI

- Düşük fenilalaninli mama

16- OTOİMMUN HASTALIKLAR

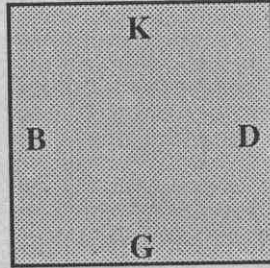
- Human antihaemophilic fracittion (Faktör VIII)
- Kolsisin
- Neostigmin ve benzerleri
- Colchicum
- Pyridostigmin bromid
- Deferrioxamine

17- TIROID - PARATIROID - HİFOFİZ VE SÜRRENALİN KRONİK HASTALIKLARINDA UZUN SÜRELİ KULLANILACAK İLAÇLAR**18- ANTİHİPERTANSİF DİÜRETİK VE BETABLOKER İLAÇLAR (tek ve kombine halde olanlar)****19- KRONİK KARACİĞER HASTALIK****20- KRONİK BAĞIRSAK HASTALIKLARI**

BRİÇ SEVENLERE

Hazırlayan: Ecz. Yalçın BALKIS

- ♠ DV
- ♥ DV
- ♦ V104
- ♣ AD10987



- ♠ A5432
- ♥ A5432
- ♦ AD
- ♣ R

3 SA Her dağılıma

Atak : Karo 3

Yerden 4'üü karo A ya da D la elden alınır. Trefl R oynayıp yerden A'la ezilir, trefl D çekilir. Elden karo A ya da D atılır. 5 trefl, 2A, 1 Pik, bir kör ya da karo.

Cözüm: