

ÇALIŞMA ORTAMI

İŞÇİ SAĞLIĞI
İŞ GÜVENLİĞİ
ERGONOMİ
İŞ HİJYENİ
ÇEVRE
VERİMLİLİK
İŞ HUKUKU
SOSYAL POLİTİKA

KASIM-ARALIK 1995- SAYI: 23

*Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını * iki ayda bir çıkar*

BU SAYIDA NELER VAR?

Kadın İşçi Sorguluyor

- Kadınlar ve Çalışma Yaşamı (Psi. Nurhayat Kemerli)
- Sosyal Hüküm ve Sendikal Hareket (Seyhan Erdoğan)

Büyüteç:

- Sağlık İnsangücü Planlaması (Dr. Derman Boztok Dr. Bülent Kılıç)
- Sağlık İnsangücü: Sorunlar Çözümler (Prof. Dr. Nusret H. Fişek)
- Hemşirelik Mesleği (Hem. Lalezar Mürşitpınar)
- Sağlıklı İnsangücü ve Veteriner Hekimliği (Vet. Hek. Naci Yaman)
- Dişhekimliği'nde İnsangücü Planlaması (Dt. Müge Korkmaz)
- İnsangücü ve Eczacılar Grubu (Ecz. Firdevs Korkmaz)
- Yarının İdeal Yöneticisi (Ahmet Semih Arpacı)

Hedef : Çıkarı Pratisyen Hekimlerle Özdeşleşenler (Doç. Dr. A. Gürhan Fişek)

Toplum Hekimliği Eylemi:

- Ankara Tabip Odası Toplum Hekimliğini Tanıtma Çalışmaları Bürosu'nun TTB Nusret Fişek Halk Sağlığı Ödülü ile İlgili Önerisi

Prof. Dr. Nusret H. Fişek Doğum ve Ölüm Yıldönümlerinde "Barış Konseri" ve "Bilimsel Etkinliklerle Anılıyor.

Kadın İşçi Sorguluyor :

Kadınlar ve Çalışma Yaşamı

Psi. Nurhayat Kemerli

Kadınların ekonomideki yeri üzerinde yapılan ciddi çalışmalar bir çok açıdan, kadınların emek pazarına katılımlarındaki büyümeyi ve cinsiyetle ilgili eşitsizlikler üzerinde dikkatlerin yoğunlaşmasında kadın hareketinin başarısını yansıtmaktadır. Çünkü yaygın kanı, emeğin piyasaya girişinde yaş, cinsiyet ya da etnik köken gibi sosyal değerlerin etkili olmadığı; beceri, ücret ve işe bağlılık gibi ekonomik faktörlerin etkili olduğu şeklindedir. Bu nedenle aynı durumda çalışan kadın ve erkeklerin aynı davranış kalıpları içinde oldukları varsayılmaktadır. Bundan ötürü yapılan işyeri çalışmalarında kadınlar ya bütünüyle incelemenin dışında tutulmuş ya da daha çok erkeklerle aynı şekilde davrandıkları varsayılmıştır. Bunlara dayanarak da kadınların işlerinde erkekler kadar etkin olmamaları cinsiyet farkı ile değil, iş dışındaki faktörlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Son yıllarda özellikle feministler tarafından yapılan araştırma ve çalışmalar kadın emeğinin marjinalliğinin nedenlerini sorgulamaya başlamıştır.

Kadın işgücününün marjinalliği denildiğinde kadınların işlere yetersiz ve eşitsiz katılmaları anlaşılmaktadır. Bu durum kadınların işgücü pazarına eşitsiz olarak katılmaları ve işgücü pazarına girdikten sonra ortaya çıkan mesleki ayrımcılık şeklinde kendini göstermektedir.

Kadınlar işgücü pazarına eşitsiz katılmaktadır. Örneğin ülkemizde gelir getiren işlerde çalışan kadınların toplam kadın nüfusuna oranı %4, işgücü pazarındaki yeri açısından % 33 oranındadır. Kadınların işgücüne katılmalarında 1955'te % 70'ten 1990 yılında % 33'e önemli bir düşüş gözlenmektedir. Kadınlar genç işgücüdür. 15-25 yaş grubu yoğun çalışan kadınlardan oluşmakta, 25 - 35 yaşları arasında kadınlar pazardan çekilmekte, çocuk doğurma ve bakım işlerine yönelmektedir. Çünkü kadınların asli görevleri ev içindeki analık, karılık görevleri olarak algılanmakta ve sürmektedir. En verimli oldukları yaşlarda kadınların pazardan çekilmek zorunda kalmaları iş alanındaki gelişmelerini engelleyici bir faktördür. Geri döndüklerinde buldukların kurumda hiyerarşik yükselme oranları çok düşük olmaktadır. Ayrıca kadına geleneksel bakış açısı nedeniyle kadın işgücününün eğitim, gelir düzeyi ve iş bulma olanakları erkeklerden daha düşüktür. Petrol - İş'in 1989 araştırmasına göre işgücündeki kadınların % 31 hiç okul bitirmemiş ve % 51 "I ilkokul mezunu iken, erkeklerin % 12'si hiç bir okul bitirmemiş ve % 62'si ilkokul mezunudur. Yine kadınlar erkeklere göre daha düşük ücret almaktadır. SSK verilerine göre 1988 yılında kadınların ücreti, erkeklerden % 14,2 oranında daha düşük gerçekleşmiştir,

Kadın marjinalliğinin ikinci boyutu işgücü pazarına girdikten sonra ortaya çıkmaktadır. Kadınlar belli alanlarda, özellikle hizmet ve imalat sektörlerinde yoğunlaşmaktadır. Bir çok alan erkek alanı olarak belirlenmiş ve kadınlara kapatılmıştır. Kadınların çalıştığı alanlar erkeklerin çalıştığı alanlardan daha fazla ayrılmaktadır. Sanayide kadınlar çoğunlukla dokuma, hazır giyim, gıda, içki ve tütün işkollarında birikmektedir.

Kadınlar aleyhine meslek ayrımı yatay ve dikey ayrım olarak iki grupta toplanmaktadır.

Yatay ayrım kadınların belli işkollarında yoğunlaşmalarıdır. Örneğin sanayide kadınların dokuma, hazır giyim, içki, ve tütün işkollarında birikmesi yoğunlaşmasının en belirgin özelliğidir. Bu iş kollarında kadınlar, 1975 yılında % 75,1, 1980 yılında % 80,8, 1985 yılında % 79,9 oranında yoğunlaşma göstermektedir.

Dikey ayrım kadınların belli alanlarda yoğunlaşarak yatay iş ayrımının ötesinde hiyerarşinin üst kademelerinde çok düşük temsil edilmeleridir. DİE'nün 1990 yılı araştırmasına göre kentlerde ücretli olarak çalışan kadınlar içinde sadece %1,44 oranında kadın üst düzeyde yönetici konumundadır. Özel sektörde yapılan bir araştırma 100'den çok işçi çalıştıran 63 büyük işletmenin yalnız altısında 7 üst düzey yönetici kadın bulunduğunu (%2,8), 100 işçiden az işçi çalıştıran işletmelerde ise hiç üst düzey yönetici kadına rastlanmadığını ortaya koymaktadır.

Yukarıda açıklanan verilerin de gösterdiği gibi eşitsizliğin ortaya çıkışında cinsiyet temel nedenlerden biridir. Ekonomik yaşam cinslere karşı nötr değildir, işbölümü ve ayrıştırma mekanizmalarının ve dolayısıyla sosyal ve politik eşitsizlikler sisteminin kurgusunda cinsiyet faktörü etkindir. Özellikle sanayileşme ile cinsler arasındaki rol paylaşımı kutuplaşmış ve toplumda daha yaygın hale gelmiştir.

Cins rolleri doğuştan gelmemekte aksine toplumsal yaşamın içinde öğrenilmektedir. Giyim biçimleri, kullanılan renkler, bulunan mekanlar, kullanılan aletler vb. gibi materyal yanının yanısıra "kim ne üretir?" biçiminde ideolojik bir yanı vardır. Şu anda cinslerden birine ait olanlar dışında yeni icat edilen ve üretilen aletler de cinslerden hangisine ait olacağı önceden belli olarak üretilmektedir. Böylece erkekler kendileri için avantajlı olan iş ayrımlarını ideolojik olarak desteklemekte ve denetlemektedir.

İşyerinde kural erkek ayrımcılığıdır. Erkeklerin işyerinde kadınlara üstünlük kurmalarında çıkarları var. Böylece sermayeye karşı çalışan olarak, sistem içindeki yerlerini güvenceye almaktadırlar. Erkek, birey olarak, sadece kendisini sermaye karşısında daha güçlü pazarlık edebileceği bir yere koymak değil, aynı zamanda kadınlarla rekabet etmemek konusunda sosyal bir baskı altında hissetmektedir. O nedenle erkek çalışan kadınlarla aynı işi yaptığında statüsünün sarsıldığını hatta yapabileceği kadar iyi çalışmadığını düşünmektedir. Bir kadın üstle çalışma endişesi taşımaktadır. Bu nedenle kadınların dikey yukarıya doğru ya da yatay biçimde erkeklerin çalıştığı alanlara kayışı buradaki erkekler tarafından engellenmeye çalışılmaktadır

Kadınların çalışma yaşamında daha fazla yer almalarına ve hiyerarşide yükselmelerine ilişkin çabalar,

geleneksel değerlerin erkekler arasında, özellikle aile içinde yaşamaya devam etmesi sonucu başarısız olmaktadır. Bunun dışında bir işte uzun süre çalışmış olmak ve iş yaşamına ara vermemiş olmak hem işten atılmamak hem de yükselebilmek için önemli olmasına karşın kadınlar çocuk sahibi olduklarında büyük oranda iş yaşamından uzaklaşmaktadır.

Ayrımcılığı hazırlayan önkoşullar; kadınların genellikle erkeklerin yönetimi altında yardımcı işlerde çalışıyor olmaları, kadınların ailenin esas gelirini kazanmak değil, ek gelir elde etmek için çalıştıkları varsayımı, kadınların ev içindeki sorumlulukları nedeniyle, işlerinde erkeklerden daha az üretken oldukları düşüncesi şeklinde özetlenebilir.

Mesleki ayrımcılığın güç aldığı merkezler, önyargı, gelenek ve ekonomik faydadır. Önyargı daha çok kişisel bir davranıştır, işveren kadın işçi çalıştırmak istemiyor, erkek çalışan kadınlarla çalışmak istemiyor.

Gelenekler toplumsal boyutta ayrımcılık yaratıyor ve işverene dışardan zorlanıyor. Ancak en güçlü neden ekonomik fayda, işveren önyargı ve geleneklerin getirdiği engellemelerden kadın çalışanın emeğinin daha ucuza kullanmak amacıyla yararlanıyor. Ayrıca kadınların yeteneklerini geliştirebilecekleri yükselme şanslarının olabileceği işlere atanmamaları nedeniyle kadınlar gördükleri eğitim ve becerilerin altında işlerde çalıştırılıyorlar. Ya da becerilerini geliştirmelerine izin verilmiyor. Bu durum mesleki açıdan ilerlemelerine ve dengeli ücret artışları almalarına engel oluyor. Kadınların çalışma alanları belirlendiğinden, bu alanlarda işgücü arzının fazlalaşması ücretlerinin düşük tutulmasına neden olmaktadır.

Cinsler arası eşitsizliği ortadan kaldırmak için iş ilişkilerinin değiştirilmesi, kadın ve erkek arasındaki dikey ve yatay iş ayrımlarının ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu konuda en önemli iş kadınlara düşmektedir.

Kadınlar kendilerine güvenip, kendilerine biçilen rolleri reddetmeleri durumunda kendi konumlarını düzeltmeye dönük önemli adımlar atmış olacaklardır. Ayrıca kadınların birbirleriyle iş deneyimlerini paylaşmaları ve dayanışmaları önemlidir.

Özellikle cinsiyet kimliğinin oluşması sürecinde çalışma yaşamının içinde olan genç kadınlar, yukarıda sayılan eşitsiz koşullarla karşılaşmakta ve kısa sürede çözümünü kendisine sunulan geleneksel roller içinde bulunmaktadır. O nedenle genç yaşta çalışma yaşamına katılan kadınların özellikle mesleki eğitimleri önem kazanmaktadır. Kadın olmak nedeniyle yaşadıkları ayrımcılığın önlenmesine dönük çabaları birlikte konuşarak aşmalarına dönük çalışma ve örgütlenme programları yapılmalıdır. İş yaşamına geçici değil, sürekli bakmalarını sağlayacak bilincin oluşabilmesi için kendilerine güvenmeleri sağlanmalıdır. Bu konuda önemli girişimler kadın inisiyatifleri tarafından hem geleneksel olmayan alanlarda kadınların eğitilmesi, hem de kadın işyerlerinin açılması yönünde gelişmektedir.

Sosyal Hüküm ve Sendikal Hareket

Seyhan ERDOĞDU

"Uluslararası Ticaret Anlaşmaları ile bağlantılı olarak sosyal hüküm - kadınlar için anlamı-sendikal haklara ve insanca çalışma koşullarına uygunluğun sağlanması için sendikaların stratejileri - Kuzeyin ve Güneyin sendikal hareketleri bu koşulları değiştirmek için nasıl işbirliği yapabilir."

işçilerin savunduğu sosyal hüküm uluslararası ticaret anlaşmalarına asgari çalışma standartlarının dahil edilmesi demektir.

Uluslararası çalışma standartlarının ticaretle bağlantılı kılınması yeni bir olgu değildir. 19. yy. sonlarına kadar giden bir geçişe dayanır.

1919 yılında İLO kurulduğu zaman, işçilerin korunmasına ilişkin kuralları uyumlaştıracak ve ülkeler arasındaki işgücü maliyetleri farklılıklarını azaltacak uluslararası çalışma mevzuatının benimsenmesini kendisine temel görev edindi.

Bir çok ülkenin uyguladığı Genel Tercih Sistemi, çalışma koşullarına ilişkin "makul" ilkelerin ve "örgütlenme ve toplu sözleşme hakkının" benimsenmesini şart koşar.

Bölgesel ekonomik birleşmeler de entegrasyon süreci içerisinde sosyal bir boyut taşımaktadırlar. İşçi haklarının ekonomik birleşmelerle bağlantılandırılmasında Avrupa Birliği çok çarpıcı bir örnektir. Nafta ve Mercosor diğer örneklerdir.

Bazı mal anlaşmaları da adil çalışma standartlarına uygunluğu şart koşan hükümler içerir.

UNCTAD, hammadde üreticilerinin ücretlerini ve gelirlerini uluslararası anlamda garanti eden hammadde fiyatları politikası geliştirmiştir.

Kısacası işçi haklarının uluslararası ekonomik ilişkilere bağlanması yeni bir olgu değildir.

O halde sosyal hüküme ilişkin olarak dünyada neden böyle büyük bir tartışma yürütülmektedir?

Sosyal hüküm asgari ILO standartlarından farklı ya da daha kapsamlı bir şey midir?

Dünya çapında bir asgari ücret veya bütün işçiler için asgari çalışma ya da yaşama koşullarını mı belirlemektedir?

Her iki sorunun yanıtı da olumsuzdur.

İşçilerin savunduğu sosyal hüküm kısaca şudur: Sosyal hüküm ILO'nun pek çok ülke tarafından onaylanmış 7 sözleşmesine dayanır.

Örgütlenme özgürlüğü ve toplu sözleşme hakkına ilişkin 87 ve 98 nolu sözleşmeler.

Zorla çalıştırmanın kaldırılmasına ilişkin 29 ve 105 nolu sözleşmeler.

İstihdamda ayrımcılığın önlenmesine ve eşit değerdeki işe eşit ücret ödenmesine ilişkin 111 ve 100 nolu

sözleşmeler.

İstihdam için asgari yaş (çocuk emeği'ne ilişkin 138 nolu sözleşme.

ICFTU, GATT ve benzeri uluslararası anlaşmalara dahil edilecek bir sosyal hükümle bu asgari standartların taraflarca kabul edilmesini sağlamak amacındadır. Asgari standartların ise WTO/ILO Danışma Organı tarafından belirlenmesini önermektedir. ICFTU, ayrıca, bu organın, sosyal hükümün uygulanmasını denetlemesini de istemektedir. Açık ve sürekli ihlal durumunda son çare olarak, ticari önlemlere başvurulacaktır.

ICFTU önerisi çocuk emeğine, zorla çalıştırmaya, ayrımcılığa ve örgütlenme özgürlüğünün ve toplu sözleşme özgürlüğünün bastırılmasına karşıdır.

Ücretler ve istihdam koşulları ICFTU'nun savunduğu sosyal hüküm konusu değildir. ICFTU, ücretlerin ve istihdam koşullarının belirlenmesinde, o ülkenin kendi yerel koşullarında kabul edilebileceği biçimde, toplu sözleşme ile belirlenmiş bir sistem önermektedir.

Yukarıda sıralanan işçi hakları temel insan haklarıdır ve bu haklara ilişkin ILO sözleşmeleri 100'den fazla devlet tarafından onaylanmıştır.

Dünyada çocuk emeğini, zorla çalıştırmayı, ayrımcılığı ve sendikal hakların bastırılmasını açıkça savunan hiç bir hükümet yoktur.

O halde bazı işverenlerin ve hükümetlerin sosyal hükme karşı bu tepkileri nereden gelmektedir.

Bunlar neden bir sosyal hükümle Dünya Ticaret Anlaşmasının bağlantılandırılmasına şiddetle karşı çıkmaktadırlar.

Bu işverenler ve hükümetler, bu karşı çıkışlarını sosyal hükümün korumacı olduğu gerekçesine dayandırmaktadırlar. Onlara göre sosyal hüküm ticari performanslarına zarar verecektir. Bazı sendikalar da bu karşı çıkışa katılmakta ve eğer önlerine ihracat engelleri çıkarılırsa, ucuz mal ihraç eden ülkelerdeki işçilerin işlerini ve dolayısıyla yaşam araçlarını kaybedeceklerini iddia etmektedirler.

Gelişmekte olan ülkelerdeki bazı sendikaları sosyal hükme, ülkelerin rekabet edebilirliği açısından bakarlarken, gelişmiş ülkelerdeki bazı sendikalar da sosyal hükme, gelişmekte olan ülke hükümetlerinin, işçi haklarının baskı altına alınması ayrımcılık ve sömürü yoluyla rekabet avantajı elde edecekleri görüşü ile bakmaktadırlar. Burada, bütün kapıları kapalı olduğu için ve herhangi bir yardım talimatı bulunmadığı için 300 kadın ve çocuğun korkunç bir yangında hayatını kaybettiği, Tayland'daki Kader Oyuncak Fabrikası'nda kimin rekabet avantajından yararlandığını sormak istiyorum. Bu avantajdan yararlanan Tayland hükümeti mi yoksa üretimin bir kısmını Tayland'daki fabrikaya ihale eden Hong Kong merkezli çok uluslu şirket midir? Hong Kong'daki çok uluslu şirketin sermayedarlarının tek bir milleti mi vardır? Kader Oyuncak Fabrikasında 'hangi millet rekabet avantajı kullanmaktadır?

Bir ülkenin rekabet edebilirliği, mallarının üretimine bazı standartlar konması ile sınırlanıyorsa dünyada herkesin kabul ettiği teknik üretim standartlarına ne demeli? Çoğu ihraç malı ulusal yasalarla veya uluslararası kuruluşlarca belirlenen teknik standartlara uymak zorundadır. Ayrıca bunların uygunluğu test edilmek

ve belgelenmek zorundadır. Hiç bir gelişmekte olan ülke hükümeti veya işveren örgütü, örneğin "DİN" standartlarını korumacı saymaya kalkışmamaktadır. Yeni sanayileşmekte olan bir ülkede bir basınçlı kap imalatçısı, örneğin, Alman teknik standartlarına uymak zorunda kalmış ve TÜV sertifikası sunması gerekmişse, buna bir ülke için rekabet avantajı veya himayecilik adı verilmiyor. Ama aynı basınçlı kabın imalatında çalışan işçilerin koşullarının, mesela sendikal haklara sahip olmak gibi bir çalışma standardına uyması talep edilince, buna himayecilik ya da rekabet avantajı deniyor. Teknik standartlara karşı çıkmayan veya çıkmaya cesaret edemeyen aynı hükümet çalışma standartlarına karşı çıkıyor ve çıkabiliyor.

Çok yakın bir gelecekte Avrupa birliği pek çok sanayi ithalatında CE markası isteyecek ve gelişmekte olan ülkeler eğer Avrupa Birliği'ne ihracat yapmak istiyorlarsa bunu kabul etmek zorunda kalacaklar.

Evet, ister yatırım ister tüketim malları olsun, mallar insanlar içindir ve bazı standartlara uymalıdır. Ama bu mallar insanlar tarafından üretilmiştir ve bu insanların çalışma koşulları da bazı standartlara uymalıdır...

Sosyal hüküm himayeci midir?

Bugün ülkelerin rekabet edebilirliği ve dolayısı ile himayecilik tartışmaları son derece yanıltıcı bir çerçeveye oturtulmaktadır.

Kapitalizm başlangıcından beri küresel bir sistem olarak ortaya çıkmıştır. Sistemin yapısında bulunan bu uluslararasılaşma eğilimi ancak zaman içerisinde kendini gerçekleştirilmiş ve son 20 yılda yoğunlaşmıştır. Son yılların üçüncü sanayi devrimi denilen süreci de bu kapitalist küreselleşmeyi güçlendirmiştir.

Küreselleştirme, artık, yeni üretim ve iletişim teknolojileri ile ve ulus ötesi şirket yapıları ile ekonomik anlamda uluslararasılaşma açısından tam kapasiteye kavuşmuş olan sermayenin önündeki bütün engellerin kaldırılması demektir.

Ekonomik anlamda uluslararasılaşmanın önündeki engeller nelerdir?

Birincisi, merkezi veya yerel kooperatif vb. gibi çeşitli biçimleri ile kamusal mülkiyet. Dolayısıyla dünya çapında özelleştirme kampanyası...

İkincisi, gümrük vergileri, kotalar, teknik engeller vb. biçimindeki ticaret engelleri. Dolayısıyla dünya çapında ticaretin ve mali sektörün liberalleştirilme politikası...

Üçüncüsü, esnek, farklılaşmış bireyselleşmiş, düzensizleşmiş çalışma biçimlerinin hayata geçmesini engelleyen korumacı işgücü piyasası mevzuatı. Dolayısıyla dünya çapında düzensizleştirilme kampanyaları.

Dördüncüsü, kaynakları kamu alanına sevkeden ve işgücü maliyetlerini eşit olmayan biçimde artıran sosyal korumacılık, dolayısıyla sosyal devletin ortadan kaldırılması için dünya çapında politika.

Beşincisi, küçük ve orta ölçekli üreticilere, özellikle tarım üreticilerine verilen sübvansiyonlar.

Altıncısı, sendikalar, demokratik kitle örgütleri, demokratik bağımsız devletler, demokratik güçlü uluslararası kuruluşlar gibi bağımsız, egemen güçlü ve demokratik örgütler.

Yedincisi, dayanışma, kardeşlik, insanlara ve gelecek nesillere karşı sorumluluk, başkalarının inancına ve kültürlerine saygı, çevreyi koruma gibi değerleri acımasız dar görüşlü hegemonyacı çıkarıcı, maddeci, öldürücü vahşi rekabete dayanan ekonomik uluslararasılaşmayı engelleyen bu değerleri savunan kültürler. Küreselleşme süreci içerisindeki bu rekabet uluslar veya ülkeler arasında değildir. Ülkelerin ve ulusların rekabeti hiç bir ekonomik anlamı olmayan bir masaldır.

Yukarıda sözünü ettiğimiz öldürücü rekabet, ulus ötesi şirketlerin pazar için birbirleriyle rekabetidir ve bu rekabetin eksik rekabet olma niteliği giderek yoğunlaşmaktadır.

Daha da önemlisi, bu rekabet, üretimin meyveleri için, emek ve sermaye arasındaki bir rekabettir ve çok uluslu şirketler küreselleşme sürecinde hegemonyalarını kurmak istedikleri için, giderek daha çok şiddetli ve acımasız hale dönüşmektedir.

Ticaret anlaşmalarında bir sosyal hüküm, bir ülkenin diğer ülkeye karşı korunması anlamında himayeci değildir. Ama, yalnızca sınırlı bir ölçüde de olsa, üretimin meyveleri için emek ve sermaye arasındaki rekabette, sermayeye karşı emeği korumayı amaçladığı için korumacıdır. Ülkeler arasında var olmayan ulusal rekabette sosyal hükmü koruyucu bir araç olarak sunmak, emek ve sermaye arasındaki gerçek rekabeti kapatmak için bahane yaratmaktan başka bir şey değildir.

Çok uluslular temel ILO sözleşmelerine bile atıfta bulunulmasına hoşgörü ile bakamıyorlar. Çünkü sözde yeni dünya düzeninin istediği, en temel sosyal koruma mevzuatının bile yok edilmesidir.

Eğer yeni dünya düzeni küresel bir tiyatro ise, sahnedeki aktörler bizi aldatmasın. Uluslararası ticaret anlaşmalarındaki sosyal hükme itiraz eden aktörler, gelişmekte olan ülkelerin bazı hükümet temsilcileri olabilir. Ama senaryo, uluslararası sermayeye aittir ve uluslararası sermayeyi de en iyi G-7 ülkeleri ve uluslararası mali kuruluşlar temsil eder.

Bugün pek çok sektörde bölgeler arasında özgürce hareket edebilen sermayenin, özellikle emek-yoğun sanayilerde düşük maliyetli işgücü isteyeceği aşıkardır, işgücü maliyetlerinin nispeten yüksek olduğu bazı sektörlerde, bu, gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere istihdam transferi anlamına gelebilir.

Eğer gelişmiş ülkelerdeki işçiler uluslararası ticaret anlaşmalarındaki sosyal hüküm bu istihdam transferine engel olmak için istiyorlarsa eğer gelişmekte olan ülkelerdeki işçiler, bu istihdam transferini elde etmek için sosyal hükme karşı çıkıyorlarsa, emek ile sermaye arasında üretimin meyveleri için sürdürülen rekabette, emek, uluslararası cephesinin zayıflaması nedeni ile kayba uğrayacaktır. Bu durum, bütün işçiler için, sosyal mevzuatın ve sosyal hakların kaybedilmesi anlamına gelecektir. Böyle bir durumda gelişmiş ülkelerin hükümetlerine karşı rekabet avantajı elde edenler gelişmekte olan ülke hükümetleri olmayacak, emeğe karşı rekabet avantajı elde edenler çok uluslu şirketler olacaktır.

Sosyal Hüküm ve Yapısal Uyum

Bugün dünyada 70'den fazla gelişmekte olan ülke IMF ve Dünya Bankasının belirlediği yapısal uyum programlarını uygulamak zorunda kalmıştır. Bu ülkeler aralarındaki bir çok farklılıklara rağmen hepsi bu programları borç krizi yüzünden kabul etmişlerdir. Yapısal uyum programlarının uygulanması IMF'nin Demir Yasası'dır. Eğer borçlular, yalnızca ödemeler dengesi zorlukları için değil ama esas olarak ağır borç ana para ve faiz yükünü ödemek için umutsuzca ihtiyaç duydukları uluslararası mali piyasalardan yeni krediler almak istiyorlarsa bu Demir Yasaya uymak zorundadırlar.

Dış borçlarını ödeyebilmek için çok gereksinim duydukları döviz kazancını elde edebilmek amacıyla insani ve çevresel maliyeti ne olursa olsun, daha fazla ihracat yapmak zorundadırlar.

Ve eğer kaynaklar borç ödemesine yöneltilecekse sosyal amaçlar için daha az harcamak durumundadırlar.

Bu "*daha fazla kazan, daha az harca*" politikasının yarattığı sıkışma, borçlu ülkelerdeki zaten zayıf olan demokrasileri de sarsmaktadır.

Tipik bir yapısal uyum programı aşağıdaki politikaları içermektedir:

Ticaretin liberalleştirilmesi.

Bankacılık sisteminin liberalleştirilmesi.

Özelleştirme,

Sosyal refah harcamalarının azaltılması.

Kamu kesiminin daraltılması.

Küçük üreticiler, enformal sektör ve orta gelir grupları üzerinde yeni vergiler.

Bunlar ayrıca sözde güvenlik ağıları da ihtiva ederler.

Ama hiçbir zaman sosyal hüküm yapısal uyum programlarına dahil değildirler.

Adil çalışma standartları, en asgari biçimiyle bile, IMF yapısal uyum programlarının, bir koşulu hiçbir zaman olmamıştır. Tam tersine IMF ve Dünya Bankası, otoriter rejimlerin dogmatik bir biçimde savundukları ihracata dayalı ekonomik büyümeye daha yararlı olduğu kanısındadırlar.

Çoğumuz yapısal uyum programlarının halkın kanını emdiği ülkelerden geliyoruz. Biliyoruz ki eğer sosyal hüküm bir IMF koşulu yapılmış olsaydı, gelişmekte olan ülkelerin hükümetleri bu koşulu da, diğer IMF koşulları gibi hemen kabul edip ertesi gün uygulamaya koyarlardı. Çünkü bu ülkeler, yabancı krediye bağımlı

hale gelmişler ve bu ülke hükümetleri egemenliklerinin önemli bir bölümünü yitirmişlerdir.

Sosyal anlamda kabul edilebilir bir uluslararası ticareti savunuyoruz. Üçüncü dünyadan gelen ihracatın temiz olmasını, çocuk emeğinin zorla çalıştırmanın, ayrımcılığın, baskının kirini taşımasını istiyoruz. Ama ayrıca sosyal anlamda kabul edilebilir bir uluslararası mali sistemi de savunmalıyız. Aynı kararlılıkla üçüncü dünyadan gelen faizlerin de, çocuk emeğinden, zorla çalıştırmadan, ayrımcılıktan ve baskıdan temizlenmesini savunmalıyız.

Uluslararası sendikal hareket ticaret anlaşmalarına konulacak bir sosyal hükme IMF koşullarına konulacak bir sosyal hükümle eş değerde savunmalıdır. Eğer birinci için yürütülecek kampanya başarıya ulaşacaksa ve eğer gelişmekte olan ülkeler bu sosyal hükme uyacaklarsa bu şarttır.

IMF programlarında bir sosyal hüküm olmaksızın, ticaret anlaşmalarına bir sosyal hüküm konulması, alacaklı hükümlere ve ticari bankalara borçlarını ödemek için ne pahasına olursa olsun ihracat yapmaya zorlanan borçlu ülkelerin çaresizliği karşısında, son derece kolay ihlal edilebilir bir hüküm olmaya mahkumdur.

Sosyal hüküm bir kadın hükmüdür.

Sosyal hükmün aslında kadınları ilgilendiren bir madde olduğunun altını çizmek istiyorum.

ICFTU'nun tanımladığı biçimiyle bir sosyal hüküm esas olarak enformel sektördeki işçilerin yararına olacaktır. Bu, Güneyin geniş enformel sektörüne asgari çalışma standartlarının sokulması demektir ki bu sektör esas itibariyle kadın işçilerin çalıştığı sektördür.

Kadınlar için insanca bir yaşamın hükümetlerin çıkaracağı yasalarla sağlanmasını gerektiğini savunuyor değilim ama eğer kadınlar daha iyi çalışma ve yaşama koşullarına doğru ilerleyeceklerse asgari çalışma standartları şarttır. Uluslararası kuruluşların kalpleri kadınlara karşı pek yumuşak görünüyor. Kadınlar pek çok uluslara-

rası toplantıların gündeminde. Kadınların durumunu iyileştirmek için politikalar, planlar ve programlar düzenleniyor. Ama çalışma standartlarına ve insan haklarına saygı duyulmazsa milyonlarca ev işçisinin serbest bölge işçisinin, geçici veya gündelikçi işçinin, kısmi çalışanın-ki bunların çoğu kadındır ve bırakın sendikalaşmayı herhangi bir yasal veya sosyal koruma olmadan çalışmaktadır- koşullarını nasıl iyileştireceğiz?

Sosyal hükmün kadınları ilgilendiren hüküm olduğunu ve bütün uluslararası ticari ve mali anlaşmalara bir sosyal hüküm konmadıkça, çalışma yaşamı düzenlenmedikçe, kadınlara sosyal koruma ve haklar sağlanmadıkça, kadınların durumunun iyileştirilmesinin imkansız olduğunu ısrarla belirtmeliyiz.

OKUR SEMİNERİ

AMAÇ

Çalışma ortamını yakından ilgilendiren konularına okurlarımızla birlikte katılımcı-paylaşımçı yöntemle tartışılması ve sonuçlarının duyurulması

SEMİNERİN KONUSU

Temel Sağlık Hizmetlerinde Sağlık İnsangücü

(25-26 Kasım 1995) 10.00-17.00

BÜYÜTEÇ

- Sağlık İnsangücü Planlaması (Dr. Derman Boztok - Dr. Bülent Kılıç)
- Sağlıklı İnsangücü: Sorunlar Çözümler (Prof. Dr. Nusret H. Fişek)
- Hemşirelik Mesleği (Hem. Lalezar Mürşitpınar)
- Sağlıklı İnsangücü ve Veteriner Hekimliği (Vet. Hek. Naci Yaman)
- Dişhekimliği'nde İnsangücü Planlaması (Dt. Müge Korkmaz)
- İnsangücü Eczacılar Grubu (Ecz. Firdevs Korkmaz)
- Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü (Nahide Atabey)
- Yarının ideal Yöneticisi (Ahmet Semih Arpacı)

SAĞLIK İNSANGÜCÜ PLANLAMASI

Dr. Derman Boztok Dr. Bülent Kılıç

Sağlık insangücü planlaması niçin önemlidir?

Bir ülke toplumunun sağlık gereksiniminin kaliteli bir şekilde karşılanabilmesi için hizmeti üretecek sağlık insangücünün oluşturulması gerekir. insangücünün ülkenin somut koşullarına göre yetiştirilmesi ve sağlık sorunlarını çözecek çağdaş bir sağlık örgütlenmesi modeli içinde çalışabilmek üzere eğitilmesi gerekir. Sağlık insan-gücünün yeterli sayıda, nitelikte ve dengeli olarak dağılımının sağlanabilmesi için sağlık insangücü planlaması gerekir. Bilimsel planlama yapılmaması durumunda toplumun kaynakları israf edilmiş, hatta toplumun tümünün aleyhine ve belli çıkar çevrelerinin amacına göre kullanılmış olur.

Sağlık insangücü planlaması, ülkemiz sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu durum nedeniyle Türkiye için önemli olmasına karşın, yeterince ele alınmamış bir konudur. Türkiye'de bugüne kadar sağlık insangücü planlaması, DPT'nin konuyla ilgili varsayımları ve nüfusa dayalı projeksiyonlarıyla sınırlı kalmıştır. Son yıllarda, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü daha geniş boyutlu çalışmalar yapmaya başlamış olmasına karşın, bunların pratiğe yansımadağı görülmektedir. Türk Tabipleri Birliği de hekim istihdamı konusunda çalışmalar yapmakla beraber bunlar da yetersiz kalmaktadır. Oysa sağlık insangücünü yetiştirmek ve istihdam etmek; yani eğitmek, üretmek ve hizmette kullanmak oldukça masraflı ve güç bir iştir. Böylesine önemli bir konunun, gelecek yıllar dikkate alınarak maliyet etkililik/verimlilik ilkeleriyle son derece titiz bir şekilde planlanması gerekmektedir.

Sağlık insangücü planlaması nedir?

Sağlık insangücü planlaması, toplumda istenilen olumlu sağlık değişikliklerinin başarılabilmesi için, sağlık sisteminin işlevlerinde iyileşme başlatılabilmek üzere, gerekli bilgi, beceri ve yeteneklerin hesaplanması sürecidir (1).

İnsangücü (insan kaynakları), bir sektörde çalışan kişiler tarafından oluşturulur. **Sağlık insangücü** ise, kamu ya da özel her çeşit sağlık hizmetini üreten personelin tümüdür. Sağlık sektöründe şu anki ve gelecekteki amaçları gerçekleştirebilmek için yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılıma sahip, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmiş sağlık insangücü oluşturulabilmesi için gerçekleştirilen eylemlerin tümüne ise **sağlık insangücü planlaması** denir.

Sağlık insangücü planlaması için gerekli veriler

Sağlık insangücü planlaması yapılırken önce konuyla ilgili durum saptaması yapılması ve bilgi toplanması gerekmektedir. Doğru bir planlama için gerekli veriler şu başlıklar altında toplanabilir:

a) *Sağlık insangücü verileri:* Sağlık insangücünün bölgelere göre dağılımı, yıllık mezun sayıları, geleceğe yönelik projeksiyonlar, sağlık kuruluşlarının sayıları, istihdam kapasiteleri, kadro gereksinimleri.

b) *Nüfusun sağlık hizmetlerini kullanım durumu:* Yaş, cins ve bölgelere göre kişi başına yıllık muayene sayıları, sağlık hizmetine başvuranların bilgi, tutum ve davranışları, sağlık hizmetine başvurmayı etkileyen faktörler, talep edilen hizmetin bulunmama nedenleri, hizmetin kalitesi.

c) *Sağlık düzeyi göstergeleri:* Morbidite, mortalite ve fertilitate hızlarının yaş, cins ve bölgelere göre dağılımları. Çevre sağlığı, beslenme ve diğer göstergeler.

d) *Demografik veriler:* Yaş ve cinse göre nüfus durumu, nüfusun bölgesel dağılımı, kıır/kent/gecekondu yoğunlukları, göçler, doğumlar, ölümler, doğumda beklenen yaşam süreleri ve geleceğe ilişkin kestirimler.

e) *Ekonomik veriler:* Kişi başına ulusal gelir, sağlık harcaması, ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay, genel bütçeden sağlığa ayrılan pay, sosyal güvenlik sistemi, sigorta, işsizlik oranı, sağlık harcamalarının özel ve kamu dağılımı vb.

Başlıca sağlık insangücü planlaması yöntemleri

Sağlık insangücü planlamasında önce gerekli tüm veriler toplanır, bu verilerden yararlanılarak gelecekle ilgili kestirimlerde bulunulur ve insangücü sayı ve niteliği ortaya çıkarılır. Sağlık insangücü hesaplanırken genellikle dört yöntem değişik oranlarda ve birarada kullanılmaktadır. Bu yöntemlerde kullanılan temel noktalar şöyle sıralanabilir:

a) *İnsangücü/nüfus oranı:* Nüfusa yönelik olarak insangücü hesabı yapılır. Örneğin bir hekime, bir hemşireye düşecek olan nüfus gibi. Bulunan oranlar, personel değişkenliği, nüfus hareketlilikleri dikkate alınarak gelecek yıllara yansıtılır. Çok sık kullanılan yöntemlerden birisidir.

b) *Sağlık hizmetlerinde istem:* Sağlık hizmetlerine olan başvurular dikkate alınır. Örneğin kişi başına düşen

yıllık ortalama muayene sayısı gibi. Böylece sağlık hizmetine olan başvurunun yılda 5-6 olduğu yerlerle (ya da yaş gruplarıyla), yılda 1 olan yerler (gruplar) arasında insangücü/nüfus oranı tekrar değerlendirilir.

c) *Sağlıkla ilgili gereksinimler*: Temelde gereksinimi olmasına rağmen, bilinçli olmadığı için toplum sağlık hizmetlerine yeterince başvurmayabilir. Çağdaş toplum hekimliği yaklaşımı ile bireyleri çevreleriyle birlikte değerlendirerek risk altındaki belli grupların alması gerekene sağlık hizmetini ortaya çıkarma zorunluluğu vardır. Bu yaklaşıma yönelik olarak, bebek/çocuk, gebe, yaşlı ve çalışan nüfus için minimum gereksinim düzeylerine göre insangücü planlaması yapılır.

d) *Hizmet hedefleri*: Hizmeti sunmakla görevli kurum kendisine göre hedefler koyar ve bu hedeflere ulaşmak için plan yapar (2). Bu hedefleri belirleyen sağlık politikaları, sağlığı kar amacıyla kullanmak isteyen azınlıktaki grupların çıkarlarını değil, toplumun tümünün sağlık gereksinimlerini dikkate almalı, ülke koşullarına göre gerçekleştirilebilir olmalıdır.

Sağlık insangücü ile ilgili yapılan tüm hesaplamalar, saptanan gereksinimler ve eldeki kaynaklarla karşılaştırılmalıdır. Eldeki kaynaklarla, plan arasındaki uyumsuzluklar giderilmeye çalışılmalı, uyumsuzluk durumunda plan daha gerçekçi hedeflerle tekrar değerlendirilmelidir.

Türkiye'de ve dünyada sağlık insangücü göstergeleri
Tablo 1: Türkiye Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı (1987-1993)

Personel	1987	1990	1993
Uzman Hekim	21.411	24.900	26.322
Pratisyen Hekim	17.418	25.739	34.728
Diş Hekimi	8.589	10.514	11.069
Eczacı	13.688	15.792	17.696
Sağlık Memuru	12.352	21.547	28.776
Hemşire	34.855	44.984	54.268
Ebe	21.982	30.415	36.263

Kaynak : Sağlık Bakanlığı istatistikleri

Tablo 1'de görüldüğü gibi, Türkiye'de son yıllarda hekim sayısı hızla artmaktadır. 1980 sonrası dönemde tıp fakültelerinden yılda 5.000 hekim mezun edilmesi hedeflenmiş ve insangücü planlaması ilkelerine uymayan, tıp eğitimi kalitesini tehlikeli biçimde düşüren ve ucuz işgücü ve işsizlik gibi istihdam sorunları doğuran bir uygulamaya gidilmiştir. Prof. Dr. Nusret Fişek'in deyimiyle bu uygulama "*tıp mesleğine bir ihanettir*", Bu uygulama sonucunda çarpık bir tıp meslekleri oran dağılımı doğmuş, yetiştirmesi daha güç ve zor olan pratisyen hekim sayısı, sağlık memurundan fazla olmuş, bir hekime düşen hemşire sayısı birin altına düşmüştür. Toplam hekim sayısı, 1993 yılında 61.050 ile diğer tüm meslek gruplarının üzerine çıkmıştır. Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir ve birinci basamak hizmetleri ağırlıktadır. Türkiye'de genel pratisyenlik tüm dünyada hekimlerin çoğunluğunu oluştururken ülkemizde asistanların da dahil olmasıyla genel pratisyenlerin sayısı ancak son yıllarda uzmanları geçebilmiştir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi Türkiye özellikle hekim başına düşen hemşire ve yatak sayılarında diğer ülkelerden oldukça geridedir. Bu olumsuzluğu düzeltmeden hekim başına düşen nüfusu azaltmak ise gerçekçi olmayacaktır.

Tablo 2: Uluslararası Bazı Sağlık İnsangücü Göstergeleri

Ülke	Hekim SAYISI	Hekim Başına Nüfus	Hekim Başına Yatak	Hekim Başına Hemşire
Türkiye	53.400	1083	2.61	0.87
Hollanda	38.500	392	4.47	3.40
İngiltere	82.000	702	4.39	3.11
İtalya	78.500	736	5.22	3.27
Norveç	14.200	303	4.23	4.30
İsveç	25.200	341	4.17	3.33
Japonya	208.000	596	9.38	3.70
ABD	615.000	411	1.95	2.76
Finlandiya	12.400	405	5.02	4.21

Kaynak : Devlet Planlama Teşkilatı "7. Beş Yıllık Kalkınma Planı", Ankara, 1995

Tablo 3: Türkiye Sağlık Personelinin 1993 Yılında Kurumlara Göre Dağılımı

Personel	Toplam	Personel Başına Düşen Nüfus	Sağlık Bakanlığı		SSK		Üniversite		Özel	
			s	%	s	%	s	%	s	%
Toplam Hekim	61.050	981	33.160	54	5.636	11	9.553	16	8.119	13
Uzman Hekim	26.322	2.274	9.687	37	3.630	14	4.690	18	6.725	26
Pratisyen Hekim	34.728	1.724	23.463	68	2.906	8	4.863	14	1.394	4
Diş Hekimi	11.069	5.409	2.038	18	423	4	647	6	7.428	67
Eczacı	17.696	3.383	1.299	7	856	5	441	3	14.763	83
Sağlık Memuru	28.776	2.081	22.856	79	1.073	5	2.146	7	802	3
Hemşire	54.268	1.103	35.684	66	5.748	10	8.092	15	960	3
Ebe	36.263	1.651	34.442	95	622	2	62	0.5	847	2

Kaynak : Sağlık Bakanlığı, "Sağlık istatistikleri 1993", yayın no 564, Ankara, 1994

Tablo 3'te hekimlerin büyük çoğunluğunun kamuda çalıştığı görülmektedir. Ancak kamuda çalışanlarının önemli bir bölümünün aynı zamanda özel muayenehaneleri de vardır; günümüz uygulaması bu hekimlerin muayenehane hizmetlerini kamunun önünde tutmaları ve kamuda kendilerinden beklenen performansı yeterince gösterememeleri biçimindedir. Bu durum kamu sağlık kuruluşlarında kalitenin giderek düşmesi ve hizmeti kullananların giderek artan memnuniyetsizliğini doğurmakta ve kamu kurumlarının özelleştirilmesine gerekçe yapılmak istenmektedir.

Çağdaş sağlık insangücü planlamasının gereği olan sağlık sektöründeki sağlık yönetimi, planlaması, politikası, mühendisliği, mimarisi, ekonomisi / finansmanı, enformasyon sistemi, epidemiyoloji, biyoistatistik gibi uzmanlık dallarında bir gelişme görülememektedir. Ekip hizmeti içinde önemli işlev görecektir sosyal hizmet uzmanları değerlendirilememektedir. Ülkemiz koşulları için büyük yararı ve önemi ispatlanan toplum hekimliği uzmanlığı kaldırılmış. Eğitim Araştırma Bölgeleri kapatılmış ve yeni halk sağlığı uzmanlarının Sağlık Bakanlığı'nca istihdamı durdurulmuştur. Bir yandan özelleşmiş sağlık kuruluşlarında çalışacak, tedavi hizmetleri ağırlıklı insangücü gelişimi özendirilirken, birinci basamakta özel muayenehane demek olan aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesinde yapılan çalışmalar

Dünya Bankası destekli Sağlık Projesi özellikle 1992 yılından beri sağlık insangücü konusunda kapsamlı uzmanlık çalışmaları sürdürmektedir. Sağlık Projesi'ndeki bu konu ile ilgili birim, uluslararası uzmanlarla teknik çalışmalar başlatmış, grup çalışmaları gerçekleştirmiş, bazı meslek grupları ile temaslarda bulunmuş ve raporlar hazırlamıştır (3).

Sağlık insangücü planlamasında Sağlık Projesi'nde geliştirilen yeni bir yaklaşım *iş yüküne dayalı personel ihtiyacını saptama* yöntemidir(4). Bu yöntemde göre, her sağlık kurumunun iş yükünü belirleyen türlü faaliyetler ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesinde belli zamanda yapılan her cins iş için sağlık personelinin aktivite standardı belirlenmektedir. Kurumların iş-yükü, personelin aktivite standardına bölündüğünde personel ihtiyacı bulunmuş olur. Burada dikkati çeken konu, planlamanın bağımsız kurum bazında yapılmasıdır. Bu yaklaşım, serbest piyasa sisteminde birbiriyle rekabet eden ve kar amacıyla çalışan bağımsız özel işletme stratejisine uyum göstermekte ve bu yaklaşımla yapılan planlama, toplumun gerçek sağlık gereksinimlerini karşılamayı asıl hedef almamaktadır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi'nden beklenen, ülkenin acil çözüm bekleyen sağlık hizmet altyapı sorunlarına süratli, pratik, gerçekçi ve iyileştirici çözümler getirebilmesidir. Bu projeye sağlanan kaynakların çağdaş sağlık yaklaşımına, ülkemizin halk sağlığı alanında kazanılmış tecrübelerine (toplum hekimliği ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gibi) ve uluslararası standartlara uyum gösterecek biçimde sağlık insangücünü geliştirmek üzere verimli olarak kullanılması gerekmektedir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planındaki usulsüzlük

Geçtiğimiz yıl içinde çalışmaları sürdürülen 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda şimdiye kadar görülmemiş bir uygulama sergilenmiştir. Sağlık sektöründe özel ihtisas alt komisyonlarında çalışmaları başlatan ülkemizin seçkin uzmanları, içinde sağlık insangücü planlaması da bulunan sektöre ait örgütlenme, hizmet sunumu, finansman gibi türlü konulara ilişkin çalışmaları tamamlamışlar ve genelde çağdaş sağlık yaklaşımına uygun sosyal devlet yaklaşımını sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve ülkemizin kazanılmış tecrübelerini destekleyerek iyileştirmeyi öneren sonuçlara ulaşmışlardır. Ancak hükümet ve Sağlık Bakanlığı tarafından, uzman kadroların hazırlanmış olduğu bu çalışmalar bir kenara bırakılmış ve serbest piyasa ekonomisine yapısal uyum stratejileri yaklaşımıyla ve Bakanlık tarafından belirlenen uzmanlarca ayrı bir çalışma başlatılmıştır. Meclise sunulan, DPT'deki uzman kadroların çalışması

değil, bu özel grubun hazırladığı plan taslağı olmuştur. Plan taslağı "Sağlık Reformu'nu esas almakta ve sağlık sektöründe özelleştirme önlemlerini işlemektedir. Buna göre sağlık ocakları sistemi, kırsal kesime sınırlandırılmakta, nüfus yoğunluğunun fazla olduğu kentsel kesimlerde aile hekimliği ve semt polikliniği uygulaması öngörülmektedir. Hastaneler, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan kurumlara dönüştürülecek, sağlık insan gücü için iş yükü esasına dayalı kadro standartları geliştirilecektir.

Sağlık insan gücü planlamasının acil gereksinimleri ve yöneticilerin sorumlulukları

Türkiye Cumhuriyeti, 1960'lardan bu yana planlı ekonomi yaklaşımını benimsemiştir. Hazırlanan tüm beş yıllık kalkınma planlarında toplumun gereksinimleri temel alınarak, ülkemizin sınırlı kaynakları akılcı, adil ve bilimsel olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yaklaşımı şimdiye kadar hazırlanan 6 beş yıllık planın tümünde temel olarak yer almaktadır. Bu yaklaşımla sağlık insan gücü için ülke gereksinimlerine göre uygun sayı, nitelik, eğitim, dağılım ve istihdam önlemleri özendirici biçimde işlenmiştir. Sağlık insan gücü için alınacak bu önlemler *itam gün. sevk zinciri, üst basamakların eğitimi desteği, mahrumiyet koşullarında özendirici önlemler, yeterli ücret sistemi, etkili yönetim-denetim-destek, ülke koşullarına uygun eğitim vb*) ile ülkenin sağlık sorunlarında acil müdahale ve iyileşmeler sağlanabilir (6). Ancak hükümetler, toplumun tümünün yararına olan bu zorunlu yaklaşımın gereklerine uymamışlar, TBMM'de onaylanan plan hükümlerini yerine getirmemişlerdir. Uygulamaların sağlık alanında kar amacı güden yerli ve uluslararası kapitalist çevrelerin çıkarına olduğu görülmektedir. Uluslarüstü ilaç ve tıbbi teknoloji tekelleri, sosyal planları uygulamadıkları gibi 7. beş yıllık planda sosyal devletten ayrılan kapitalist yaklaşımı, yukarıda açıklanan usulsüz yöntemlerle plan dokümanlarına aktarmışlar ve Meclis'te onaylatmışlardır. Hükümetler yıllardır yapılan uyarıları dinlemedikleri gibi halk sağlığı elemanlarını kamu sağlığı hizmetlerinden dışlamışlar ve insan gücü kıyımı uygulamışlardır. Böylelikle hükümetler, günümüzün ağır sağlık krizinin temel sorumlusu durumunda bulunmaktadır.

Toplumun demokrasi güçlerine düşen görev, bilimsel ve toplumcu yaklaşım doğrultusunda toplumun tüm kesimlerini uyarmak, bilinçlendirmek, örgütlemek ve temel insan hakkı olan sağlık hakları sağlanıncaya kadar mücadeleyi sürdürmektir.

KAYNAKLAR:

- 1- Hogarth, J., "Glossary of Health Care Terminology", WHO. Copenha-gen, 1975.
- 2- Özsarı. S.H., "Türkiye'de Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve Sağlık Bakanlığı'nda Bir Uygulama" Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1994.
- 3- Sağlık Projesi insan gücü Geliştirme Bölümü, Doküman No: İGG-05/003; Yayınlanmamış Rapor.
- 4- Taranto, Y.; Özcan, S. "İş yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi" Yayınlanmamış VWorkshop Raporu, Ankara, 1995.
- 5- Devlet Planlama Teşkilatı "7. Beş Yıllık Kalkınma Planı", Ankara, 1995.
- 6- Boztok, D.; Kılıç, B. "Sağlık Krizine Bilimsel Toplumcu Yaklaşım" Petrol-iş Yıllığı '93-94, İstanbul, 1995.

SAGLIK İNSANGÜCÜ: SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER

Prof. Dr. Nusret H. Fişek

Tıpta Öğrenci Eğitimi:

Tıp Fakültelerinde eğitim 1982 öncesinde de batı ülkeleri düzeyinde değildi. Öğrencilerin çoğu yeterli uygulama becerisi kazanmadan hekimlik yapmaya başlıyorlardı 1982 yılından sonra her yıl Tıp Fakülteleri'ne alınan öğrenci sayısının 2500'den 5000'e çıkarılması ve eğitim olanaktan yetersiz fakülteler açılması durumu daha da bozdu.

iyi eğitilmiş ve mezuniyetten sonra eğitimini sürdürme olanağı olmayan bir hekim kitlesi yetiştirmek hekimlik mesleğine ve halkın sağlığına yapılabilecek en büyük ihanettir.

Tıp eğitiminde evrensel sorunlardan biri de "ülkenin gereksinmesine uyum sağlayacak hekim yetiştirmek'tir. Ağustos 1988'de Edinburgh'da toplanan "World Federation of Medical Education" konferansında alınan ilk karar Tıp eğitim programlarının toplumun gereksinmesine uydurulması'dır. Bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de eğitimde ağırlık en yüksek teknoloji ile ve bir hastane içinde nasıl hekimlik yapılacağını öğrenciye öğretmektir.

Tıp eğitiminin kalitesini olumsuz olarak etkileyen öğretim olanaklarına karşı öğrenci sayısının fazlalığı yanında öğretim üyelerinin çalışma güçlerini tam olarak öğrenci eğitimine ayırmamaları da büyük sorundur. Bir diğer önemli sorun da araç ve gereç yetersizliğidir.

Çözümler: (1) Tıp Fakülteleri'ne alınan toplam öğrenci sayısı 1500'e indirilmelidir. Bu artan nüfusun gereksinmesini karşılar. Bir toplumun hekim gereksinmesi istihdam olanağı ve halkın hizmeti kullanma sıklığına göre hesaplanır. Bu yol ile yapılan hesap Türkiye'de mevcut hekim sayısının yeter olduğunu göstermektedir. Bugün Türkiye'de mevcut ve 6 yılda mezun olacak hekim sayısı hekim enflasyonu yaratacak düzeydedir.

(2) Nitelikli öğretim üyesi sayısının arttırılmasına, öğretim üyelerinin eğitim metodolojisi öğrenmelerinin sağlanmasına, öğretim üyelerinin tam süre öğrenci eğitimi çalışmalarına özendirilmesine, kliniklerde hoca-öğrenci ilişkisinde "tutar" sisteminin yerleştirilmesine önem verilmelidir.

(3) Araç ve gereç gereksinmesinin karşılanması için, fakültelerin yatırım ve tüketim harcamaları arttırılmalıdır. Eğitim araçları arasında her bilim dalı ve klinikte öğrencilerin satın alabileceği kadar ucuz (subvansiyone edilmiş) ders kitaplarının yayınına öncelik verilmelidir.

(4) Öğrencilerin Tıp Fakültesi'nde eğilimleri süresinde hastane dışında ilk basamak hizmetlerinde yeter süre ve deneyimli öğretim elemanları denetiminde teorik ve pratik eğitimleri ve staj yapmaları sağlanmalıdır.

Tıpta mezuniyet sonrası eğitim:

Ülkemizde hekimler tıp uzmanlık dallarında görgü ve bilgilerini arttırma amacı ile Tıp Fakülteleri'nde ve SSYB'nin izin verdiği eğitim hastanelerinde belli bir süre asistan olarak çalışırlar. Asistan istihdamının temel amacı eğitim değil, hastane hizmetlerini yürütmektir. Bu nedenle asistan kadroları ülkenin uzman ihtiyacına göre değil, hastanelerin ihtiyacına göre saptanmaktadır.

Asistanların bilgilerini arttırma çabaları -genellikle- asistanların inisiyatifine bırakılmıştır. Asistanların servislerdeki hizmet koşulları çok ağır olması eğitimlerini olumsuz olarak etkilemektedir.

Dünyada her gelişmiş üniversitede hekimlere halk sağlığı (Public Health) konusunda mezuniyet sonrası eğitim vermek, bilimsel araştırmalar yapmak üzere kurulmuş fakülteler vardır. Ülkemizde böyle bir merkez kurulması için Refik Saydam zamanından beri çabalar harcanmıştır. 1982 yılında Yüksek Öğretim Kurumu'nun yanlış tutumu sonunda gelişme umudu veren Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü de kapatılmış, bu konuda Tıp Fakültelerinde verilen eğitim yeterli görülümüştür. Halk sağlığı multi-disipliner bir konudur. Halk sağlığının her bilim disiplinde uzman kadrosu olmayan bir yerde halk sağlığı bir bilim olarak geliştirilemez ve nitelikli uzman yetiştirilemez.

Çözüm : (1) Hastanelerde uzmanlık eğitimi gören asistanlar yanında kliniklerin hizmetlerinin yürütülmesi için hekim istihdam edilmelidir. Bu önlem alındığı takdirde ülkenin gereksinmesine göre uzman yetiştirme planlanabilir.

(2) Asistan kadroları ülkenin uzman ihtiyacına göre saptanmalıdır, Patoloji, halk sağlığı uzmanlığı gibi hekimler için çekici olmayan, ülkemiz için önemli olan dalların hekimler için çekici olmasını sağlayacak gerekli önlemler alınmalıdır.

(3) Tıp Fakülteleri ve eğitim hastanelerinde asistan eğitimi planlanmalı ve bu kurumların minimum standardı koruyup korumadıkları denetlenmelidir.

(4) Asistanların uzmanlık sınavları merkezleştirilmelidir.

(5) Halk sağlığı konusunda eğitim ve araştırmaları geliştirme amacı ile bir üniversiteye bağlı bir Enstitü kurulmalı ve bu Enstitü'nün geliştirilmesine öncelik verilmelidir.

Hekimlerin Sürekli Eğitimi:

Tıp hızla gelişen ve değişen bir bilim olduğu için hekimlerin eğitimlerini yaşam boyu sürdürmeleri ve desteklenmeleri gereklidir. Hekimlerin bu çabalarını desteklemek hükümetlerin, üniversitelerin ve meslek kuruluşlarının görevidir. Konu ile ilgilenen hekimler yetmişli yıllardan beri sürekli eğitimin kurumlaştırılması çabasında dırlar. 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı yasadaki sürekli eğitimin zorunlu olduğu hakkında hüküm vardı. Türk Tabipleri Birliği'nin karşı çabasına rağmen yasadaki hüküm, kişi haklarına tecavüz şeklinde çıktı ve Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildi.

Sürekli eğitimin hekimler tarafından benimsenerek ve günlük çalışmalarını aksatmadan planlaması gerekir ve mümkündür.

Çözüm : (1) Başbakanlığa bağlı bir "Hekim Eğitim Kurumu" kurulmalıdır.

(2) Bu kurum Tıp Fakülteleri'nin, SSYB'nin ve Türk Tabipleri Birliği'nin önerdiği adaylar arasından Başbakanlıkça atanan üyelerden oluşan bir kurulca yönetilmelidir.

(3) Kurum hekimlerin sürekli eğitiminde görev alan kuruluşları mali yönden desteklemeli ve deneylemelidir.

(4) Eğitim programlarına katılmaya özendirilecek önlemler alınmalıdır.

Hemşire ve Ebe Eğitimi:

Ülkemizde hemşire ve ebe sayısı gereksinmenin çok altındadır. Birinci beş yıllık kalkınma döneminden sonra hemşire ve ebe okullarının geliştirilmesine verilen önem hızını kaybetmiştir. Son yıllarda lise mezunlarına kısa süre eğitim vererek personel açığını kapama projesi yarardan çok sakınca doğurmuştur. Kısa sürede eğitimle öğrencilere hasta-hemşire ilişkilerinde meslek ahlak beklentilerini benimsetme güçtür. Hemşire ve ebelerin bir kısmının kırsal bölgede, denetimden uzak çalışma durumunda oldukları düşünülürse, konunun önemi daha açık belirir.

Hemşire ve ebe okullarında eğitim, tıp eğitiminde olduğu gibi, hastane ve doğumevinde hemşirelik ve ebelik yapacak gibi yapılmaktadır. Okulu bitiren ve bir sağlık evine atanan bir ebe ilk kez -doğumevinde bulunduğu olanaklar olmadan- çok değişik bir ortamda çalışmak durumunda kalmaktadır.

Toplum içinde çalışan hemşire ve ebelerin en önemli görevleri halka olumlu sağlık davranışı kazandırmaktır. Okullarda sağlık eğitimi metodolojisi ve pratiği konusunda eğitim yetersizdir.

Ülkemizde halk sağlığı hemşireliği ve uzman hemşirelik eğitimi kurumlaştırılmamıştır.

Hemşire ve ebelerin hastanelerde ve kırsal bölgede çalışma koşulları çok ağır, buna karşın aldıkları ücret bir büro memuru düzeyindedir.

Çözümler : (1) Sağlık meslek lisesi sayıları ve her yıl alınan öğrenci sayısı ülke gereksinmesini karşılayacak ölçüde arttırılmalıdır.

(2) Sağlık meslek liselerinde meslek öğretim üyelerinin sayı ve niteliğini arttırıcı programlar geliştirilmelidir.

(3) Bir kısım öğrencilerin kırsal bölgede çalışacağı gözönüne alınarak toplum içinde çalışmalara ve özellikle

"sağlık eğitimi metodolojisi" konusunda eğitim yapmaya önem verilmelidir.

(4) Hastanelerde yarı-süre hemşire çalıştırma sistemi kabul edilmelidir.

(5) Hemşire ve ebelerin yaptıkları İşin ağırlığı ölçüsünde ücret almaları sağlanmalıdır.

(6) Hemşirelikte uzmanlık dallarında ve özellikle kırsal bölgede çalışan ebe ve hemşirelerin denetimi ile görevli halk sağlığı hemşireliğinde eğitim kurumlaştırılmalıdır.

Diğer Sağlık Personeli:

Sağlık hizmetleri kişiye yönelik hizmet veren hekim, hemşire ve ebe gibi sağlık personeli yanında çevreye yönelik hizmet veren, laboratuvar hizmetleri yapan ve sağlık alanında uzmanlaşmış destek personelden oluşur. Dünya Sağlık Teşkilatı yayınlarında 20 sağlık mesleğinden söz edilir. Bizde hekim, hemşire ve ebeler yanında mesleki eğitim gören yetişen fizyoterapist, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni gibi elemanlarda vardır. Hekim, hemşire ve ebe gücü planlamasında başarılı uygulamalardan sonra bu alana da girilebilir.

Sağlık Personel İstihdam Sorunları:

Hekim istihdamında en önemli sorun kamu kuruluşlarında yarı-süre hekim istihdamıdır. Bu hizmetin kalitesini olumsuz etkilemektedir ve özellikle sağlık hizmetinde birinci ve ikinci basamağın bir ekip olarak çalışmasını engeller.

Hekimlerin sabit ve düşük ücret ile istihdamı da kamu kuruluşlarında verimliliği olumsuz etkilemektedir.

Avrupa Topluluğu ve OECD ülkelerinde hastaların hekim seçme hakkı vardır. Bizde bu hak sadece parası olanlara verilmiştir. Ülkemizde hastaların bu haktan yararlanamaması da hizmeti olumsuz etkilemektedir.

Hükümet hekimlere daha fazla ücret verebilmek ve verimi arttırabilmek için hekimleri sözleşmeli olarak ve tam süre çalıştırmayı düşünmektedir. Muayenehanede çalışmak hekime ekonomik bağımsızlık verir. Son 30-40 yıldır hükümetlerin istihdam politikasındaki kararsızlıklar hekimlerin büyük çoğunluğunun bu sistemi kabul etmemesi ve kamu örgütlerinden ayrılmaları sözkonusudur.

Hekimlerin kamu hizmetine bağlanmaları için objektif bir atama yer-değiştirme sistemi -örneğin Şili'de olduğu gibi- kabul edilmelidir.

Hemşirelikte, erken yaşta meslekten ayrılma büyük sorundur. Yetiştirilen hemşirelerden daha uzun süre yararlanmak için isteyenlerin yarı ücretle günde 4 saat çalışma sisteminin kabul edilmesi düşünülmelidir.

(DPT'na sunulan rapor 9.1.1989 ■ Yayınlanmamış).

HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN SORUNLARI VE HEMŞİRELİK İNSANGÜCÜ PLANLAMASI

Hem. Lalezar Mürşitpınar

T. Hemşireler Derneği Genel Başkanı

Ülkemizde mezun hemşire sayısının 80.000 civarında olduğu, yakın bir (Üç-dört yıl) gelecekte de bu sayının 100.000'lere ulaşacağı bilinmektedir.

1925 yılında Kızılay Hemşire Okulunun açılmasıyla okullu hemşire yetiştirmeye başlayan Türkiye 1958 yılına dek ortaokul düzeyinde 1958'den sonra ise ortaokul sonrası 4 yıllık mesleki eğitimle lise düzeyinde hemşire yetiştirmeye devam etmiştir. Bununla birlikte 1955 yılında lisans düzeyinde eğitim veren hemşirelik yüksekokulu İzmir'de açılmıştır.

Ağırlıklı olarak lise düzeyinde sürdürülen hemşirelik eğitimi 1989 yılına kadar yeterli sayıda okulla yürütülürken 1989-1991 yılları arasında hiçbir plan ve programa dayandırılmadan açılan yüzlerce okulla eğitimin kalitesi giderek düşmüş bütün derslere bir tek öğretmenin girdiği, kahvehane ve mandıraların üzerinde açılan sözde okullardan sözde meslek mensupları yetiştirilmiştir.

Bu karmaşa sağlık eğitiminin seçim yatırımı olarak kullanılmasının en somut örneklerinden biridir.

Şu anda hemşirelik eğitimine baktığımız zaman, karmaşanın katlanarak devam ettiğini görürüz.

Ortaokul sonrası 4 yıl eğitim veren sağlık meslek liseleri (196 tane).

Lise sonrası 2 yıl eğitim veren sağlık hizmetleri meslek yüksekokulları (53 tane).

Lise sonrası 4 yıl lisans düzeyinde eğitim veren hemşirelik yüksekokulları (9 tane).

Bu okulların hepsinden de mezun olanlar 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa göre "Hemşire" unvanı almakta ve aynı görev yetki ve sorumlulukla karşı karşıya kalmaktadır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nca 1989 yılında başlatılan ve "tamamlama programları" adı altında lise mezunlarına meslek edindirme projesi çerçevesinde yürütülen programlar 6 aylık bir eğitimle başlamış daha sonra eğitim süresi 18 aya çıkarılmıştır. Buralardan mezun olan çok sayıda öğrenci de "Hemşire" unvan ve diplomasına sahip olmuştur.

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez unsurlarından biri olan hemşirelik mesleğinin eğitimi dünyada eşi benzeri görülmemiş bir biçimde politikaya alet edilmekte ve seçim yatırımı olarak kullanılmaktadır. Şu anda neredeyse sağlık meslek lisesi açılmamış bir ilçe kalmamıştır. Bu okulların açıldığı bir çok yerde mesleki uygulama alanı dahi bulunmamaktadır.

Eğitimdeki bu karmaşa sağlık hizmetlerinin sunulduğu her yerde var olan hemşireliğin yönetsel yapısında da mevcuttur ve bu konu hemşireler tarafından en önemli sorunlardan biri olarak gündeme getirilmektedir.

Özellikle yataklı tedavi kurumlarında sözümona hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu birer "Baş hemşirelik" mevcutsa da, gerek bu yönetsel makama yapılan atamalarda hiçbir kriterin gözönüne alınmaması (daha doğru bir deyişle atama kriterlerinin olmayışı) gerekse bu yönetsel(l) yapıya sorumlulukları oranında yetki verilmemiş olması nedeniyle, sağlık hizmetleri içinde hemşirelik hizmet yönetiminde söz etmek mümkün değildir. Kendi eğitim ve yönetimleri üzerinde söz sahibi olma çabası içinde olan hemşireler

aynı zamanda sağlık hizmetlerinin çağdas anlamda sunulmasının kaygısını faşımaktadırlar. Bilim ve teknolojinin ışık hızıyla geliştiği gezegenimizde sağlık hizmetleri geleneksel yapısını terketmekteyken ve ekip hizmeti artık yerleşmiş ve neredeyse kanıksanmışken ülkemizde hala geleneksel hiyerarşik yapı egemenliğini sürdürmektedir.

Astın, üstün olmadığı, tüm meslek gruplarının tek çabasının hizmeti alacak olan bireyin sağlığının korunması, yükseltilmesi ve sürdürülmesine yönelik olan sağlık meslek üyelerinin ekip halinde çaba harcadığı, bir çalışma sisteminin hem meslekler ve hem de kamu sağlığı açısından yarar görüyoruz.

Eğitim, yönetim, çalışma koşulları ve özlük haklarımıza yönelik yeni düzenlemelerin yapılması için çabalarımızı yoğunlaştırarak sürdürüyoruz. Görev yetki ve sorumluluklarımıza ilişkin çağdaş ilkeler getiren yeni kanun taslağımız hazırlanarak Sağlık Bakanlığına sunulmuştur. TBMM'ne sevkedilmeyi beklemektedir. Bununla birlikte hemşirelik eğitiminin lise sonrası, lisans düzeyinde ve Üniversitelerde yapılarak standardize edilmesine ilişkin çabalarımız sonuç vermiş 23 Mayıs 1995 tarihinde toplanan Yüksek Sağlık şurası da bu yönde bir karar alınmıştır. 1996 yılından başlayarak sağlık meslek liselerine öğrenci alınması, 40 civarında hemşirelik yüksek okulunun açılması planlandı. Bu konu ile ilgili olarak dönüştürme çalışmaları devam ediyor. Hemşirelerde diğer kamu çalışanları gibi ülkemizdeki ücret politikasından olumsuz olarak etkilenmektedirler. 24 saat kesintisiz hizmeti gerektiren sağlık hizmetlerinde yoğun olarak çalışan hemşireler, sağlıklarının korunmasını ilk koşul olarak getirirken ardından erken emeklilik ve fiili hizmet süresi zammından yararlanma konusunda da derneğimizin önderliğinde çabalarını sürdürmektedirler.

Biz mesleki sorunlarımızın çözümünde kendi gücümüze güvenmek ve yılmadan çaba harcamak zorunda olduğumuzun bilinciyle çalışmalarımızı aksatmadan yürütüyoruz ve biliyoruz ki sorunlarımızın çözümü yalnızca bize mesleki ve toplumsal statü kazandırmayacak aynı zamanda kamu sağlık hizmetlerinin daha olumlulaştırılmasına katkıda bulunacaktır.

Sağlık sektöründe insangücü planlaması bizim ülkemizde yeni yeni telaffuz edilen bir kavram. Bu kavramdan yola çıkarak hemşirelikte insan gücü planlamasına yönelik olarak yapılan çalışmalar henüz çok yeni olmakla birlikte biz bu konuya büyük değer biçiyoruz.

Çünkü yaşadığımız mesleki olumsuzlukların büyük bir kısmının planlamaların yapılmamış olmasından kaynaklandığını biliyoruz. Bu plansızlık nedeniyledir ki 89 olan okul sayısı iki yıl gibi kısa bir süre içinde 327'ye çıkarılmış, temel sağlık hizmetleri savaşılanarak tüm sağlık personeli tedavi kurumlarına yığılmış, bu kurumlar içinde de birkaç il adeta sağlık personeli enflasyonu ile karşılaşmış, ayrıca açılmış olan çok sayıda okuldan sayıları her yıl 20.000 civarında olan mezunların kadrosuzluk nedeniyle atanamamışlar ve diplomaları ellerinde Bakanlık kapılarında bekler olmuşlardır.

İlginçtir; hem sağlık personeli ihtiyacından sözedilir, hem de çok sayıda diplomalı işsiz atanacağı zamanı bekler. İşte bu plansızlığın daniskasıdır.

Bu nedenlerle şu anda yeni yeni telaffuz edilen insangücü planlaması konusunda Sağlık Bakanlığı'nın da katkılarıyla yapılan toplantılarla hemşireliğe ilişkin standartlar saptanmaya çalışılmaktadır. Ancak şu anda çalışmalar henüz somutlaşmamıştır.

SAĞLIK İNSAN GÜCÜ VE VETERİNER HEKİMLİK

Vet. Hek. Naci Yaman

Türk Veteriner Hekimleri Birliği Merkez Konseyi Genel Sekreteri

Veteriner hekim, aldığı formasyon gereği hayvanı sağlıklı kılma noktasından, hayvansal üretimi artırma zoonotik hastalıklar yönünden insan sağlığını koruma ve ekolojik dengenin sağlıklı bir biçimde korunması noktasına kadar çok geniş bir yelpazede görev yapar. Veteriner hekimin esas amacı uzun ve sağlıklı yaşayan bir toplum oluşturmaktır. Yani her türlü görevinin nihai amacı insan sağlığına hizmet etmektir.

Veteriner hekim, temel tıp bilimleri (fizyoloji, biyokimya, mikrobiyoloji, parazitoloji, viroloji, toksikoloji, patoloji, histoloji, farmakoloji v.s) ve özellikle et ve süt gibi başlıca hayvansal ürünlerin uluslararası standartlardaki hijyenik koşulları sağlamada önemli ödevler yüklenir. Bu ürünlerin hayvandan elde edilişi aşamasından tüketilmesi aşamasına kadar (işlenmesi, kalite kontrolü, pazarlanması, saklanması ve korunması taşınması gibi aşamaları) her evrede sağlıklı ve kalitesinin iyi olması yönünde yönlendirici ve denetleyicidir. Bu işlevlerini yerine getirirken belli bir düzeyde de gıda güvenliğini, sağlıklı ve dengeli beslenen bir toplumun oluşturulması yolunda çok önemli katkı koyar.

Diğer yandan beşeri hekim, diş hekimi veya halk sağlığı alanında yetişmiş diğer paramedikal meslek gruplarıyla işbirliği yaparak bazı hastalıkların kaynağında önlenmesi açısından insan sağlığına hizmet eder. Hayvan veya hayvansal ürünlerinin hareketlerini kontrol ederek insan sağlığını tehdit edebilecek hastalıkların önlenmesinde ayrıca görev yapar.

Genel sağlık içerisinde böylesine geniş bir hareket alanına sahip olan Veteriner hekimler, şimdiye kadar yapılan sağlık insangücü planlamasında yeterince önemsenmediğinden pek yerini alamamıştır. Bu tutum sağlık zincirinin çok önemli bir halkasının eksik olmasına neden olmuştur. Oysa ülkemizde sosyo-ekonomik yapısı, coğrafi konumu, iklimi ve kültürel yapısı nedeniyle Veteriner halk sağlığı, daha çok önemsenmesi gereken durum arz etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre insan ve hayvanın 200 den çok ortak hastalığı olduğunu görmekteyiz.

İnsan sağlığı içerisinde çok önemli bir yer tutan bu zoonotik hastalıkları, hayvanlar için önemli olmakla beraber insanlar için çok daha önemlidir. Zira bu hastalıkların büyük bir çoğunluğu dnşm olmayan hastalıklardır (kuduz, ruam, anthrax v.s. gibi). Çok önemli bir kısım ise hastahanelere yığılmalara neden olan ve süreğen karekterlerdeki hastalıklardır.

Hem zaman kaybına hem de ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Yine bunlardan büyük bir çoğunluğu hızlı yayılma eğiliminde olup içinde veteriner hekiminde olacağı bir epidemiyolojik çalışma ile önlenebilir hastalıklardır (Tüberküloz, Brucellose, Toxoplasmosis v.s. Gibi) Zoonotik karakterli viral , bakteriyel, paraziter, mikolojik bir çok hastalığın kaynağında önlenebilmesi veya sndrlebilmesi için hayvan sağlığının ihmal edilmemesi. Veteriner hekimliğin tarımın bir unsuru olduğu şeklindeki anlayışın artık terkedilmesi gerekir. Ülkemizde Veteriner hekimliğin kamuda hemen hemen tümüyle Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'nda sıkıştırılmıştır. Bir takım sözde reorganizasyonlarla yetkileri ve hareket alanlarını ' daraltılmıştır. Yerel yönetimlerde Veteriner halk sağlığına, mevcut koşullar ve 1580 sayılı yasa bazı şeyleri çok net bir şekilde gösterirken bazılarına yeterince önem vermemektedir. Olaya yalnızca hayvan sağlığı yönünden bakarak büyük yanlışlıklar yapılmaktadır. Serbest alışan Veteriner hekimlerin olası katkıları hala düşünülmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 200 den çok zoonozun nlenebilmesini veya onlardan korunmasını sağlayacak herhangi bir birimi yoktur. Bu durum ülkemizin sağlık alanındaki en büyük kayıplarından biridir. Veteriner halk sağlığı alanında, insan sağlığı için risk oluşturan hayvan hastalıklarının ve ülkemizde buna bağlı olarak ortaya çıkan sorunları boyutlarını ve yaygınlığını saptayacak, toplumu bu olumsuzluklardan kurtaracak önlemleri alabilecek yeterince yapılanması bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın bu eksikliği nedeniyle Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, evre Bakanlığı ve Yerel Yönetimlerden benzeri işleri yapan birimlerle gerekli eşgüdüm yapılamamaktadır. Her kurum bağımsız çalışmakta ve dolayısıyla sorunlar biteceği yerde artan durum arz etmektedir.

Veteriner hekim, insan üzerinde doğrudan uygulama yapmamakla birlikte esas amacı sağlıklı evre oluşturması ve hastalığın kaynağında önlenebilmesi açısından insan sağlığına hizmet etmektedir. Diğer bir ifade ile insan sağlığı ile hayvan sağlığını birbirinden kesin çizgilerle ayırt etmek olanaksızdır. Zoonotik hastalıklarla ilgili yapılacak epidemiyolojik çalışmalarda beşeri hekimin , Veteriner hekimin görüşüne mutlaka müracaat etmesi gerekir. Keza Veteriner hekiminde hayvan sağlığı yönünden beşeri hekime müraacat etmesi sonuç almak açısından yararlıdır.

Mevcut sağlık sisteminin yetersizliği tartışılmaz. Çünkü, yönetim problemleri, mevzuat yetersizliği, informasyon sisteminin olmayışı, bilimsel destek ve bilimsel araştırma kuruluşlarının yetersizliği, teknolojik eksikliği, sağlık yapılarının yetersizliği, yeterli sağlık insan gücü ve planlamasının olmayışı gibi çok önemli sorunları vardır. Bu nedenlerle sağlık hizmeti sunumundaki aksaklıkların giderilmesi ve 30-50 yıl sonrası hizmetleri dahi karşılayabilecek bir sağlık anlayışının uygulamaya konulması koşuldur. Yani hükümetler veya kişilerin keyfi tutumundan kurtarılmış sürekli bir arzedilen ulusal bir sağlık politikasının oluşturulması kaçınılmazdır.

Yukarıda arzedilen sorunların yanında sağlık hizmeti sunumundaki aksaklıkları yaratan ana faktörlerin başında sağlığa ayrılan paranın yetersizliğinin unutulmaması gerekir. Sağlığa ayrılan btcenin, genel btceye oranı artırılmadıka ve bununla ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılması gerçekleşmedikçe sağlık hizmeti sunumundaki problemleri tümüyle önlenebilmesi olanaksızdır.

Özetle söylemek gerekirse: problemleri giderilmiş ağdaş sağlık sistemi içerisinde yapılacak sağlık insan gücü planlaması da gerektiği gibi yerini almış olacaktır. Böylece Veteriner hekim de vazgeçilmez ana unsur olması nedeniyle olumlu yönde katkısını koyacaktır.

Eğer Sağlık Bakanlığı bünyesinde gelişmiş ülkelerde olduğu gibi VETERİNER HALK SAĞLIĞI birimlerini oluşturur ve bu birim ilgili olan diğer kurum veya kuruluşlarla eşgüdüm içinde çalışır ve geleceğe dönük sağlık politikaları üretirse Veteriner hekimin sağlık insan gücü içerisindeki yeri daha da belirginleşmiş olacaktır.

Dİş HEKİMLİĞİNDE İNSANGÜCÜ PLANLAMASI

Dt. Müge Korkmaz

Dışhekimliği alanında insangücü planlaması, eğitilecek dışhekim sayısının saptanması, eğitim müfredatının düzenlenmesi ve mezun olacak dış-hekimlerinin istihdamı gibi konularda yapılacak düzenleme ve planlamaların tamamıdır. Bu planlama, fakülte eğitimi sırasında başlamalıdır.

Günümüzde fakültelerde dışhekimlerine yaşamları boyunca çok az kullanacakları manplasyonlar öğretilirken, mesleğe atıldıkları andan itibaren çok sık kullanmaları gereken manplasyonlar tam olarak ğretilmemekte ya da yanlış veya eksik öğretilmektedir. Bu durum Türkiye'deki dışhekimliği insangücünün savurganlığını göstermektedir. Savurganlığın bir başka kanıtı yeni açılan dışhekimliği fakülteleridir. Kalitesiz dışhekimliği eğitimi bir yandan genç beyinlein israfına yol açarken diğer yandan mezun olan dışhekimlerinin istihdamını zorlaştırmaktadır. Fazla sayıda mezunun serbest piyasa ekonomisi kuralları içinde ve birbirleriyle rekabet ederek çalışmaları; hem etik dışı uygulamalara hem de insangücü dağılımının dengesiz olmasına yol açmaktadır. Örneğin Ankara'da bir dış hekimine 2.000 kişi düşerken, Ağrı'da bu oran bir dışhekimine 50.000'dir. 1994 yılı Haziran ayı rakamlarına göre Türkiye'de bir dışhekimine ortalama 4.900 kişi düşmektedir. Dünya Sağlık rgt ise bu rakamın 2.000 olması gerektiğini söylemektedir. Ancak dünya rakamlarını yakalamak amacıyla sadece dışhekimine başına düşen nüfusu azaltmaya çalışmak ve bu nedenle

yeni fakülteler açmak bir yanılığ olmaktadır. Mezun sayısını artırmanın yanısıra diğer faktörlere de dikkat edilmelidir. Örneğin kaliteli bir üniversite eğitimi, yeterince dişhekimliği malzemesi olması ve toplumun dişhekimliği hizmetlerinden yararlanma hızı gibi etmenler oldukça önemlidir.

1961 yılında çıkarılan "Sosyalleştirme" yasası ile herkesin ihtiyacı olduğu kadar ve gereksinme duyduğu anda sağlık hizmeti alabilmesi amaçlanmıştı. Bu temel amacın sağlık insan gücü planlamasında kullanılması gerekmektedir. Oysa özellikle dişhekimisi insan gücü planlamasında hiç dikkate alınmamıştır. Günümüzde dişhekimleri yeterli araç-gereci olmayan sağlık ocaklarına atanmakta ve sadece sevk kağıdı imzalamak zorunda kalmaktadırlar. Bu hem hasta hem hekim açımdan büyük bir insan gücü kaybıdır.

Sevk zinciri yeterince uygulanmadığı için merkez hastaneler birer fabrika gibi çalışmakta, bir dişhekimisi cerrahi servisinde günde 60-70 hasta bakmaktadır. Oysa aynı ilde bir başka hastanede aynı pozisyonda bir diğer hekim günde 10-12 hasta bakmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ise bir hekimin günde 15 hasta bakabileceğini bildirmektedir. Günde 15'in üzerinde hasta bakmak planlılık ve verimlilik demek değildir. Çünkü hasta sayısı artınca hizmetin kalitesi düşmekte ve hoşnutsuzluklar artmaktadır.

Türkiye için bir diğer sorun da Güneydoğu Anadolu sorunudur. Can güvenliği sağlanamadığı için hekimler bu bölgeye gitmek istememekte ve ülkenin Doğu'su ile Batı'sı arasında bir eşitsizlik ortaya çıkmaktadır. Dişhekimliği hizmetlerinde önemli bir konuda diğer sağlık personelidir. Dişhekimlerinin iki önemli yardımcısı vardır; dişhekimisi hemşiresi ve diş teknisyeni. Biri hasta başında diğeri de laboratuvarında dişhekimisinin yardımcısıdır. Fakat dişhekimliği hemşireliği konusunda Türkiye'de ne bir eğitim ne de somut bir çalışma vardır. Hemşireler tıp eğitimi almış kişilerle birlikte çalışmak üzere eğitilmektedirler. Bugün dişhekimisi ile birlikte çalışan birkaç hemşire de konuyu kendi çabaları ile işbaşında öğrenmişlerdir. Buna karşın gelişmiş ülkelerde dişhekimliği hemşireliği yerleşmiş ve kurumlaşmış bir yapıdır. Diş teknisyenleri ise çoğunlukla "alaylı" ve dolayısıyla standardı olmayan bir bilgiye sahip kişilerdir. Küçük bir bölümüyse yüksek okullarda eğitim görmüş ancak çeşitli sorunları olan genç bir gruptur.

insan gücü kullanımı konusunda verimliliğin sağlanabilmesi için şu saptama ve önerileri sıralayabiliriz:

- 1) İnsan gücü planlaması bu konu üzerinde profesyonel düzeyde eğitim görmüş uzmanlar tarafından ve devlet desteği ile gerçekleştirilmelidir. Sağlıkta insan gücü-nün verimli planlanması için öncelikle şu soruya yanıt verilmelidir: "Daha nitelikli bir sağlık hizmeti halka nasıl verilebilir?"
- 2) İnsan gücü planlaması eğitimle başlar, diş hekimliği eğitimi veren Fakültelerin sayısını arttırmak; öğrenci kontenjanlarını arttırarak değil, kalitesi yüksek, pratiğe gereken önemi vererek yapılacak bir diş hekimliği eğitimi ve gerekse belli bir süre muayenehane ve hastahane çalışmalarına yönelik bir eğitim verilerek sağlanmalı. Ayrıca diş hekimliği eğitimi, Avrupa standartların-da olmalıdır.
- 3) Diş hekimliğinde insan gücü planlaması ve veriminin artırılması için diş hekimliği hizmetinin yaygınlaştırılması gereklidir. Bu da diş hekimliğinin 1. Basamak Sağlık hizmetleri arasında sayılmasıyla sağlanır. Ülkemizin çeşitli bölgeleri arasında hizmet kalitesi yönünden fark bulunmamalıdır, insan gücünün sağlıklı kullanımı için, koruyucu diş hekimliği çok önemlidir. Hekim tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu diş hekimliği hizmetine gereken önemi vermelidir. Bu konuda diş hekimlerine, mezuniyet sonrası eğitim uygulanmalıdır.
- 4) Verimli iş, yalnız hekimin çabası ile oluşmaz, bu bir ekip işidir. Bu ekip genişledikçe daha çok kişiye ulaşabilir. Bunun için sağlık memurları, hemşireler, ebeler, muhtarlar, öğretmenler bilinçlendirilmen belli aralıklarla eğitilmeli motive edilmelidir. Hekim ve hekim dışı personel arası, belli ilkelere dayalı saygılı ve iletişimin süreklilik kazandığı çalışma koşulları oluşmalıdır.
- 5) Diş hekimisi, hekim dışı personel sayısı yeterli hale gelmelidir. Diş hemşireliği kurumu zaman yitirilmeden oluşturulmalıdır, Tüm Sağlıkçılar, sürekli seminerlerle tüm meslek yaşamları boyunca geliştirilmelidirler. Böylece bilgiler tazelenmeli, yeni gelişmeler izlenmelidir.
- 6) Can güvenliği sağlandıktan sonra diş hekimlerinden hizmet beklenmelidir.
- 7) Kişiler bir üst kuruluşa gerekiyorsa sevk edilmelidirler. Sevk zincirleri düzgün, belirli ilkeler içerisinde işler hale getirilmelidir. Bozuk sevk düzenininin, yığılmalarda, maddi ve insan gücü konusunda büyük kayıplara neden olduğu unutulmamalıdır.
- 8) Sağlık hizmetleri konusunda yükün büyük bir bölümünü taşıyan, ana arter konumundaki hastahanelerin yükü yeri ve belirli standartları olan hastahaneler açılarak, düzeyli eğitim almış diş hekimleriyle ve hastalara yeterli süre ayrılarak hizmet verilmelidir.
- 9) Verimli iş, yalnız hekimin çabası ile oluşmaz, bu bir ekip işidir. Bu ekip genişledikçe daha çok kişiye ulaşabilir. Bunun için sağlık memurları, hemşireler, ebeler, muhtarlar, öğretmenler bilinçlendirilmen belli aralıklarla eğitilmeli motive edilmelidir. Hekim ve hekim dışı personel arası, belli ilkelere dayalı saygılı ve iletişimin süreklilik kazandığı çalışma koşulları oluşmalıdır.
- 10) İşgücü verimini arttırmak için özendirme, ödüllendirme sistemi olmalı; bu gerek maddi gerekse manevi yönden olmalıdır.
- 11) Hastalar ile hekimlerin birbirleriyle iletişim kurabilecek zamana ve bilgiye sahip olmaları gereklidir.
- 12) Hastahanelerde hasta izlenmesi ve dosyalama sistemi oturtulmalıdır. Hastanın, hastalıklarına ait geri-dönük bilgiler, sağlıklı bir şekilde dosyalanmalı; gerektiğinde sağlıkçıların önüne zaman yitirmeden gelebilmelidir. Bu bilgisayara yönelik bilgi depolama sistemine geçilmelidir.
13. Hastalar ile hekimlerin birbirleriyle iletişim kurabilecek zamana ve bilgiye sahip olmaları gereklidir.
- 14) Ağız ve diş sağlığı çalışanlarına, tam gün çalışmaları ve karşılığında insanca yaşama olanağı

sağlanmalıdır.

15) Meslek üyelerinin örgütlenmesi şarttır. Meslek örgütleri devlet tarafından desteklenmelidir. Örgütler yaptırım güçlerin bilincinde olmalı. Ve gerekirse çeşitli meslek grupları belirli amaçlar için bir araya gelerek güçlerini arttırmalıdır.

SAĞLIK İNSANGÜCÜ ECZACILAR GRUBU

Ecz. Firdevs Korkmaz

1990 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre, sağlık hizmeti veren yaklaşık 16.000 eczacı olduğu anlaşılmıştır. Bu eczacıların %85'i özel sektörde ve serbest eczacı olarak çalışmaktadır. Türkiye genelinde bir değerlendirme yapılırsa, kamu ve serbest eczacıların dağılımında bir dengesizlik olduğu açıkça ortaya çıkmaktadır. Bu dengesizlik, sağlık hizmetlerinin tümünde ortaya çıkan dengesizlikle paralellik göstermektedir. Devletin sağlık hizmetini götürdüğü her yerde sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası olan eczacı da yerini almaktadır. Verilen hizmetler, hastane eczacılığı, idari eczacılık, serbest eczacılık ve endüstriyel eczacılık olarak temel sağlık sistemi içinde yer almaktadır.

Şu anda ülkemizde 7 Eczacılık Fakültesi bulunmaktadır. Fakültelerin talep ettikleri öğrenci sayısı YÖK tarafından %30-40 oranında her yıl arttırılmaktadır. Bu artış, öğrencinin, fakülteden mezun olduktan sonra da sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Eczacı, staj dahil 4-5 yıllık temel eğitimini aldıktan sonra hayata atılmaktadır. Kamu eczacılarının ücretlerinin düşüklüğü ve serbest eczacılık için gerekli sermayenin büyüklüğü eczacı istihdamında sorunlar yaratmaktadır.

2000 yılında Herkes İçin Sağlık sloganı çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı çalışmalardan biri de eczacının bu faaliyetler içindeki yerinin ve öneminin vurgulanması; ülkelerin mevcut eczacı ve potansiyellerinden ulusal sağlık politikalarının uygulanması yolunda en rasyonel şekilde faydalanmaları için önlemlerin alınmasıdır. Son elli yıl içinde ilaç sanayiinin hızla gelişmesi sonucu terapötik olarak etkin ve çok sayıda ilaç sentez edilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Eczacının klasik görevlerine ek olarak yeni farmasötik fonksiyonlar da ortaya çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün **Avrupa'da Eczacının Rolü ve İşlevi** adlı yazısında bu fonksiyonlar 4 ana başlık altında toplanmıştır:

1. İlaçların temin edilmesi, depolanması ve dağıtımı,
2. İlaçların hazırlanması, üretimi, kalite kontrolü ve hastaya sunulması,
3. İlaçların rasyonel kullanılması.
4. İlaç epidemiyolojisi ve istenmeyen etkilerinin saptanması.

Bu fonksiyonların ilk ikisi Türkiye'de sağlık hizmetinde uygulanmaktadır. Hastaya yönelik sağlık hizmetidir. Son ikisi ise **topluma yönelik** olarak hizmet alanı açmıştır.

"Rasyonel ilaç kullanımı", "Advers ilaç etkileri", "Farmakoepidemioloji", "ilaç bilgilendirme* ve "Tüketiciyi koruma" gibi yeni kavramlar çerçevesinde, Ekim-Eczacılık-Meslek örgütleri ve yasal otoriteler arasındaki bilgi iletişimini kurmak, sağlıklı bir takip sistemi oluşturmak zorundadırlar. Aynı zamanda, bu çerçevede etkili olabilmek için mutlaka öncelikle hastane eczacılarının bilgisayar sistemine geçmesi gerekmektedir. Eczacılarla ilgili yasaların yeniden düzenlenmesi, mezuniyete sonrası meslek içi eğitim kurslarının sürekli düzenlenmesi, hastane eczacılarının ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki diğer görevli eczacılara daha çok yetki ve sorumluluklarının verilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Ankara Eczacı Odası Bülteni ilaç Forumu. Cilt 14, Sayı 1

SAĞLIK HİZMETLERİNDE SOSYAL HİZMET UZMANININ ROLÜ

Nahide Atabey
Sosyal Hizmet Uzmanı

Tıbbi Sosyal hizmetler kişi, grup, aile ve toplumların sağlık hizmetlerinden etkin olarak yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik, eğitici ve destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet yöntem ve felsefesi ile birleştirici tıp ve halk sağlığı programları çerçevesinde verilen hizmetler bütündür.

Sosyal hizmet mesleğinin en eski uygulamalarından biri de sağlıktır. Bu alandaki sosyal hizmet uygulamaları ilk kez 1880'lerde İngiltere'de ruh hastalıkları hastanelerinden taburcu olan hastaların hastalığının tekrarlamaması amacıyla yapılan çalışmalarla başlatılmıştır. Daha sonraki yıllarda hastalığa yol açan ve hastalığın neden olduğu psiko-sosyal ve ekonomik faktörlerin önemi, hastalığın sadece tıbbi tedavisinin yeterli olmadığı, bunun yanında psiko-sosyal etmenlerin de ele alınması ve koruyucu, tedavi edici yaklaşıma da yer verilmesini sağlamıştır. Bu gelişmeler Sosyal hizmet uygulamalarının etkin olarak yerine getirilmesinde büyük rol oynamıştır,

Ülkemizde Sosyal hizmetlerin ilk örgütlenme biçimi, Sağlık Bakanlığı kuruluş yapısı içinde yer almıştır. 1958 yılında başlatılan düzenlemeler sosyal hizmetler sadece tıp ve sağlık alanında düşünülmeyp bakanlığın o zamanki isminde yer alan "Sosyal Yardım" hizmetlerini de organize etmek amacıyla hareket edilmiştir. Ülkemizde bu alanda atılan ilk önemli adım 1959 yılında 7355 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsünün kurulmasına dair kanundur. Bu kanunla teşkilat yapısı içerisinde "Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi" kurularak sosyal hizmetlerin koruyucu tedavi edici ve rehabilite edici yönleri ele alınmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının

yetiştirilmesi amacıyla 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. 1963 yılında da SSYB bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü faaliyete geçmiştir.

1983 yılında 2828 sayılı "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu" kanununun çıkması ile Sosyal Hizmetlerin Sağlık Bakanlığı bünyesinden ayrılmış olması ülkemizde Sosyal Hizmet Uygulamaları açısından önemli bir dönüm noktası olması yanında sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının da bazı açmazları beraberinde getirmiştir.

Bu alandaki eksikliği gidermek amacıyla 1992 yılında makam onayı ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü kurulmuştur.

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları; hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili olabilecek, sosyal, ekonomik ve duygusal faktörlerin önemini sağlık ekibine iletmek, hasta ve ailesine bu faktörleri anlamlarında yardımcı olmak, hastanın ve ailesinin moralini yükseltmek, onlara güven duygusu vermek, hasta ve ailesinin yararına toplum kaynaklarını harekete geçirmek, hastane işleyişini mesleki açıdan katkıda bulunmak gibi görevler üstlenmişlerdir.

1973 yılına kadar hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı toplam 20 civarında iken daha sonraki yıllarda istihdam sayısı artmıştır. 1994 yılı itibarıyla 162'ye ulaşmıştır. (GATA, SSK ve Üniversite hastaneleri dahil) Ancak bu artış yalnızca yataklı tedavi kurumlarında olmuş koruyucu sağlık hizmetleri alanında Sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmemiştir.

Sağlık alanında sosyal hizmet uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmasına rağmen yapılan uygulama ve yasal düzenlemelerde önemli eksiklikler bulunmaktadır. Örneğin 1983 yılında çıkan ve halen yürürlükte olan yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde (madde 125-126) sosyal hizmetler şefi ve uzmanının görev ve yetkileri belirtilmiş olup, tartışmaya ve yoruma açık bir dil sergilenmektedir.

Sosyal Hizmet öncelikle bireyin kendisi ve çevresi ile ilişkileri üzerine odaklanarak Temel fonksiyonu birey ve çevresi arasında ilişkileri her ikisinin de yararına olacak şekilde düzenlenmektedir.

Sosyal hizmet uygulaması, toplum içinde bireylerin, ailelerin ve grupların ve toplulukların fonksiyonlarını yerine getirmelerinde topluma yeniden kazanılmalarında önem taşımaktadır.

Ülkemizde sağlık alanında teşhis ve tedavisi ekibinin karşılaştıkları problemler:

Hastaneye yatan hastanın yatış ücretini ödeyememe, aile sorunları.

çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar veya kimsesizlik.

Yatış süreci içerisinde, hastalığa ilişkin duygusal sorunlar, uyum problemleri tedavi programı hakkında hasta ve ailesinin bilgi ve eksikliği, tıbbi bakıma direnç, hastalık sonrası yaşama ilişkin kaygılar.

Çıkış aşamasında, yine ücret problemi, hastaneden çıkmak istememe ailenin hastayı kabul etmek istememesi, ulaşım problemi, hastanın sürekli barınabileceği ve hizmet alabileceği yerlerin olmaması.

Hastaneden çıktıktan sonra işe, fiziksel işlevini yitiren hastanın bağımlı hale gelmesi, aile içinde rol kaybı, çalışma yaşamına geri dönememesi, kontrole gelmemesi, ilacını temin edememesi gibi sorunlardır.

Bu problemler, hastanın önerilen tıbbi tedaviden etkin şekilde yararlanmasını engellemekte, hastayı yeni sorunlarla karış karşıya bırakmaktadır.

Bütün bu problemler yanında özellikle kronik hastalıklarda sorunun boyutu daha karmaşık bir hal almaktadır.

Çünkü kronik hastalıklar, süreklilik gösteren, daimi sakatlık bırakabilen, organizmada meydana getirdiği tedavisi mümkün olmayan fonksiyon kaybı ve patolojik bozukluk nedeniyle, hastanın rehabilitasyonunu ve özel eğitimini gerektiren, hastanın uzun süre tıbbi bakım ve gözetim altında bulunması zorunlu olan hastalıklardır. Örneğin kalp hastalığı, kanser, AİDS, kronik böbrek yetmezliği, kronik psikiyatrik hastalıklar gibi.

Bugün ülkemizde nüfus içerisinde yaklaşık 15 milyonun kronik bir hastalığa sahip olduğu tahmin edilmektedir.

Kronik Hastalıklardan Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü:

Hastanın sağlığını etkileyen ruhsal ve sosyal sorunları tanımak, hastaya ve ailesine kendi kendine yardım sürecini kolaylaştırmak, toplum kaynaklarını hasta ve ailesine lehine harekete geçirmek, hasta ve ailesinin tedavi ekibiyle işbirliğini sağlamak, toplumda kronik hastalıklara karşı önyargıları giderme ve çekişen tutumların gelişmesini önleme yönünde toplumla çalışmaktadır.

Örneğin, günümüzde kronik hastaların özellikle ruh hastalarının toplum içinde tedavisi öngörülmüştür.

Tedavinin toplum içinde sürdürülebilmesi herşeyden önce toplumsal sorumluluk gerektirmektedir. Toplumsal sorumluluk ise, hastaların tedavi ve rehabilitasyonuna halkın ve devletin ortak katılımını gerektirmektedir.

Dolayısıyla toplum içerisinde bakım ancak hastaya ve ailesine destek olabilecek nitelikte ara kurumlarla mümkün olabilecektir. Bunlar arasında sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde hizmet veren ancak ülkemizde bulunmayan grup evleri, gece hastaneleri, gündüz evleri, sosyal klüpler, ayakta tedavi klinikleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, psikiyatrik hosteller, korumalı işyerleri gibi ara kuruluşlar bulunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları hastanelere başvuran hastaların karşılaştıkları sorun alanlarının tümüne yönelik olarak çeşitli nedenlerle yeterli mesleki çalışmayı yapmamaktadırlar. Buna karşın yatış ücretine ilişkin problemleri çözümlenmede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve kullanmasını sağlama, hastaneye yatışına engel olan ailesel sorunlarını çözümlenmede yardımcı olup (örneğin çocuğuna bakacak kimsesi olmayan hastanın çocuğu için uygun kreş veya kurum hizmeti), sınırsız hastaların yatırılmasına yardımcı olmak. Hastanede yattığı süre içinde, hastaların duygularını aktarmasına destek olma, sorunu ile başedebilme becerisini, hasta ile iletişimi engelleyen problemlerin çözümlenmesi ve hastanın tedavi sürecine

katılımının sağlama, hastanın hastaneye uyumuna yardımcı olmak, hastanın sorununa tedavi ekibinin duyarlı olmasını sağlama, hasta ailesini hastaya destek olmasını sağlama, hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, kan gibi gereksinimlerinin ve hastane ücretinin karşılanması için kaynak bulma ve bunlardan yararlanabilmesi için yönlendirme.

Çıkış aşamasında; hastanın taburculuğa hazırlanması, çıkmak istemeyenler hakkında bilgi verme, hastanını evine ulaştırılması ile ilgili hizmetler, (yol parası, ambulans temini gibi) terk edilen veya kimsesi hastaların sosyal hizmet kurumlarına yerleştirilmesi için gerekli işlemleri yürütme ve yerleştirilmesi, Hastaneden çıktıktan sonra, hastanın ve ailenin yeni duruma uyum sağlanmasına yardımcı olma, hasta ve ailenin çıkış sonrası yararlanabilecekleri toplumsal kaynak ve programlardan yararlanmasına yardımcı olmak diye özetlenebilir. Sağlık alanında hastalığın nedenlerini ortadan kaldırabilmek ve tedaviden en etkin olabilecek sonucun alınabilmesi diğer alanlar da olduğu gibi ekip çalışmasının gerçekleştirilmesi yönünde disiplinler arası işbirliğinin güçlendirilmesi gerekmektedir,

Ekip üyelerinin ekip çalışması içinde bir araya gelmeden önce birbirlerinin rolleri, görevleri ve müdahale yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olmaları gereklidir.

Gerek hastalığın tedavisi gerekse hizmetlerdeki yetersizliği giderebilmek için ekip çalışması kadar kurumlararası ekip çalışması anlayışı geliştirilmelidir. Ailenin hastanın ve kurumun yararına toplum kaynaklarının saptaması ve harekete geçirilmesi sosyal hizmet uzmanının birincil çalışma alanı olduğundan kurumlararası iletişim ağının geliştirilmesinde Sosyal Hizmet uzmanı aktif olarak çalışmalıdır.

YARININ İDEAL YÖNETİCİSİ

Ahmet Semih Arpacı

"Değişmeyen tek sabitin değişme olduğu'nu her gün izlemekteyiz. Değişme dahi değişiklikler göstermektedir; yorgunluğu, büyüklüğü ve hızı, ritmi bakımından değişme, hiç düşünmediğimiz boyutlara ulaşmıştır. Her kademedeki yönetici de -kamu sektöründe olsun, özel sektörde olsun- değişimin etkisini, baskısını adeta omuzlarında hissetmektedir.

Gerek devlet hastanesindeki başhekim veya personel şefi, gerek özel ilaç fabrikasındaki genel müdür yahut insan kaynakları direktörü olsun, her yönetici değişimin yükünü hafifletmek için esnek ve yeni birtakım özel yetenekleri gelecekte daha çok benimseyip klasik bilgilerinin yanısıra kullanmak zorundadır.

Bir yöneticinin aşağıdaki niteliklerin / yeteneklerin hepsine sahip olması, karşımıza tam ideal bir profil çıkarır. Gerçekte ise, hiçbir yönetici eksiksiz, kusursuz değildir, idealden kastedilen, nitelikleri/yetenekleri, yönetim ilkelerini büyük ölçüde kullanmaktır. Başarı derecesi, yöneticinin kamuda veya özel sektörde bilgi, iktidar, istek ve direncine, bunların uygulamada bileşimine bağlıdır.

Kişilik

Yöneticinin kişiliği, tutarlı davranış, sadakat ve uyumluluk gibi tartışma götürmeyen özelliklere göre değerlendirilir. Yöneticinin kişiliğinde tereddüt doğduğunda, o zaten puan kaybetmeye başlamıştır; kaybedilen puanların kazanılması zordur.

Bilgisiz, ama kişilik sahibi bir yönetici ise yaramaz. Buna karşılık bilgili, ama kişiliksiz bir yönetici tehlikeli ve ürkütücüdür.

Sorgulama, Bütünü Görme

Yöneticinin inandırıcılığı, mesleki bilgisi ile bağlantılıdır. Zihni çalışma, öğrenme arzusu, analiz yeteneği, sistemli hareket, açıklık ve çok yönlü ve yoğun düşünme gelecekte önemi daha artan özellikler olacak, meslek ve uzmanlık açısından köşe taşları sayılacaktır.

İş piyasasındaki "tam zamanında" tanımı, yönetici açısından mesleki bilgilerde de "tam zamanında" olmak anlamına gelecek ve know-how'ını sürekli geliştirerek güncel hale getirecektir. Öteki yarışmacılardan daha hızlı öğrenmek, kalıcı bir silah olacaktır. Bütünü gören ve disiplinlerarası düşünen, doğru kararlar alan yönetici, kuruluşunu global bir çevrenin parçası halinde, kuşbakışı idare edecektir.

Uluslararası-Kültürlerarası

Yönetici, gerçekleri, algılamaları, varsayımları ve davranış biçimlerini sadece kendi gözlükleriyle incelemeli, başkalarının değerlendirmelerini de dikkate almalıdır. Bu, kültürü farklı toplumlarda çalışılırken daha da ağırlık taşıyacaktır. Kaldı ki, yönetici başkalarını tanıdığı ölçüde "kendini bil!" felsefesine yaklaşacaktır.

Geleceğin yarışma ortamında yönetici, göstereceği "zihinsel, ruhsal, fiziksel esneklik ve hareketlilik" ölçüsünde işini koruyabilecektir. Somut örnek verilirse, bir hastane yöneticisinin üç dile sahip olması gayet olağan sayılacak ve görevinden dolayı başka kentlere/ülkelere taşınması aile çevresince yadırganmayıp kabul görecektir.

Gittikçe artan karmaşa ve zamanla yarış içinde bulunan "değişimin dakik yöneticisi", belli bir yere bağlı kalmayı düşünemeyecektir. Sıkça taşınmalardan yakınmaması, yeni ortamlara kısa zamanda uyum sağlaması onu geleceğin aranan yöneticisi yapacaktır, iyi bir yönetici için hareketsiz, heyecansız iş, "iyi iş" demek değildir.

Dikkati Toplama-Bütünleşme

Başarılı yöneticilerde ve geleceği göğüsleyebilecek kurumsal kültürlerde sürekli olarak bir "acelecilik" havası vardır. Bu havanın, atmosferin telaş veya karmaşa ile hiç ilgisi yoktur; aksine, "sonuç üretmeye yönelik bir tutku, dikkati toplama"dır. inisiyatifi doğuran da bu atmosferin getirdiği -aslında bir sağlık belirtisi olan- iç

rahatsızlığıdır.

Meslek, yıllar geçerken görevler üstlenmeye de zorlamalıdır. Kendini mesleği ile bütünleştirip tanıtmış hekim, iyi bir göreve getirilebilecek ve görevini yürütürken direnç, disiplin, inisiyatif, yeni işler ve yükümlülükler üstlenme konularında yeteneğini kanıtlamak durumunda olacaktır. Mesleğine meraklı, işinden zevk duyan hekim, yönetici hep "sonuçlar üretmekten gurur duyacaktır.

Yenilik Tarafarı-Yenilikler Getiren

Gelecekte -özellikle üretim maliyetinin yüksek olduğu ülkelerde- "düşgücü", "fikirler" ve "vizyon" başarıyı daha yakına getirecektir. Ürün ve üretim tekniği yeniliklerini arttıran, kilit adam, iyi yönetici olarak seçilecektir. Kişi, yenilik getirebilen değilse, kendisi için "yaratıcılık havası dolu" bir ortam araması onun lehinedir. Organizasyon yapılarının ve sistemlerin oluşmasındaki hataları araştırmak, çözüm yollarını denemek bile kişinin yaratıcılığının artmasına katkılar sağlayabilir. Yenilik ve başarı, iyi yapılan hesapların meyvalarıdır.

Bütünleştirici-Arabilucu

Sağlık kesiminde olsun, diğer kesimlerde olsun, iş dünyasının gittikçe daha karmaşık hale gelmesi, "bir ekibi ortak amaçlarda biraraya getirme" yönünden uyumluluk, kaynaştırma, grupları yönetme gibi yeteneklerin varlığını gerektirecektir. Çağdaş yöneticilik, bir atletin tek başına 100 metre koşup sahadan çekilmesi olmayıp birkaç atletin koşarak 100 metre yerine 400 metre katetmesidir.

Gelecekte iş dünyasında kuruluşları birbirine tanıtmaya, bir kuruluşu diğerinin bünyesine katma ve/veya kuruluşlararası işbirliği sağlama, yeniden yapılandırma yahut tasfiye işlemleri global ölçekte değerlendirilip gerçekleştirilecek, sıkça üstlenilecek bir görevdir. Bu görevi yürütecek kişinin "kültürlerarası uyum yeteneğine sahip", "toparlayıcı" ve "arabilucu" biri olması istenecektir. Toparlamak, ara-bulmak, kuvvetli bir kişiliği kendinde gizlemek olmayıp bu kişiliği başkalarını motive etmede kullanmaktır.

Arabiluculuk nedir? Arabiluculuk bir hünerdir; pastanızı kesip dağıttığınızda, her konuştuğunuz en büyük dilimi ona verdiğinizi sanmalıdır.

Girişimci

Geleceğin hastane yöneticisinde veya genel koordinatöründe aranacak özelliklere örnekler, işi başlatmak, coşkulandırma, bilgi alışverişi, katılım ve kaynaşma, bütünleşme, uygulama, kurumlaştırma, denetleme, yorumlama ve tanımlamadır. Yönetici, gelecekte -sözde kalan düşsel zaferler yerine- doğru işleri somut şekilde gerçekleştirmesi ölçüsünde basan gösterecektir; ringde kalkamayan biri varken doğrulanabile "şampiyon" diyoruz.

Hazırlıklı Olma

Hazırlıklı ve esnek olmayan bir yönetici, çıkmaz sokağa girebilir, Tutuk davranıp, geç kalıp artık işe yaramayacak 2 çözüm sağlayan bir yönetici yerine hemen hareket edip hiç olmazsa 1 çözümle problemi hafifleten yönetici tercih edilecektir.

İlham Sahibi

Leonardo da Vinci, bildiklerimizin her birinin ilhamdan kaynaklandığını söyler. Gerçekten, akılcı analizlere karşın ilham ve güdüler kararlarımızı verirken bizimlidir. "Doğru olanı yapmak", çoğu kez, ilham sayesinde.

İletişime Açıklık-Yetiştirme

Yukarıdaki özelliklerin gerçekleşmesi, ancak iletişim sayesinde mümkündür. Birlikte çalışılanlara, ölçülü ilgi esirgenmemelidir. Personelinin rahat, huzurlu olmasını hissettireceği yakınlık ile sağlayabilen başhekim, manevi/ maddi daha fazla verimlilik yaratacaktır.

Yönetici, iyi bir iletişim kurduğu ölçüde hastanesinin, kuruluşunun havasını hisseder; personelinin haber ve bilgi üretimini daha çabuk toplar. İletişimin kuvveti, çok işlevliliği sayesinde, hastanede 24 saat, fabrikadaki hizmetçi eğitiminde, satış ağında krizlerin aşılmasında daha az zorlanacaktır.

Kendini Tanıma

Çevresini tanımak ve çalışanlarını yönetmek isteyen kişi, önce kendini bilmeli ve yönetmelidir. Yöneticinin kendisi ve görevi üzerine düzenli bir kişisel "Swot-analizi" yapması, akli samimiyetini, eleştiri yeteneğini, özgüvenini ve nihayet güvenilirliğini ortaya koyar. Söz konusu analiz tekniği Amerika kökenli olup öncelikle kurumiçi analizlerde kullanılmaktadır. (Swot = Strengths (kuvvetli yönler), Weaknesses (zayıf yönler), Opportunities (fırsatlar), Threats (Tehlikeler)

Hastane yöneticisi/fabrika müdürü ve diğer ayrımı yapmaksızın aşağıdaki soruları yanıtlatabilirsiniz:

* Kimim ve ne istiyorum?

* Neyi yapmam mümkündür, neyi yapmam gerekebilir veya daha iyi mi yapmalıyım?

* Hoşa gitmeyecek kararları almaya da hazır mıyım?

* Yöneticilik görevini bütün "artı" ve "eksileri ile yüklenip sürdürmeye hazır mıyım?

* Zayıf yönlerimi görüp sürekli düzeltmeye hazır mıyım?

* İş dünyası kültürünün yanısıra özel yaşamımdan çıkarttığım bir kültür de var mı?

Reçetesinin ne olduğu henüz bilinmemektedir. Yöneticilik görevlerini üstlenmiş bulunan, kendisinin kuvvetli ve zayıf yönlerini aynı açıklıkla görmelidir, Değişik koşul ve durumlarda dahi, yönetici başarıyı yakalayabilmelidir.

Geleceğin yöneticisi için özetle şu söylenebilir: Yönetimde başarı, "enerjinin ve güvenilirliğin bileşkesi"dir. (Bu derleme "Anforderungen an den Mana-ger Von Morgen...", Bulletin, Das Magazin der Schweizensche Kreditanstalt, Juli/August '94, s. 13-16. Esas alınarak hazırlanmıştır).

HEDEF

ÇIKARI PRATİSYEN HEKİMLERLE ÖZDEŞLEŞENLER

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek

Bugün ülkemiz insanının en önemli sorunu **yalnızlık**. Sağlıkçıların da öyle. Bu bir itilmişlik. Özellikle 12 Eylül 1980'den sonra yoğunlaşan çok-yönlü etkiler, sağlıkçıların çok-yönlü soğumasına yol açmıştır.

Sağlıkçılar soğumuşlardır.

'Birbirlerinden soğumuşlardır (yabancılaşmışlardır).

"Hizmetten soğumuşlardır.

"Toplum insanlarından (sağlam, hasta) soğumuşlardır.

Bugün sağlık insangücü planlamasında hiç hesaba katılmayan bu yalnızlık ve itilmişlik duygusu, sağlık hizmetinden yararlanmak isteyenlerde de görülmektedir. Toplumumuz, bir yandan düşlerindeki sağlıkçı tipini arar; bulduğunda da büyük bir sevecenlikle sahip çıkarken; çoğunlukla da aradığını bulamamaktadır.

Ne yazık ki, sağlıkçılarla toplum arasındaki bu tarihsel buluşma gerçekleşmemektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasası, buluşma yeri olarak **sağlık ocağı** ve **sağlık evi**'ni tanımlamıştır.

Bu çok önemli bir saptamadır. 1961 Anayasası'nın **toplumcu eylem**

planı ile de uyumludur. Zaten 1965 yılından sonra yasa "budanarak" kimliğini ve özlemlerini yitirdi. *En önemli özellikleri olan,*

"toplum katılımı ve kalkınması.

"hizmetin kişinin ayağına kadar götürülmesi,

"sağlıkta takım oyunu,

"basamaklar arası iletişim ve bilgi alışverişi,

"kamu hizmetinin tek elden yönlendirilmesi,

"öncelikler sıralaması, hiçe sayıldı.

Bugün önlenemez nedenlerle hastalanan ve canını yitirenlerin sorumlusu sistemi bu hale koyanlardır.

Yaşam tuzaklarla, çifte standartlı davranışlarla ve yanılısamalarla dolu. Herkesin gözünü dört açması ve kendisine sunulanı sorgulaması gerek.

Sağlık düzenindeki **sağlıksızlıktan** sorumlu olanlar, kendilerini toplumun sağlık savunucusu diye ortaya atıyorlar. Hedef şaşırtmayı amaçlıyorlar.

"Aile" hekimi düşüncesini dillendirirken, kendileri için, hizmetin karşılığını kimden alacaklarını tanımlıyorlar; toplum için ise, sağlık dostu düşünüyü körüküyorlar. Hedef şaşırtmayı amaçlıyorlar. Gözlerinde "çıkarcı" uçuşurken, dillerinde "güller" açıyor.

Son on yılın istatistikleri, toplum örgütlerince uygulanacak politikalar konusunda önemli ipuçları vermektedir. Pratisyen hekim, ebe, hemşire sayısındaki artış, diğer sağlık personeline oranla önemli ölçüde yüksektir (Tablo). Son on yıl içinde pratisyen hekim sayısı % 139 artarken, uzman hekim sayısı % 34 artmıştır. Son on yıl içinde, hemşire sayısı % 73, ebe sayısı % 90 artmıştır.

Üstelik % 70'in üstünde artış yapan 3 meslek elemanlarının birikiminin Sağlık Bakanlığı'nda olduğu da görülmektedir.

Tablo 1:
SAĞLIK PERSONELİNİN SON ON YIL İÇİNDEKİ NİCEL DEĞİŞİMİ VE SAĞLIK PERSONELİ BAŞINA DÜŞEN NÜFUS

SAĞLIK PERSONELİ	*1983		*1993		NİCEL ARTIŞ (%)
	SAYI	BİRİM BAŞINA NÜFUS	SAYI	BİRİM BAŞINA NÜFUS	
Uzman hekim	19.140	2.470	25.587	2.303	33.7
Pratisyen hekim	13.123	3.603	21.398	1.877	139.3
Diş hekimi	8.305	5.693	11.500	5.124	38.5
Eczacı	11.602	4.075	16.593	3.551	43.0
Hemşire	29.216	1.618	50.456	1.168	73.0
Sağ.Mem.-Tekn.	***18.019	6.411	24.110	2.444	33.8
Ebe	12.570	3.761	35.265	1.671	90.3

* DİE : Cep istatistik Yıllığı 1988 s. 45 Tablo 36.

** DPT : Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler-Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994) 1994 Yılı Program Destek Çalışmaları, s. 137, Tablo: 169.

*** DPT : Türkiye Sosyal Göstergeler - Eylül 1990 Yayın No. DPT: 2223 SPB : 419, s. 117 Tablo II/9'daki verilerden yararlanarak düzeltilmiştir.

DPT verilerine göre, ülkemizde görev yapan pratisyen hekim, hemşire ve ebelerin, %74'ü Sağlık Bakanlığı'nca çalıştırılmaktadır.

Sosyal politikanın bir bütün olduğu; meslek (ve üniversite) eğitiminin, bunun içinde yer aldığını unutmamalıyız. Bazı meslek dallarında yetişenlerde, belirgin, bir artış yaratılmasının, bu birikimin belirli merkezlere yönlendirilmesinin, mutlaka, sosyal politika yönünden bir anlamı olmalıdır.

Bu meslek dallarında yetişenlerin birlikte bulunduğu birim ilk basamaktır. O halde kamu gücünün ilk basamak sağlık hizmetlerini geliştirmeyi tasarladığı sonucu çıkarılabilir. Bu gerçekten sevindirici ve umut verici olmalıydı. Hala yürürlükte kalmayı başaran, ama sürekli budanmaktan kurtulamayan "Sağlıkta Sosyalleştirme Yasası"nın da şansı düzeliyor olmalıydı. Bu bir düş.

Gerçek böyle değildir. Çünkü burada bir iki yüzürlükle karşı karşıyayız. Pratisyen hekim, ebeyi, hemşireyi çoğaltan kamu gücü, bu kez ilk basamağı sırtında bir yük olarak görüyor.

*Sağlık ocaklarını kapatıyor; *kentlerde sağlık ocağı açtırmıyor; *hizmet zincirini kırıyor;

"bölge hastahanelerini niceliksel ve niteliksel yönden geliştirmiyor;

*en önemlisi, hem çalışanların ve hem de yurttaşların kalbini, umutlarını, özlemlerini kırıyor.

Bu iki yüzürlüğü sergilemek gerek. Küçük bir azınlık dışında, sağlıkçıların ve toplumun büyük çoğunluğunun kamu sağlık hizmetlerinin kendini yenilemesinden ve geliştirmesinden yararı var. Sağlık hizmetleri ne ağırlıklı olarak özelleşebilir; ne de bugünkü "geri bırakılmış" hali ile varlığını sürdürebilir. Dönüşüme gereksinimi var. O halde bu uğraşa omuz vermesi gerekenlerin başında kamu sağlık çalışanlarının ve toplum geliyor.

Bu uğraşın odak noktasında ise pratisyen hekimler yer alıyor. Onlar çıkarları yukarıdan beri tanımladığımız çerçevede, bir çok kesimle birlikte, kamu sağlık hizmetlerinin doyurucu ve yetkin hale getirilmesi özlemi ile özdeşleşiyor. Çünkü pratisyen hekimler, prestiji ile toplum bireylerinin geleneksel sınırlarını aşabilecek; diğer sağlık çalışanlarının ezikliklerini giderebilecek olanaklara sahipler. Ayrıca pratisyen hekimler, Türk Tabipleri Birliği gibi güçlü ve yalnızca hekimlerin mesleki ve özlük sorunları ile değil; toplumun sağlık sorunları ile ilgilenmekle görevlendirilmiş olması, pratisyen hekimlere vereceği destek yönünden çok önemlidir.

Pratisyen hekimler, Tablo'da görüldüğü gibi son on yılda sayısal yönden çok artmışlardır. Ancak ne yazık ki bu artış, eğitim düzeyi bakımından farklılıklar getirmiş, umutsuzlukları körüklemiştir.

Baştanberi sergilediğimiz, hizmeti yönlendirenlerdeki iki yüzürlük, pratisyen hekimleri işlevsiz kılmayı ve boş oturtmayı hedeflemektedir. Bunun nedenlerini burada tartışmayacağız. Ancak bunun bilinçli ve önceden tasarlanmış bir senaryo olduğunu saptamak istiyoruz.

O zaman, bu işlevsiz bırakılmada kullanılan araçları tek tek ele alıp, tersine çevirmek de, pratisyen hekimlere ve onlarla birlikte uğraş vermektense başka "çıkart" yolu olmayanlara düşmektedir.

İlk adım, eğitim ocaklarında (fakülte, yükseköğretim, meslek liseleri vb) eğitim düzeyinin yükseltilmesi; ancak eğitilebilecek sayıda ve gereksinimle uyumlu öğrenci alınması, öğrencilere yeni gelişmeleri elde edebilme ve yoğun uygulama yapabilme olanaklarının sunulması sağlanmalıdır.

Hemen bununla eş zamanlı, sağlıkçıları, kamu gücü istesin istemesin, görev alanlarında, en iyi hizmeti sunma yarışına girmelidirler. Bu yarışta bir çok güçlüklerle karşılaşacaklardır. Bunda onlara en büyük desteği, hizmet sundukları toplum kesimi verecektir. Dolayısıyla, başından başlayarak, kararları, seçenekleri toplumla birlikte tartışmalı ve zora geldikçe ondan yardım istemelidirler. Böylesi bir ortak çalışmada, toplum, sağlık ocağı ve sağlık hizmetini sunanlara tüketenler arasındaki uçurum kalsın.

Toplumcu (çağdaş) sağlık anlayışının gereği olan, ev ziyaretlerinden, okul sağlığı çalışmalarında; çevrenin olumlu hale getirilmesinden, toplum kalkınmasına katkı verilmesine; düzgün kayıt sistemlerinin kurulmasından, bu verilerle denetim ve öngörülerin ortaya konulması "pratisyen hekimlerin ve çıkarı onlarla özdeşleşenlerin yararına".

İşte "Toplum Hekimliği Eylemleri" başlığı altında toplanan girişimler burada önem kazanıyor. Çünkü toplum hekimliğinin tanıtılmasından, savunulmasından, kendini sorgulamasından yenilemesine, sağlıkta takım çalışmasından, öngörülen toplumcu adımlar için uğraş vermeye, tüm yapılanlar birer **toplum hekimliği eylemidir**.

İlk basamak sağlık çalışanlarının, bu coşku ve dinamizmi ile meslek ve toplum örgütleri arasında köprü kurulması da ertelenemez bir zorunluluktur. Tabip odaları, hemşire dernekleri, sağlık teknisyenleri dernekleri, sendikalar, kooperatifler, derneklerle diğer toplum örgütleri ve siyasal partilerin boşa geçirecek dakikaları yok. Üyelerini, sempaticanlarını coşturmalı, bu eyleme koşmalı ve çok önceden bu çaba içine girenleri de kucaklamalıdır.

TOPLUM HEKİMLİĞİ EYLEMLERİ:

ANKARA TABİP ODASI

TOPLUM HEKİMLİĞİNİ TANITMA ÇALIŞMALARİ BÜROŞU'NUN TTB NUSRET FİŞEK HALK SAĞLIĞI ÖDÜLÜ İLE İLGİLİ ÖNERİSİ

Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanlığı'na

8.9.1995 tarihli yazınız gereği, Nusret Fişek Halk Sağlığı Hizmet ve Bilim Ödülleri adayları konusu, büromuzda değerlendirilmiştir.

Nusret Fişek'in öncüsü olduğu ve temellerini attığı çağdaş hekimlik, günümüzde ağır bir krizi yaşamaktadır. Yaşamı, eserleri ve Toplum Hekimliği öğretisiyle, çağımızda insanın çok yönlü sağlık sorunlarına bilimsel ve toplumcu yaklaşımı getiren, çözüm yollarını bu yaklaşımla sergileyen bir önderin anısına verilecek ödülün, bu yaklaşımla gösterilen çabaları desteklemesi, güç vermesi ve özendirilmesi gerekir.

Ankara Tabip Odası, yaşanan deneyimlerle çağdaş hekimlik çabalarının en çok öne çıktığı ve gelenekselleşen karakter kazandığı bir meslek kuruluşudur. Toplum Hekimliğini Tanıtma Çalışmaları Bürosu, Nusret Fişek'in bilimsel ve toplumcu yaklaşımının; bir başka anlatımla eğitim, araştırma ve hizmet alanlarında toplumun gerçek sağlık sorunlarını özgür ve kapsamlı boyutta doğru ve tam olarak inceleyerek yine aynı nitelikte çözümler öneren çalışmaların; insan sağlığını tehdit eden her türlü sürece sorumluluk, cesaret ve dürüstlikle ödün vermeden karşı çıkmanın; insancıl ve mesleksi olarak hakça, dayanışma içinde ekip çalışmasının; yapıcı, hoşgörülü, sabırlı iletişim ve işbirliğinin; birlikte yaşanan bireyler ve toplumu severek, adil üretim ve paylaşım ilişkileri içinde çalışmanın, yani barışın; çağdaş uygarlık ve teknolojiyi birlikte yaratabilmek için uluslararası işbirliğinin; günümüzde giderek yitirildiği, tüm yönlerden derinleşen sağlık krizini aşabilmek için sıralanan niteliklerde kurum ya da birey etkinliklerine ulaşamadığı görüşündedir, Toplum sağlığının tükenişine doğru gidişini önleyecek ve iyileştirmelere yönelecek açılımları içermeyen etkinliklere verilecek ödüllerin, sıralanan değerlerin yitimine yol açacağı bir gerçektir. Büromuz, pek çok değerli meslektaşımızı ve kurumu hizmet ve bilim ödülüne layık görmekte, ancak sorunlarımızı aşabilmek için zorunlu olan belirtilen eksiklikleri gidermede, önümüzdeki dönemi hep birlikte nitelikli etkinlikleri gerçekleştirmek için değerlendirmeye çağırılmaktadır.

Büromuz, belirtilen niteliklere uygun çalışma saptanamadığı için, bu yıl Nusret Fişek Halk Sağlığı Bilim Ödülü verilemeyeceği görüşündedir. Önümüzdeki yıllarda, beklenen nitelikte çalışmalar üretileceğini kuvvetle diliyoruz.

Büromuz, toplum hekimliği hizmet alanında gayretleriyle öne çıkmış değerli genç bir meslektaşımız olan Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu'nu, Nusret Fişek Halk Sağlığı Hizmet Ödülü'ne layık görmektedir; bu ödülle kendisinin ve genç kuşağın daha nitelikli etkinlikler için teşvik edilmiş olacağını düşünüyoruz.

Dr. Aksakoğlu, Prof. Dr. Nusret Fişek'in öğrencisi, asistanı ve yakın çalışma arkadaşı olmuş; Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsünde özellikle bu bilim dalını bilinçli seçimiyle başlayan, Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ekibi ve toplumla bütünleşerek somutlanan örnek toplum hekimliği çalışmaları, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı Narlıdere Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesini kurması ve Sağlık Grup Başkanı olarak yönetmesiyle önemli bir nitelik sıçramasına ulaşmıştır. Raporlarıyla belgelenen eğitim, araştırma ve toplum hekimliği hizmetleri; ülke koşullarına göre insangücü yetiştirilmesi, sorunları belirleyen araştırmalar yapılması ve toplum sağlığı ölçütlerinde belirgin iyileşme sağlanmasıyla model oluşturmuş; öğrenciler ile halkın sevgi ve takdirini kazanmıştır. Halk sağlığı alanındaki akademik çalışmaları ve bilimsel yayınları, kendisini doçentlik ve profesörlük düzeyine ulaştırmıştır. Dr. Aksakoğlu, insan ve doğa sevgisi, yalın bilimsel yaklaşımı, sorunların karmaşıklığına inebilen ince ve kültürlü kişiliği ile çalışma arkadaşları, öğrenciler, kamu yöneticileri ve toplum için esin kaynağı olmuştur. Gazanfer Aksakoğlu, dünyadaki ekonomik ve politik çok yönlü sağlık sorunlarına, çağdaş, bilimsel ve toplumcu yaklaşımla çözüm bulma gayret ve inancını yitirmemiş; bilim dışı, aydın onurunu sarsıcı ve uzmanlık sorumluluğuyla kimliğinin yitimine varan sapmalara karşı dikilmesini bilmiştir. Nusret Fişek çizgisindeki meslektaşlarıyla birlikte oluşturulmasına önde gelen katkı sağladığı "Toplum Hekimliği Eylem Grubu", halk sağlıkçılarının dayanışmasına ivme kazandırmıştır. Halk Sağlığı bölümlerinde, Sağlık Bakanlığı'nda, Türk Tabipleri Birliği'nde çalışan ve görev yapan meslektaşlarına destek olmuş, birlikte değerli çalışmalar üretmiştir. Dr. Aksakoğlu uzmanlık yeteneklerini, evrensel toplum hekimliğini amaçları çerçevesinde uluslararası ilişkiler ve işbirliği etkinlikleri ile de kanıtlamıştır. Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu'nun toplum hekimliği gayretlerinin güçlenerek gelişmesini diliyor, kendisini, Nusret Fişek Halk Sağlığı Hizmet Ödülü'ne aday olarak öneriyor ve kutluyoruz.

**Ankara Tabip Odası, Toplum Hekimliğini Tanıtma Çalışmaları Bürosu Adına Başkan
Dr. Derman Bozok.**

PROF. DR. NUSRET H.FİŞEK'İN ANISINA

Sağlıkçıların başöğretmeni. Uğur Mumcu'nun deyimiyle "kalpaksız Kuvayı Milliyeci" Prof. Dr. Nusret H. Fişek, çok yönlü bilim ve eylem adamımızdı. Onu tanıdım diyenler, yalnızca bazı yönleriyle tanıyabiliyorlardı. Onun düşünce enginliği ve bir çok uğraşı birarada görebilme ve kavuşturabilme yeteneğini özlüyoruz. Toplum yitirdiklerini yerine koymada zorlanıyor.

Onu sevenler, gün geçtikçe yeni yönlerini ve çalışmalarını keşfediyorlar. Ama hazinenin büyük kısmı hale

gizli.

Ne yazık ki, bir çok değerli düşün adamımız gibi, Nusret H. Fişek de, araştırma ve tezlere konu olmuyor. Bir yüceleştirme mekanizmasıyla, ayaklan yerden kesiliyor. En büyük tehlike, ilkelerini değil de, Nusret H. Fişek'i anlatmak; onun eylemine yön veren ilke, duyarlılık ve insancılığı gözden kaçırmak, izleyicisi olmamız gereken bu zenginlik.

Sağlığı olanca zenginliği ve boyutuyla kavrayan ; her insanın, zor ve çileli yaşamına bir parça daha umut, taze güç ve katlanabilirlik getiren her eylemde onu anımsayacağız.

PROF.DR.NUSRET H.FİŞEK DOĞUM VE ÖLÜM YILDÖNÜMLERİNDE "BARIŞ KONSERİ" VE "BİLİMSEL ETKİNLİKLERLE" ANILIYOR

Halk sağlığı önderi Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in ölümünün 5. yıldönümüne denk gelen 3 Kasım günü, bir çok kurum ve toplum örgütünün katıldığı iki etkinlik var:

- "Pratisyen Hekimin Eğitim ve Halk Sağlığındaki Rolü" (Prof. Dr. Necati Dedeoğlu) konulu konferans
- "Barış ve Sağlık Sorunlarımız ve Çözüm Yolları" (NÜSED ve MAMAK Belediyesi) konulu forum.

Ve onu izleyen 4 Kasım günü

- Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri 95 (TTB Halk Sağlığı Kolu) düzenlenecek,

Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in izleyicileri, onun 81.yaşgünü olan 21 Kasım'ı kutlamak amacıyla onu izleyen günlerde, bu kez Varlık Evi'nde "Temel Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Meslekleri'ni (Çalışma Ortamı Dergisi Okur Semineri) tartışacaklar, Onun yaşadığı ve anılarının korunduğu bir Ev'de ve "dünyaya gelmesini kutlayarak" yapılan bu çalışma, son üç doğumgününde de yinelenmişti.

NUSRET FİŞEK BARIŞ KONSERİ

Düzenleyen: NÜSED ve MAMAK Belediyesi

Piyano Resitali: **TATIANA PIKAIZEN**

2 Kasım 1995 Saat: 20:00

CSO Konser Salonu * ANKARA