

ÇALIŞMA ORTAMI

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

KASIM-ARALIK 1996 SAYI: 29

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

BU SAYIDA NELER VAR?

Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü

- Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü (FIOH)
- 1945 -1995 Yılları Arasında Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü'nün (FIOH) Çalışmaları ve Finlandiya'da İş Sağlığının Gelişimi (J. Rantanen)
- Finlandiya İşçi Sağlığı Enstitüsü'nün Değerlendirilmesi (Dr. J. Donald Millar)

Hedef : Üretkenlik ve Sağlık (Doç. Dr. A. Gürhan Fişek)

Büyüteç : - İş Sağlığında Hakkaniyet (Prof. Dr. Malcolm Harrington)

- Sağlıkta Hakkaniyet ve Çalışma Ortamı (Margaret Whitehead)
- Fransa'da İş Sağlığında Hakkaniyet Olgusu (Prof. Dr. Alain Cantireau)

Bir Toplumsal Tarih Belgesi:

- Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in Bir Radyo Konuşması (Yorum-7 Ocak 1971)

Prof. Dr. Nusret H. Fişek 82. Yaşında

- Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in Eyleminin Kimi Boyutları (Prof. Dr. M. Rahmi Dirican)
- Profesör Fişek, Bilim ve Eğitim (Prof. Dr. Ayşen Bulut)
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Toplum Kalkınması (Prof. Dr. Cevat Geray)
- Dostum Dr. Nusret Fişek (Dr. Frederic C. Shorter)
- Genel Sağlık Sigortasına Niçin "Hayır" (Dr. Nusret H. Fişek)

FINLANDIYA İŞ SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ (FIOH)

Finlandiya İşçi Sağlığı Enstitüsü (The Finnish Institute of Occupational Health - FIOH), Finlandiya Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlı olarak, 1945 yılında işçi Sağlığı Fonu adı ile kurulmuş, 50 yıllık bir enstitüdür. Kökleri 19. yüzyılda Finlandiya'da işçilerine doktor sağlayan Finlandiyalı sanayicilere dayanmaktadır. Günümüzde endüstride hızla yeni teknolojiler geliştirilmekte ve bu gelişim doğal olarak özendirilmektedir. Bu nedenle de her geçen gün yeni teknolojilere bağlı bir çok bilinmeyen risk ortaya çıkmaktadır, iş sağlığı zaten oldukça geniş bir alana sahiptir, Ayrıca iş sağlığında bu konulardan herhangi birini seçebilme lüksü de yoktur. Örneğin sadece silikozise karşı önlem almak veya sadece maden işçilerini korumak gibi bir şey söz konusu değildir. Bu nedenle iş sağlığı yaklaşımı çok kapsamlı olmak zorundadır, Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü'nün böyle bir yaklaşımı ve misyonu vardır. Yıllar içinde daha da gelişen ve olgunlaşan Enstitü'nün işçi sağlığı ve iş güvenliği alanındaki dört temel aktivitesi şöyle sıralanabilir:

Araştırma, Eğitim, Danışmanlık ve Enformasyon.

Enstitü'nün kurulduğu günden bu yana gerçekleştirmeye çalıştığı amaçları ise şu başlıklar altında sıralanabilir:

- *Meslek hastalıklarından korunmayı sağlamak;*
- *İş kazalarından korunmayı sağlamak; ' iş sağlığını geliştirmek;*
- *Üretim kapasitesini geliştirmek;*
- *Daha sağlıklı bir iş gücü oluşturmak;*
- *Finlandiya'nın ekonomik geleceğine katkıda bulunmak.*

Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü'nün iş ve sağlık arasındaki ilişkiyi incelemek, buna ait bilgileri üretmek, dağıtmak ve kullanımını sağlamak gibi bir misyonu vardır. Enstitü'nün Yönetim Kurulu, stratejileri belirler ve uygulanmasını sağlar. Planlar 1990-95 döneminde olduğu gibi genellikle 5 yıllık hazırlanır ve her yıl gözden geçirilir. Enstitü'nün stratejileri üç temele dayanır:

- A) İş sağlığını geliştirmek ve çalışma kapasitesini artırmak,
- B) Çalışma ortamını geliştirmek,
- C) İş sağlığı ile ilgili organizasyonlar yapmak,

Bu çerçevede Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü 1990-95 yılı için şu 5 alana öncelik vermiştir:

- 1-İşçi sağlığı ve iş güvenliği risklerinden, tehlikelerinden korunmak,
- 2-İşe bağlı sağlık sorunlarından korunmak,
- 3-Çalışma ortamının psikolojik yapısını dikkate almak ve geliştirmek,
- 4-Çalışma yaşamındaki yeni sorunların saptanmasını, ve korunmayı sağlamak,
- 5-İşçi sağlığı ve iş güvenliğine uygun pratiklere destekte bulunmak.

Oluşturulan bu stratejiler ve öncelik alanları, dört yönlü ve geleneksel eylem programlarına dönüştürülür.

Bu eylem programları araştırma, uygulama (hizmet sunumu), eğitim ve enformasyona dayanır.

Eylem programları zaman -sınırlı ve matriks- yönetimli olup her yıl öncesinde tekrar gözden geçirilirler.

Enstitü'nün şimdiki stratejilerine dayalı 1994 Eylem Programları Tablo-1'de gösterilmektedir.

Finlandiya'da geçtiğimiz yıllarda iki önemli değişim olmuştur. Ekonomik gerileme/işsizlik ve Avrupa Birliği'ne katılma kararı. Tüm bu değişimler iş sağlığı enstitüsünün önemini artırmış ve gelecekle ilgili kararlarını etkilemiştir.

Finansman:

5 milyon nüfusa sahip küçük bir ülkede ciddi bir hükümet desteği olmaksızın, iş sağlığı enstitüsünün

Tablo : 1 - Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü'nün Eylem Programları

A) İş Sağlığını Geliştirmek ve Çalışma Kapasitesini Artırmak

BAŞLAMA ve BİTİŞ YILLARI

Finlandiya Yaşlı Sağlığı Programı (Finn Age).....	1991-95
Kas iskelet Sistemi Hastalıklarından Korunma.....	1991-95
Alerji ve İş.....	1992-97
İş Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi.....	1992-97
İş Kapasitesini Geliştirme Merkezi.....	1995-96

B) Çalışma Ortamını Geliştirmek

İşyeri 2000 Programı.....	1993-96
Gürültüden Korunma Programı.....	1992-96
İçortam Havası.....	1994-97
Küçük Ölçekli İşletmeler.....	1994-97

C) İş İle İlgili Organizasyonlar

Sağlıklı ve Üretken İş Organizasyonu.....	1993-97
---	---------

gelişmesi oldukça zordur. Çünkü bu tip enstitüler multidisipliner olup, biomedikal bilimlere, mühendislik bilimlerine; psikolojik, sosyoloji, endüstri yönetimi, kamu politikası, enformasyon, iletişim gibi bir çok disipline

gereksinim gösterirler, iş sağlığının tüm çalışanları kapsamı nedeniyle bu durum zorunludur. Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü bütçesinin yaklaşık olarak % 70'i hükümet bütçesinden, % 30'u dış yardımlardan ve enstitü gelirlerinden elde edilir, 1994 yılı bütçesi 200 milyon FİM (Finlandiya para birimi) olup bunun 138 milyon FİM'i hükümet bütçesinden gelmiştir. Enstitü gelirleri ise enstitünün çeşitli çalışmalarından ve hizmetlerinin satılmasından elde edilir, Bu gelirler bütçenin genellikle % 20-30'unu oluşturmaktadır.

Organizasyon:

Bir merkez enstitü ve 7 bilimsel departmanı vardır, Merkezde bu yapıların dışında yönetim birimi, teknik konular, destek birimi, enformasyon birimi ve periyodik yayınlar departmanları bulunur. Merkez Enstitünün dışında 6 adet de bölgesel Enstitü bulunmaktadır. Tüm birimlerde yönetim, ISO 9004 temelli Toplam Kalite Yönetimi'ne dayalıdır.

Uluslararası İşbirliği:

Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü aralarında ILO ve VVHO'nun da bulunduğu 7 uluslararası kuruluşla işbirliği içindedir, Ayrıca Avustralya, Japonya, Kenya, Rusya, Singapur ve ABD gibi uzak ülkelerinde bulunduğu 14 ülkede benzer iş sağlığı enstitüleri ile birlikte çalışmalar yapmaktadır.

Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü'nün yabancı uzmanlardan oluşan beş kişilik bir Değerlendirme Grubu vardır. Grubun başkanlığını CDC'de çalışan ABD Ulusal İş Sağlığı Enstitüsü (NIOSH) eski Başkanı Dr. D. Millar yapmaktadır. Diğer üyeler İsveç, Norveç, Fransa ve ABD'deki çeşitli iş sağlığı enstitüsü veya üniversite üyelerinden oluşmaktadır. Uluslararası Değerlendirme Grubu'nun amacı Enstitünün güçlü ve zayıf yönlerini saptayarak, enstitüye çalışmalarında yol gösterebilmektir, Bu amaçla kurul, enstitü ile ilgili verileri değerlendirir. Değerlendirmede uygulanan yöntem ve ilgili birime rapor verme şu şekilde özetlenebilir:

KONUYLE İLGİLİ BİLGİLERİ OKUMA

TOPLANTI YAPMA

İLGİLİLERİ DİNLEME

BİRİMİ GEZME

TASLAK RAPOR YAZMA

SON RAPORU YAZMA

"Investment in Health" The Finnish Ministry of Social Affairs and Health Publications 1995:9

1945 - 1995 YILLARI ARASINDA FİNLANDİYA İŞ SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜNÜN (FIOH) ÇALIŞMALARI ve FİNLANDİYA'DA İŞ SAĞLIĞININ GELİŞİMİ

J. Rantanen (FIOH)

FIOH'un Kuruluşu:

Finlandiya, 1945 yılında, ikinci Dünya Savaşı'ndan yeni çıkmış ve bu nedenle binlerce ölü, yaralı, sakat ve göçmene sahip bir ülke konumundaydı. Ayrıca iki büyük baskı altındaydı: "Gelişmemiş olmak" ve "hızlı gelişme sürecine girmiş olmak". Böyle bir ortamda genç bir hekim, Dr. Leo Noro, Finlandiya'daki ilk iş sağlığı kliniğini açtı. İşte bu klinik İş Sağlığı Enstitü-sü'nün de başlangıcı olmuştur. Kliniğin ilk hastaları ise hatalı benzin imalatından dolayı karbonmonoksit zehirlenmesine uğrayan araba sürücüleridir.

Enstitünün kuruluş aşamasında sadece 6 personeli varken günümüzde bu rakam merkez enstitü ve 6 bölge enstitüsünde toplam 580 kişiye yükselmiştir. Ayrıca ilk personel tamamen tıbbi personel iken artık günümüzde on değişik disiplinden personel çalışmaktadır.

Enstitü bütçesi ise ilk 33 yıl özel bir iş sağlığı fonu tarafından karşılanmıştır. Ayrıca bazı binaların finansmanı hükümet bütçesi ve ABD'deki Rockefeller Vakfından gelmiştir. Daha sonra ise parlamento gerekli fonları yükseltmiş 1973-75'te bütçe birden bire genişlemiştir. 1978'de çıkan bir yasa ile de Enstitü bütçesinin yaklaşık % 80'i hükümet tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Ancak Enstitünün bütçe kaynakları günümüzde hala bir sorun olarak devam etmektedir,

FIOH'un Stratejileri:

Enstitünün gelişiminde üç önemli stratejik aşama vardır:

* 1945-1970 yılları arasındaki strateji, bireysel veya grup olarak "İş sağlığı" üzerine odaklanmıştır,

* 1970'lerde ise bu kez ön plana çıkarılan konu "çalışma ortamı" olmuştur, Endüstriyel hijyen ve ergonomi daha büyük önem kazanmıştır,

* 1980lerin sonları ve 1990'ların başlarında ise yeni bir strateji geliştirilmiştir: "İş Organizasyonları".

Burada iş ortamı, işçiler ve şirket bir bütün olarak görülmekte, sadece yönetimle ilgili değil, kültürel çalışmalar da organize edilmektedir.

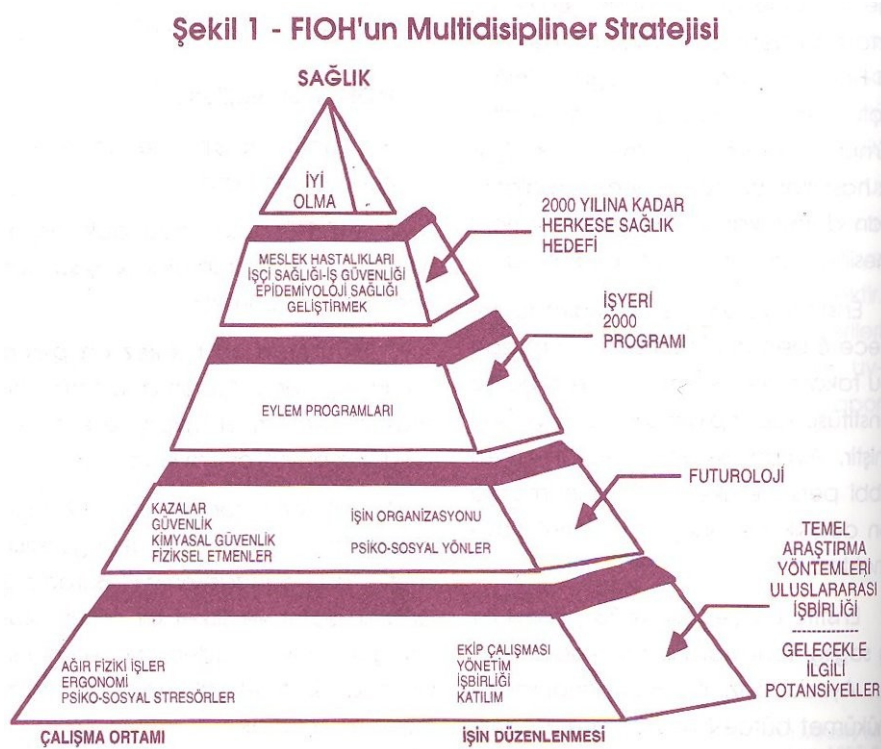
Tüm bunların yanısıra enstitünün gelecekte nasıl bir stratejisi olacağı da şimdiden düşünülmekte ve belirlenmeye çalışılmaktadır, 2000'li yıllardaki çalışma yaşamı ve gereksinimleri şimdiden tahmin edilmeye çalışılmakta, bu amaçla araştırmalar yapılmakta ve 4. strateji şimdiden geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Enstitü ayrıca var olan öncelikli sorunları çözmeye çalışan 10 adet Eylem Programı geliştirmiştir, Bunların arasında yaşlı çalışanlar için geliştirilen *FinnAge Programı*, günümüzde en hızlı gelişen hastalıklardan alerji için *Alerji ve İş Programı*, yeni teknolojiler için geliştirilen *İşyeri 2000 (Work-place 2000)* programı ve kas iskelet sistemi hastalıkları için geliştirilen programlar sayılabilir. Enstitünün bu çok bilmiş stratejisi Şekli-1'de görülmektedir:

Finlandiya'da İşçi Sağlığı Hizmetlerindeki Gelişme:

iş sağlığı hizmetleri, Enstitünün başlıca hizmet verdiği alanlardan biridir, FIOH'un çoğunluğu araştırma ve

Şekil 1 - FIOH'un Multidisipliner Stratejisi



danışmanlık olmak üzere bu hizmetleri şu şekilde sıralanabilir:

- * Temel düzenlemeler ve standartlarla ilgili araştırmaları yapmak;
- * iş sağlığı hizmetlerini değerlendiren araştırmalar yapmak;
- * Model geliştirmek ve bu amaçla araştırma yapmak;
- * Yöntem geliştirmek ve ölçmek;
- * Danışmanlık yapmak, ölçümlerde bulunmak;
- * Uzmanlar yetiştirmek, eğitmek;
- * Uygulama kılavuzları hazırlamak;
- * Enformasyon desteği sağlamak,

1960'larda Finlandiya'lı işçilerin ancak % 30'u iş sağlığı hizmetlerinin kapsamında iken, 1993 yılında bu oran % 92 olmuştur.

Enstitünün geçmişte yaptığı ve günümüzde de devam ettirdiği çalışmalardan bazıları şöyle sıralanabilir:

* 1945'den beri devam ettirilen kanda kurşun ölçüm çalışmaları ve biyo ölçümleme Böylece son 20 yılda anormal değerlerin azalmış olması.

* Gürültü ölçüm çalışmaları ve gürültüye bağlı işitme kayıplarının saptanması ve izolasyon. Böylece günümüzde gürültüye bağlı işitme kayıplarının son derece azaltılmış olması,

* Asbestozisin sona erdirilmesi.

* Solventlerle ilgili çalışmalar.

Böylece iş sağlığı ile ilgili ulusal istatistiklerde de büyük düzeltilmeler olmuştur. 1945'te bin işçide 80 dolayında olan ve bir ara binde 100'e yaklaşan iş kazası hızı 1993'te binde 40'ın altındadır ve 1945'e göre % 57 azalma vardır, iş kazalarından ölüm hızı da bir milyon işçide 50 iken, bir milyonda 10'a düşürülmüştür. Meslek hastalıklarında ise kayıpların ve tanı yöntemlerinin gelişmesine bağlı bir artış vardır. Meslek hastalığı hızı 1945 yılında onbin işçide 500 iken, 1994'te yaklaşık olarak onbinde 6000'e (% 60) çıkmıştır, Meslek hastalıklarının fatalite hızı ise 1994 yılında binde 3 dolayındadır.

Sonuç olarak FIOH gibi bağımsız bir uzman kuruluşun, ulusal düzeyde ve iş sağlığı alanında son derece önemli bir rolü olduğu görülmektedir, Araştırmalar yapmak önemli olmakla beraber iş sağlığına etki etmesi ancak işbirliği, hizmet, eğitim ve bilgi verme ile olanaklıdır ve bu çalışmalar için gerekli finansmanda kamu yardımı şarttır. Çünkü özel kuruluşlar özellikle iş sağlığı araştırmalarına mâli destekte bir anlamda kördürler veya olayı görmezden gelmektedirler.

"From research to prevention" proceedings of the International Symposium 20-23 Mart 1995, Helsinki Finlandiya; pp: 17-31.

FİNLANDIYA İŞÇİ SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ'NÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. J. Donald Millar

FIOH Uluslararası Değerlendirme Grubu Başkanı

Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü (*FIOH-Finnish Institute of Occupational Health*) kuruluşundan bu yana geçen 50 yılda, iş sağlığı ile ilgili yaptığı bilimsel çalışmalarla haklı bir şöhrete sahip olmuştur. Bu dünya çapındaki şöhret nedeniyle de ABD'den Avustralya'ya kadar bir çok ülkeden benzer iş sağlığı enstitüsü FIOH ile işbirliği yapmaktadır.

Finlandiya gibi gelişmiş ve sanayileşmiş toplumlarda yetişkinlerin büyük çoğunluğu bir işte çalışmaktadır. Finlandiya'da bu oran % 70-80'lerdedir. Bilindiği üzere iş sağlığı tüm çalışanları kapsamı nedeniyle çok geniş bir alana sahiptir. Bu geniş alanda bazı iş türlerine öncelik tanımak ise yanlış bir lüks olacaktır. Bunun yanı sıra iş sağlığının tüm çalışanları kapsamaması nedeniyle tıp dışında mühendislik, sosyoloji, psikoloji ve benzeri bir çok bilim dalı ile beraber çalışma zorunluluğu vardır. Ayrıca son zamanlarda teknolojik gelişimin özendirilmesi nedeniyle iş yerlerinde sürekli bir değişim olmakta ve bu yeni teknolojiler iş sağlığı için bir çok tehlikeyi de yanında getirmektedir. Bu nedenlerle iş sağlığı yaklaşımı geniş kapsamlı ve yenilenmeye açık olmak zorundadır.

Finlandiya, iş sahası olarak hem oldukça tehlikeli, hem de mücadeleye açık zorlu doğa koşullarına sahiptir, Başkent Helsinki dünyada en kuzeyde yer alan ikinci başkenttir ve burada 700.000 işçi inşaat, ormancılık, tarım gibi alanlarda, açık havada ve tehlikeli işlerde çalışmaktadır. Bu işçileri hem hava koşulları, yüksekte çalışma, mekanik tehlikeler ve benzeri klasik risklerden hem de kimyasal maddeler ve elektro manyetik alanlar gibi yüksek teknoloji risklerinden korumak gerekmektedir. Başarılı bir iş sağlığı enstitüsü bu risklerin tamamını dikkate almak ve koruyucu sağlık hizmetlerini en hızlı ve etkili bir şekilde yapmak zorundadır. Böyle bir kurum bulunduğu ülke ne kadar küçük olursa olsun sağlam olmak ve çok bilimli (multidisipliner) çalışmak zorundadır. Ancak küçük ülkelerde bu alandaki kaynaklar da kısıtlıdır. Bu nedenle alınan kararlar sorunun önem derecesine bağlı olarak değişir. Özellikle ise araştırmalar bu durumdan etkilenir. Ancak unutulmamalıdır ki araştırmalar koruyucu sağlık hizmetleri için en gerekli ve en önemli bilgileri üretmektedirler,

Finlandiya gibi 5 milyon nüfusa sahip küçük bir ülkede, dünya çapında ve bilimsel bir iş sağlığı araştırma enstitüsünün nasıl geliştiği açıklanması zor bir sorudur. Benim gibi dışardan gözlem yapan bir kişinin ise bunu söyleyebilmesi oldukça zordur. Ancak ben bu riski göze alarak ve açıkça ifade ediyorum ki bu durum Fin halkının çalışkanlığı, eğitim düzeyinin yüksekliği, zekası ve bir ekip çalışması gösterebilmesi ile olmuştur. Bir Fin yetkili bana buradaki görüşmelerimiz sırasında şöyle demişti: "ikinci Dünya Savaşı sonrası tüm

Finlandiya olarak şoktaydık ve anladık ki yaşamımız ancak beraber çalışmamıza bağlı", Bu sözler sanırım Finlandiya halkını ve çalışma felsefelerini anlatmaktadır.

Tarihsel olarak bakıldığında da geçmişte ve günümüzde Finlandiya'nın bir çok zor işi başardığı görülmektedir. Örneğin Finlandyalılar gemi yapımı ve denizcilikte diğer ülkelerin olanaksız olarak gördüğü bir çok şeyi başarmıştır. Günümüzden bir örnek vermek gerekirse; yüksek teknolojlili kağıt üretiminde bir Finlandiya firması dünyanın en büyük firması olmuştur.

Ayrıca Finlandiya'da kökleri geçmişe dayanan, geleneksel bir işyeri demokrasisi vardır ve Finlandyalılar bununla haklı olarak gurur duyarlar, Bu durum da doğaldır ki Finlandiya'daki iş sağlığı çalışmalarını son derece olumlu bir şekilde etkilemiş ve geliştirmiştir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği açısından olaya baktığımızda, biz bilim adamları ile iş kazaları ve meslek hastalıkları arasında amansız bir savaş olduğu görülür. Her ne kadar savaş sözcüğünü kullanmak istemesem de bu durum böyledir, Kadın veya erkek binlerce insan hergün iş başında ölmektedir. Finlandiya'da da böyle bir enstitüye rağmen her yıl yüzlerce işçi çalıştıkları iş nedeniyle ölmektedir, Benim ülkem olan ABD'de yılda yaklaşık 10.000 aile annesini, babasını, karısını, kocasını veya çocuklarını iş kazaları, meslek hastalıkları nedeniyle kaybetmektedir. Sırf şu anda bile, bu sabah 2-3 Amerikalı bir iş kazasından veya hastalığından ölmüş durumdadır. İşte bu amansız savaşa karşı en önemli silahımız ise KORUMA'dır. Yani koruyucu sağlık hizmetlerini en iyi şekilde vermek. Koruyucu sağlık hizmetleri iyi olursa, yerde ne kan ne de bir işçi olur. Fakat unutulmamalıdır ki her zaman koruyucu sağlık hizmetlerinin de düşmanları olmuştur. Eski bir halk sağlığı gerçeğidir ki maalesef "siz hastalıkları sıfır noktasına getirecek bir program yaptıkça en olası şey hastalıkların değil sizin programınızın elimine edileceğidir."

Sözlerimin sonunda sizlere esas amacımızı ve bir düşümümüzü açıklamak istiyorum. Artık amacımız işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında çalışan dünyadaki tüm merkezlerin bir arada çalıştığı ve birbirine yardım ettiği bir sistem kurmaktır ve GÖREVİMİZ ise KORUMAK'tır.*

* Buradaki söz esprili bir şekilde "Görevimiz Tehlike" dizisi veya sloganı ile özdeşleştirilmiştir (Mission is Prevention). (Çevirenin Notu):

"From research to prevention" proceedings of the International Sympasium 20-23 Mart 1995, Helsinki Finlandiya; pp: 193-8

HEDEF

Üretkenlik ve Sağlık

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek

"Yanlış hesap Bağdat'tan döner"

Günü-birlik üretim hesapları, dar görüşlü- üretim zorlamaları, sanılanın tersine uzun erimde, "üretimde kesintilere", "üretkenlikte azalmaya" yol açarlar.

Bundan ötürü, "iş ile onun sağlık yönünü" birbirinden ayırmamak gerekli. Üretkenliğin ve kalitenin yolu sağlıklı ve güvenli ortamlardan geçmektedir.

işçilerin sağlığını koruma çabalarının, İnsan sağlığını korumanın ötesine geçen yankıları vardır. Bu çabalar, aynı zamanda işverenin büyük maddi zararlara girmesinin de önüne geçmektedir.

Bu yaklaşım, iş hukuku mevzuatımızda da kendisini göstermektedir:

• işçi sağlığı iş güvenliği tüzüğü Madde 249:

".... seyyar kompresörler, çalışan İşçilerden en az 10 metre uzaklıkta veya dayanıklı bir bölme içinde bulunacaktır".

• işçi sağlığı iş güvenliği tüzüğü Madde 240:

"Kompresörlerde basınç, ayarlanmış basınca ulaştığında, kompresör motorunun otomatik olarak durması sağlanacak ve motorun durması geciktiğinde, basınçlı havayı boşa verecek bir güvenlik tertibatı bulunacaktır."

• işçi sağlığı iş güvenliği tüzüğü Madde 317:

"Parlayıcı, patlayıcı maddelerin imal edildiği taşındığı ve depolandığı yerlerde, elektrikli el aletleri kullanılmayacaktır."

• işçi sağlığı iş güvenliği tüzüğü Madde 116-118:

"Yangın tehlikesine karşı etkili ve yeterli söndürme malzemesi ile bu malzemenin kullanılmasını öğrenmiş personel veya ekipler, çalışma süresince işyerlerinde hazır bulundurulacaktır... işyerlerinde yangının söndürülebilmesi için yeterli miktarda ve basınçta su bulundurulacaktır... işyerlerinde suyu çekecek motorlu pompa ve boru tesisatı ile motopompalar her an iyi işler halde bulundurulacaktır,"

• v.b.

Bu önlemlerin tek başına işçilerin sağlığını koruduğunu ya da tek başına işverenin çıkarlarını koruduğunu söylemeye olanak var mı? işçi sağlığı iş güvenliği konusunda mühendislik bilimlerinin katkısını anlatırken sıklıkla dile getirdiğimiz, bu gibi dolaylı katkılar, aynı zamanda, çevreye karşı alınmış koruyucu sağlık önlemleridir,

Yasa koyucu, bir yandan İş Yasası'nın 17/II-h, maddesi ile işverenin maddi zarara uğrattırmasında işçiye; öte yandan kurma izni-işletme belgesi alınmaması, tüzüklerde konulmuş kurallara uyulmaması durumunda işverene, ağır cezalar getirebilmektedir,

İşçi sağlığı iş güvenliği ilgili yasal dayanaklar, hem işverenler için hem de işçiler için, bir yandan külfet; bir yandan da nimet getirmiştir. Bir anlamda iki "sosyal tarafın, bu alanda, birbirini tamamlar biçimde hareket etmesini ve işbirliği yapması gerektiğini düşünmüştür,

O zaman, bu yazıda inceleyeceğimiz, "üretkenlik ve kalite" ile "işçi sağlığı iş güvenliği"nin ilgisi konusunun, yalnızca işvereni ilgilendiren bir konu olmayıp, işçilerin can güvenlikleri ve sağlıkları ile de yakından ilgili olduğunu vurgulamak yanlış olmayacaktır.

Üretimde kesintilerin önlenmesi, üretkenlik ve verimlilikte düşüşü engellediği gibi, firmaların dış pazarlardaki rekabet gücünü ve giderek ülke düzeyindeki istihdam hacmini göreceli olarak olumlu yönde etkilemektedir,

Ama uzun yıllar, işverenlerin önemli bir bölümünce, olaya bu gözle bakılmamıştır. Kamuoyunun ilgisinin işçilerin sağlığının korunması üzerinde yoğunlaşması, işverenler üzerinde ikili bir tepki yaratmıştır:

• Bu tepkilerden ilki öz-savunmaya geçmeleri ve bütün eleştirileri yadsıyarak ve yalanlayarak, eski statükoyu sürdürmeye çalışmaktır.

• ikincisi ise, işçilerin sağlığının korunması çabalarının ekonomik düzeyde, işveren için de bir takım yararlar sağladığı; bunların tüm boyutlarıyla anlaşılmasını ve gelişmesini bu yönde kanalize etmeye çalışmaktadır.

İşyerlerinde sağlıklı ve güvenli çalışma koşullarının ekonomik düzeydeki etkileri başlıca yedi küme halinde tanımlanabilir:

1. işe giriş-çıkışlarda artma
2. işten uzak kalmalarda artma
3. iş kazaları ve meslek hastalıklarından doğan etkiler
4. Doğrudan verim arttırıcı etkiler
5. "Koruyucusuz teknoloji" ve "sağlıksız işçi" akını
6. Rekabet eşitsizliği
7. Kalite

1. İşe giriş-çıkışlarda artma

İşçilerin sık sık iş değiştirmesi çeşitli yönlerden sakıncalar taşımaktadır. Her şeyden önce, iş kazalarının daha çok, işe girilen ilk günlerde ve ilk saatlerde meydana gelmesi, bu yönden düşündürücü olmalıdır.

Gerek iş yasaları ve gerekse işin gereği, işe giren işçi, henüz işe başlamadan bir eğitimden geçirilmelidir. Bu hem yapacağı işi ve çevresini, hem de işin sağlık-güvenlik tehlikelerini öğrenmesine olanak verir.

Viskusi(l), bunun, işçiyi işten ayrılmaya iten etmenler üzerinde de olumlu etkisi olacağına dikkat çekiyor, işçileri işten ayrılmaya iten nedenlerle, iş seçimini etkileyen etmenler üzerinde çalışmalarını yoğunlaştıran yazar, başlıca şu saptamalarda bulunmaktadır:

- Bir işe ilk girişi izleyen dönemde, izlenimler ve deneyler yeteri kadar olumlu değilse, işçi işini değiştirir. Buna karşın, işyerindeki çalışma ömrü uzadıkça, elinde yeterli bilgi-deneyim birikeceği için, iş değiştirme olasılığı düşer (*Çalışma ömrü ile iş değiştirme olasılığının düşmesi arasındaki ilişkiyi "davranış optimizasyonuna" bağlayanlar da vardır.*

- "İşyerinde çalışma ömrü ile doğrudan orantılı olarak yükselen bir ücret sistemi" kullanılarak, işi bırakma eğilimi azaltılabilir. Bu durumda, sık iş değiştirmeye yatkın işçiler, hızla işletmeden ayıklanmış olurlar.

- Sağlıksız ve güvensiz çalışma koşulları işçi giriş çıkışında artmaya yol açtığı gibi; tersine, işçi giriş-çıkışındaki yükseklik de sağlıksız ve güvensiz çalışma koşullarına kaynaklık edebilir,

- İşyerinde optimal sağlık ve güvenliğin sağlanmasının, bireysel seçimlerle gerçekleşmesi beklenemez. Onun için, işyeri ortamının sağlıklı-güvenli tasarlanması yanında; işverenin, işçiyi işe alırken, yalnızca beceri, üretkenlik ve verimlilik yönünden değil; sağlık durumu ve geçmişi, güvenlik alışkanlıklarıyla da değerlendirmesi gerekir.

- İşyerinde çalışma ömrünün uzaması, işçinin kendisine bilgi verilmese bile, deneyimleri ve gözlemleri ile kaza kaynaklarını saptamasını ve bunlardan sakınmasını getirmektedir.

- İş riski ile bireysel iş bırakma davranışı arasında çok güçlü bir neden-sonuç ilişkisi vardır. Bir iş kolunun kaza oranı da, benzer biçimde işçi hoşnutsuzluğu ve iş arama çabalarında etkili görünmektedir. Öte yandan işçinin öznel (sübjektif) iş tehlikesi algılamaları da iş değiştirmesinde veya bırakmasında etkili olmaktadır.

- İş tehlikesi varsa bununla birlikte, işçilerde "iç-çatışma" da vardır. Bu iç çatışmanın yoğunluğu, kişiden kişiye değişir. Hatta bazılarını işten uzaklaştırmaya da yöneltebilir. Bu farklılıklar gözönüne alınmadan, ödüllendirme, ortalama tehlikeye göre ayarlanırsa, istenilen sonuç alınamaz.

- İşletme, yaralanmaya veya sakatlığa karşı, işçiye yeterli düzeyde tazminat ödemekteyse; işi bırakma eğilimi azalır, Bu azalış düşük ücret ödenmesine karşın sürer.

- Yapılan araştırmalar, işçilerin, işe girip, işin tehlikelerini gördükten sonra, işi bırakma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. İşletmeler, iş tehlikeleri konusunda işçilerine başta bilgi vererek, hem işe aldıkları işçilerin niteliğini etkileyebilirler; hem de onların iş bırakma kararlarını etkileyebilirler,

Bilgi aktarmanın optimal derecesi, yalnızca bilgi aktarmanın maliyeti ve bunun etkileri ile sınırlı değildir, İşçi nüfusunun özellikleri ile de yakın bir ilişki içindedir, Tam bilgi verme konusunun önüne dikilen ekonomik engeller (işçi bulamama veya işsizlik olguları vb.), işçilerin kişisel gözlemleri ve yargıları, iş seçiminde belirleyici olabilir.(l)

İşyerlerindeki işçi giriş çıkışının azalması, işçilerin daha uzun süre işyerinde çalışmaları kazaların azalmasına yol açar. Ama meslek hastalıkları yönünden durum böyle midir?! Yüzeysel bir bakışla şöyle denilebilir: Ne kadar uzun o işyerinde kalırsa -yani zarar verici etmenlere ne kadar uzun sunuk kalırsa- meslek hastalığı çıkma olasılığı o kadar artar. Tersine, o işte işçiler ne kadar kısa süre çalışırsa; meslek hastalığına yol açan etmenle o kadar az karşı karşıya gelirler; bu da işvereni daha az yükümlülük altına iter. Böyle düşünmek yanlıştır. Çünkü meslek hastalıkları bir birikime dayanır; işçinin benzer etmenlerle yüzyüze kaldığı daha önceki işlerinden edindiği zararlar, son girdiği işteki işverenin suçuymuş gibi görülebilir.

Bir kere, yapılması gereken, öncelikte, zarar verici etmenlerin giderilmesidir, ikincisi, kişilerde meydana gelen zararların, -daha önceki işinden ötürü- işe girerken ve işin sonunda -ya da periyodik muayenelerde- belirlenmesi, belgelenmesidir.

İşçi o işyerinde kısa bir süre çalışsa da daha önceki benzer işlerden aldığı "zarar yükü" ile o işyerine girecektir. Onun için işe girişte bu değerlendirilmelidir ki, kendisinden önceki işyerlerinin payı anlaşılması gerekir. Yoksa, daha önceki "zarar yükü" bir gün o işverenin de başına iş açar.

O halde, işe giriş çıkıştaki yükseklik bu yönden de işe yararamamaktadır.

2. İşten uzak kalmalarda artma

İşten uzak kalmaların (absenteeism) başlıca nedenlerinden biri sağlık nedeniyle işten uzaklaşmalardır.

Meslek hastalıkları nedeniyle olduğu gibi, genel hastalıklarla da; iş kazaları nedeniyle olduğu gibi, çeşitli kazalarla (ev, trafik v.b.) işçi, işinden uzak kalabilir.

Çeşitli nedenlerle işten uzak kalmalarını şıklığıyla iş günü kayıpları *Kutu No, 1 ve Kutu No. 3'de* görülmektedir.^(^)) Bu işten uzak kalmalarının yol açtığı iş kayıplarının hesaplama yöntemine ilişkin "ülkemize uyumlandırma" önerimiz de *Kutu No. 2de* görülmektedir.

SSK istatistiklerinden derlenen hastalık nedeniyle işgünü kaybı verilerine, bir de, hastanelerde yürütülen poliklinik çalışmalarının (ayakta tedavi) de eklenmesi gerekmektedir. Genellikle dispanser ve sağlık istasyonu dışındaki SSK sağlık tesislerinde yürütülen sağlık hizmetleri, ziyaretçi çıkan işçinin 1 günün kaybı ile sonuçlanmaktadır.

Her ne kadar dispanser ve sağlık istasyonunda muayene edilen aktif sigortalı sayısı SSK istatistik Yılığında belirtilmemişse de, bu tesislerin iş yükü içindeki payı (% 29,3) gözönüne alınarak hesaplamaya gidilebilir.

1994 yılı içerisinde SSK ve onunla anlaşmalı sağlık tesislerine, başvurarak muayene olan aktif sigortalıların sayısı 11.594.486'dır. Bunun % 29,3 eksiğini de, poliklinik muayenelerinde yitirilen işgünü olarak görebiliriz

(8.967.120 işgünü).

İşyeri hekimliklerinin, sağlık ocaklarının, sağlık istasyon ve dispanserlerinin güçlendirilmesi bu kaybın azaltılmasında önemli katkılarda bulunacaktır. Yine işe giriş ve aralıklı tarama muayenelerinden yararlanılarak bazı hastalıkların erken tanısının konulması da, insancıl etkilerinin yanında yüz güldürücü ekonomik katkılar sağlar.

İşçilerin eş-çocuk ve bakmakla yükümlü olduğu büyüklerine yönelik sağlık hizmetlerinin semt-köy düzeyine indirilmesi de, bu amaçla işyerinden alınan izinleri çok azaltacaktır. Bu yönden "her mahalleye bir sağlık ocağı", aynı zamanda önemli ekonomik içerik taşıyan bir taleptir.

3. İş kazaları ve meslek hastalıklarından doğan etkiler

İş kazalarıyla meslek hastalıklarından kaynaklanan işgünü kayıplarının

- Önlenebilir nitelikte olmaları,
- Göreceli olarak erken yaşlarda meydana gelmeleri (Kutu No. 4),

Kutu No. 1

Hastalık ya da kaza nedeniyle oluşan geçici işgoremez sayısı	687.862
Hastalık ya da kaza nedeniyle oluşan geçici işgöremezlik süreleri toplamı	7.475.150
Hastalık ya da kaza nedeniyle oluşan sürekli işgoremez sayısı	4.151
Hastalık ya da kaza nedeniyle ölüm.sayısı	9.596
Hastalananların poliklinik hizmetlerine bağlı işgöremezlik süreleri toplamı	8.967.120
Hastalık ya da kaza nedeniyle oluşan geçici işgöremezlik olgularında ortalama iten uzak kama süresi	10.9 gün
İş kazalarıyla meslek hastalıkları nedeniyle oluşan sürekli işgöremezlikte ortalama yaş	34
Hastalık ya da kaza nedeniyle oluşan sürekli işgöremezlik olgularında ortalama yaş	49
Yaşlılık ayılığının bağlandığı ortalama yaş	50
İş kazası nedeniyle oluşan geçici işgöremezlik sayısı	92.087
İş kazası nedeniyle oluşan geçici işgöremezlik süreleri toplamı	1.914.083
İş kazası nedeniyle oluşan sürekli işgöremezlik sayısı	2.791
İş kazası nedeniyle oluşan ölüm olgusu sayısı	1.034
Meslek hastalığı nedeniyle oluşan geçici işgöremezlik sayısı	1.280
Meslek hastalığı nedeniyle oluşan işgöremeziik süreleri toplamı	12.021
Meslek hastalığı nedeniyle oluşan sürekli işgöremezlik sayısı	418
Meslek hastalığı nedeniyle oluşan ölüm olgusu sayısı	157
İş kazalarıyla meslek hastalıklarından ötürü geçici işgöremezlik olgularında ortalama işten uzak kalma süresi	20.8 gün

- Tek bir iş kazası ya da hastalığın bile, diğerlerinin habercisi olması
- Özellikle iş kazasının oluşması sırasında, tüm çalışanların ilgi odağına dönüşmesi ve üretim sürecinde durmaya yol açması (Kutu No. 5)

Bunların önemini ve toplumsal değerini arttırmaktadır. Heinrich'in(3) bize sunduğu formüle göre ve yalnızca SSK verilerine bağlı kalarak iş kazalarıyla meslek hastalıklarına bağlı olarak ekonomi üzerindeki dolaylı ve dolaysız maliyetleri, 26.098.796 işgünü bulmaktadır. Prime esas kazanç 185.270-TL olduğuna göre; bu kaybın parasal boyutu, en az, 4.835,323.934.920 TL'dir. Bunların üzerine işçiye ve bakmakla yükümlü olduklarına ödenen çeşitli ödemeler ile aylık ödemeleri eklenmelidir.

Kutu No. 2

Sürekli işgöremezlik ve ölüm olgularında yapılan işgünü kaybı hesaplamalarında 7500 işgünü yitirildiği kabul edilir. Bu hesaplama, emeklilik yaşının 65 olduğu varsayımına göre çıkarılmıştır. Buna karşın 1994 yılı SSK istatistiklerinde, ortalama emeklilik yaşının 50 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla her yıl 240 işgünü ve yitirilen işgünleri de ortalama "sürekli işgöremezlik-ölüm" yaşının, emeklilik yaşından uzaklığına göre hesaplanmalıdır. Şöyle ki: (1) iş kazalarıyla meslek hastalıklarına bağlı sürekli işgöremezlik olguları nedeniyle işten uzak kalma ortalama yaşı 34 olduğuna göre, yitirilen işgünü işçi başına 3.840; (2) iş kazalarıyla meslek hastalıklarına bağlı ölüm nedeniyle işten uzak kalma ortalama yaşı 37 olduğuna göre, yitirilen işgünü işçi başına 3.120; (3) Diğer nedenlerle sürekli işgöremezliğe bağlı işten uzak kalmalarda ortalama yaş 49 olduğuna göre, yitirilen işgünü işçi başına 240 gün olarak kabul edilmelidir.

Kutu No. 3

Hastalık ya da kaza nedeniyle oluşan geçici işgöremezlik süreleri toplamı	7.475.150
Hastalık ya da kaza nedeniyle ayakta tedavi dolayısıyla yitirilen işgünü toplamı	8.967.120
Hastalık ya da kaza nedeniyle ayakta sürekli işgöremezlik ve ölüm olgularına bağlı olarak hesaplanan işgünü kayıpları (sayı*240)	3.992.280
1. ALT TOPLAM	20.434.550
Meslek hastalığı nedeniyle oluşan geçici işgöremezlik süreleri toplamı	12,021
iş kazaları nedeniyle oluşan geçici işgöremezlik süreleri toplamı	1,914.083
iş kazalarıyla meslek hastalıklarına bağlı sürekli işgöremezlik olgularına bağlı olarak hesaplanan işgünü kayıpları (sayısı*3.840)	12.322.560
iş kazalarıyla meslek hastalıklarına bağlı ölüm olgularına bağlı olarak hesaplanan işgünü kayıpları (sayı* 3.120)	3.715.920
iş kazalarıyla meslek hastalıklarına bağlı olgularda hesaplanan dolaylı maliyet (işgünü cinsinden)	8.134,212
2. ALT TOPLAM	26.098.796
TOPLAM	46.533.346

4. Doğrudan verim artırıcı etkiler

Çalışma ortamının ve insan ilişkilerinin olumsuzluğu, verim üzerinde azaltıcı etkiler ortaya koyar, Verimle stres, çalışma ortamının olumsuz etmenleri ile stres arasında doğrudan ilişki vardır. Çeşitli konfor koşullarının verim üzerindeki etkileri, Hawthorne araştırmaları diye anılan bir dizi ve çok önemli çalışma ile önemli ölçüde aydınlatılmıştır. 1920'lerin sonlarında, fiziksel çevrede, çalışma koşulları, günlük çalışma süresi, dinlenme için verilen araların sıklığı ve süresi ile diğer etmenlerin verim üzerindeki etkilerini ölçmek üzere, telefon donanımlarını monte eden bir grup kız işçi üzerinde araştırma yapılmıştır. Araştırma için seçilen kız işçiler, ayrı bir odada çalıştırılmaya; çalışma koşulları da değiştirilmeye başlanmış ve izlenmişlerdir. Deneyi yapanlar, çalışma koşullarını değiştirmeye başladıklarında, yapılan her önemli değişiklik sonunda üretimde büyük artışların meydana geldiğini gördüler. Bütün yeni çalışma koşullarının denenmesinden sonra, iyi birer deneyci olan araştırmacılar, işçi kızları tekrar önceden çalıştıkları yere göndermeye karar verdiler, işçi kızların asıl çalışma koşulları ise, çok zayıf ışık alan sıralarda, dinlenme aralıkları ve diğer avantajları olmaksızın uzun bir işgünü çalışmayı gerektiriyordu. Bu kez araştırmacılar, verimin yine yükseldiğini ve hatta, en iyi deneysel şartlarla ulaşılmış düzeyin de üzerine çıktığını şaşkınlıkla gördüler, Bu ön araştırmaya dayanarak yeni bir varsayım ortaya koydular. Bu varsayım göre, işe karşı güdülenme, verimlilik ve işin kalitesi, tamamıyla işçilerin kendi aralarındaki ve işçilerle üstleri arasındaki sosyal ilişkilerin türüne bağlıdır... Bu araştırma, endüstri psikologuna sosyal faktörün önemini anlatmıştır. Şöyle ki, iş performansı yalnızca bireye bağlı olmayıp, bireyin içinde bulunduğu sosyal ilişkiler ağına da dayanmaktadır. Örgütlerle ilgili araştırmalar ilerledikçe, hemen her örgütte informal bazı topluluk ve grupların bulunduğu ve bunların işçilerin güdellenmesini, üretim hacmini ve işin kalitesini yakından etkilediği kesinlik kazanmıştır."

işyerlerindeki konfor koşulları kadar, yaşam çevresindeki konfor koşulları da, üretimin kesintisiz ve artarak sürdürülebilmesi yönünden önem taşımaktadır. "Bir çok ülke, hastalıkların, nüfusun büyük çoğunluğunun yaşam gücünün bir bölümünü veya tümünü yitirmesine ve dolayısıyla üretimin düşmesine neden olduğunu keşfetmiştir. Buna örnek olarak Dünya Bankası'nın 1973 yılında, Endonezya'da, inşaat ve kauçuk işçileri arasında, düşük sağlık koşullarının ekonomik sonuçları konusunda düzenlediği araştırmanın bulguları gösterilebilir. Söz konusu işçilerin % 45'inin demir eksikliği anemisinden yakındığı ortaya konulmuştur. 60 gün süresince demir vererek sürdürülen tedavi sonucu, üretkenlik % 19 oranında artırılmıştır. Hasta başına 60 günlük tedavi gideri 0,13 dolardır. Kauçuk işçilerinde tedaviden ötürü kar/ maliyet oranı 280/1'den aşağı değildir.(5)

Kutu No. 4

34 yaş ve öncesi meydana gelen iş kazalarıyla meslek hastalıklarına bağlı işgöremezlik olgularının tüme oranı % 61,9
34 yaş ve öncesi meydana gelen hastalıklara bağlı işgöremezlik olgularının, yaşı bilinen tüm olgulara oranı % 7,8
iş kazalarıyla meslek hastalıklarına bağlı sürekli işgöremezlik olgularının yaş ortalaması : 34 yaş
Genel hastalık ve kazalara bağlı sürekli işgöremezlik olgularının yaş ortalaması : 49 yaş

Kutu No. 5

1927 yılında H.W. Heinrich'in National Safety Council Kongresinde sunduğu bildirisinde, dolaylı maliyet öğelerinin dolaysız maliyet öğelerine oranının 4:1 olduğunu ortaya koymuştur(3), Bundan sonra 4:1 oranı dillerden düşmez oldu. "Kazalı tarafından yitirilen zamanına maliyeti" dışındaki dolaylı maliyet öğeleri olarak şunlar sayılmaktadır:

1. Diğer işçilerce işin bırakılması sonucu yitirilen zamanın maliyeti
 - Merak nedeniyle
 - Sempatı nedeniyle
 - Kazalıya yardım amacıyla
 - Diğer
2. Ustabaşı, gözetmen ve diğer yönetim elemanlarının yitirdikleri zamanın maliyeti
 - Kazalıya yardım amacıyla
 - Kazanın nedenini ortaya çıkarmak amacıyla
 - Kazaya uğrayan işçinin yürüttüğü üretim eylemini sürdürmek için bir işçiyi görevlendirmekle
 - Kazayla ilgili kamu makamlarına verilecek raporları hazırlamak veya kamu görevlilerine duyurmak için
 - Kazaya uğrayan işçinin yerini alacak olan işçinin yetiştirilmesi için
3. İlk yardım için ve hastahanedeki hizmetler için görevlilerin harcadıkları zamanın maliyeti (eğer sigorta tarafından ödenmiyorsa)
4. Makine, araç-gereç ve diğer donanımların veya malzemelerin zarara uğratılmasının maliyeti,
5. Üretim eylemindeki karmaşanın sonucu, prim kesilmesi, cezalandırmalar ve diğer nedenlerle yapılan ödemelerin maliyeti,
6. Sigortanın işverene yansıttığı maliyet
7. İşyerine dönmesine karşın henüz tam kapasiteyle çalışamayan kazalıya ücretini tam olarak ödemeyi sürdürmekten doğan kayıp,
8. Kazalının verimliliğinin ve kullandığı makinelerin boş kalmasından doğan maliyet,
9. Kazaya bağlı olarak işyerinde oluşan heyecan dalgalanması ve moral bozukluğu,
10. işçi başına düşen harcamaların kabarması (aydınlatma, ısıtma, kira vb. kazalının üretim faaliyetine dönmesine kadar süren giderler)

Kutu No. 6

İş kazalarına bağlı dolaylı maliyetlerin hesaplanmasında şu yol izlenmiştir. İster ölümle ya da sürekli işgöremezlikle sonuçlansın; isterse geçici işgöremezlikle sonuçlansın, her olgu için "ortalama geçici işgöremezlik süresi", "Heinrich'in verdiği 4:1 oranına göre" dört ile çarpılmıştır, Meslek hastalıkları, işyerinde genel bir infial ve üretim kesintisi yaratmaması genellikle uzun sürede ortaya çıkmaları nedeniyle -her ne kadar bir takım dolaylı giderleri olsa bile- böylesi bir hesaplama katılmamıştır.

1950 ortalarında Venezüela'nın kırsal kesimine temiz su getirmek için bir proje hazırlanmıştır. Bu çalışma sırasında, tifo, paratifo, dizanteri ve enteritten ötürü yılda 2 milyon işgünü kayıp olduğu ortaya çıkarılmıştır, bundan doğan toplam üretim kaybı, yaklaşık 7,8 milyon dolar olarak saptanmıştır. Bu kişiler için tedavi ve bakım harcamaları ise 5,5 milyon dolar/yıl olarak hesaplanmıştır.

Güney Rodezya'da sıtma dolayısıyla işgünü kaybını hesaplayanlar, toplam işgününün yüzde 9,5-10'unun yitirildiğini görmüşlerdir. Özellikle de hastalık sıklığının artışıyla, tarımsal üretimin işgücü gereksinmesinin tepe noktası aynı zamana rastlamaktaydı.

Verimlilik yönünden iş tasarımı da büyük önem taşımaktadır. Verimliliğe yol açan ortamın, buna koşut olarak sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamını oluşturacağı ve sürdüreceği de açıktır. Verimlilik ve iş tasarımı ilişkilerine bir örnek olarak şu deney gösterilebilir: "Non Linear System adlı küçük bir elektronik aletler şirketi, işin, işçilerin becerilerine ve toplumsal gereksinmelerine öncelik verilerek hazırlanmasına çalışmıştı. Yönetim, işçilere akıllı bir işbölümü empoze etmek yerine, onların kendi toplumsal ve duygusal gereksinmelerini en iyi şekilde karşılayabilecek etkili bir düzeni, gözetimcileriyle birlikte kurmalarını istemişti, işçilerin kurduğu sistem, işçilerdeki bazı özel yeteneklere öncelik vermekle birlikte iş değişikliğine ve diğer iş değiştirme şekillerine olanak veren ve kendileri için önemli bir anlam taşıyan esnek yapıdaydı. Ekipteki herkes üretimin tümünü benimsemekte, onunla bir özdeşleşme yapabilmekteydi. Bu özdeşleşme, grup dışındaki denetçilerin daha önceden uyguladığı kalite standartlarının oluşmasını sağladı. Bunun bir nedeni, elde edilen ürünün her işçiye, kendi öz evladı gibi görünmesiydi.,. Tipik bir işçinin işin anlamlı olmasına ve özerkliğe gerek duyması ne kadar fazla olursa, sanayi psikologunun verimli bir çalışmayı sağlayan en uygun iş koşullarının yaratılmasından, iş genişletilmesine ve benzeri kavramlara verdiği ağırlık artacaktır, Bu koşullar ilkin fiziksel çevrede bulunmaya çalışılmış olmakla birlikte, sonradan bu koşulların sosyal çevrede ve işçilerin işleriyle

olan ilişkileri içerisinde olduğu anlaşılmıştır.

"5. "Koruyucusuz teknoloji" ve "sağlıksız işçi" akını

iş kazalarına yol açan çeşitli teknoloji ürünlerinin (üretim süreçleri, makineler, kimyasallar v.s.) insan sağlığı üzerindeki etkileri önemli araştırma alanlarından birini oluşturmaktadır. Ne yazık ki, bu teknoloji ürünlerinin, piyasaya sürülmesinden önce işlevleri ayrıntılı olarak araştırıldığı halde, insan sağlığı üzerindeki etkileri aynı özen ve titizlikle araştırılmamaktadır. Bunun için, kullanıma sunulduktan sonra bir süre geçmesi kaçınılmaz olmaktadır.

Sürekli araştırmalar ve uğraşlar, teknoloji ve teknoloji ürünlerinin insan için daha zararsız hale dönüştürülmesini getirmektedir. Standartların yükseltilmesi, eşik sınır değerlerin düşürülmesi, çevreye zararlı etkinliklerin yasaklanması v.b. sık sık rastlanan olgulardır. Bu kuralların, yöresel olması ve teknolojiyi kullanan şirketlerin maliyet kaygıları, onları 2 yönde eyleme sürüklemektedir: Birincisi, o üretimi, bu "kural"ları koymayan bir ülkede sürdürmek üzere **"işletmenin göçetmesi"**; ikincisi ise, üretimini yenileştirerek, kullandığı teknolojinin ya da teknoloji ürünlerinin, "kurallara uymayan ülkenin üreticilerine satılmasıdır; bu kez de şirketin değil, **"teknoloji ya da teknoloji ürününün göçünden"** söz edilmektedir.

Her iki durumda da, "kurallar ve standartlar" yönünden gelişmiş olan ülkeden, gelişmemiş olana doğru bir "koruyucusuz teknoloji akını"ndan söz edebilmekteyiz.(6)

Bir başka "kurallar ve standartlar" bütünü de çalıştırılacak işçilerle ilgili olarak getirilenlerdir, "iş ve işçi uyumu", bir işte çalıştırılacak işçide bazı özelliklerin aranmasını zorunlu kılmaktadır. Çeşitli becerilerin (refleks, algılama v.s.) yanında, çalışma ortamında karşılaşılabileceği zararlı etmenlerin olası etkilerine karşı duyarlı bir vücut yapısının da bulunmaması gerekmektedir, Sözgelimi, böbrek üzerinde zararlı etkileri olan bir etmenle çalışılan ortamda, böbrek yetmezliği olan kişilerin çalıştırılmaması gibi.

İşe giriş ve aralıklı tarama muayenelerini düzenli ve gereken titizlikle yerine getiren işyerlerinde, çalışma olanağı bulamayan işçiler, edindikleri beceriler v.b. nedenlerle, aynı işi yapan ama "muayene" yaptırmayan işyerlerine doğru akın edeceklerdir, Biz buna "sağlıksız işçi akını" diyoruz. Böylece, "kural ve standartlara" uyan ve uymayan işyerlerinde çalışan işyerlerinde, bir süre sonra sağlık durumları farklı işçi nüfusu oluşacaktır. "Kurallara ve standartlara" uyan işyeri sayısı ne kadar artarsa, bu kurala uymayan işyerlerinde, "sağlıksız işçi" çalıştırma oranı da o kadar yükselecektir.

6. Rekabet eşitsizliği

Hiç kuşkusuz, çalışma ortamının sağlıklı-güvenli hale getirilmesi, üretkenlik ve kalite üzerinde olumlu etkiler yapar. Ama işyerleri arasında "temel" sağlık ve güvenlik önlemleri bakımından bir eş-uygulama yaratılması da zorunludur. Bu temel üzerinde, üretkenlik ve kalitenin getireceği olumluluklar, özendirici olabilir.

Ancak ne yazık ki, ülkemizde, en temel sağlık güvenlik koşullarının alınmadan işçilerin (ve çocukların) çalıştırıldığı işyerleri ile "60 yıla yakın bir süreden beri konulmuş kurallara ve standartlara" uyarak işçi çalıştırmaya çabalayan işyerleri birarada yaşamaktadır. Özellikle tekelleşmenin olmadığı, rekabete dayanan işkollarında, bu ayırım önem kazanmakta ve "kurallara" uyanlar üzerinde yıkıcı etkiler yapmaktadır.

"Kural"a uyan ve uymayan işyerlerinin maliyetlerinin aynı olması olanaksızdır, Farklı maliyetler üzerinde, gerek piyasada, gerekse bu ürünlerin alıcısı durumunda olan büyük firmalarca

"durulmamaktadır" (Kanımızca ahlaki yönden üzerinde durulmalıdır). Bu da "çalışma ortamları iyi ve sağlıklı işçilerin üretim yaptığı işyerleri" ile "çalışma ortamları kötü ve sağlık durumlarına aldırılmayan işçilerin (ve çocukların) üretim yaptığı işyerleri" arasında rekabet eşitsizliği yaratmaktadır.

Rekabet eşitsizliğini önleyecek en temel eylem, konulmuş kuralları ve standartları izlemekle ödevli olan kamu kuruluşunun (Çalışma Bakanlığı), bu ödevini eksiksiz ve büyük bir özenle yerine getirmesidir. Bir yargıcın adalet dağıtırken taşıdığı sorumluluğu, yanlış kararlarda düştüğü vicdan azabını, bu kuruluşun elemanlarının da taşıması gereklidir. Tüketici denetimi, toplam kalite çalışmaları, sendikal denetim ya da çeşitli toplum örgütlerinin çalışmaları, bu temel eyleme ancak destek olabilir, boyut kazandırabilir.

7. Kalite

Kalite çalışmaları, son yıllarda sıkça kendisinden sözettiren, büyük ve köklü firmalarla küçük işyerleri arasındaki farkı ortaya koymakta da "yararlanılmaya" çalışılan bir mekanizmadır. Yukarıda sözünü ettiğimiz rekabet eşitsizliğinin, birbiriyle alış-veriş yapan firmalar bakımından denetlenmesine yönelik bir içeriği de vardır.

Üretimde standardizasyonun sağlanması, kalitenin artırılması, her şeyden önce, çalışanlara yönelik bir takım beklentileri içerir. Her şeyden önce, eğitilmiş insangücüne gereksinme vardır; işini bilen, üretimle bütünleşmiş, kendini korumayı bilen insangücüne.., istikrarlı ve görevine bağlı insangücüne gereksinme vardır; çalışanlar sık iş değiştirmemen, işyerini benimsememelidir, Belirlenen iş kurallarına -ki işçi sağlığı iş güvenliği önlemlerini de içerir- eksiksiz uymalıdır.

Tek bir işyerinde standardizasyon ve kalitenin sağlanmasının, toplum düzeyindeki çalışmalarla desteklenmesi de gerekmektedir. Onun için, işyeri ile çalışanlarının yaşama alanları; işyeri ile aynı alanda çalışan diğer işyerleri; bu işyerlerine eleman yetiştiren örgün eğitim kurumları ..vb. desteklenmelidir. Bu da işyerinin, toplumsal yükümlülüklerini tanımlar.

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinin sağlanmasına yönelik uğraş, bir çok uygulamayla bütünleşmiş durumdadır. Bu uygulamalardan biri de, "üretim kesintisiz ve artarak sürdürülmesi" uğraşıdır. Bu uğraşın başarıya ulaşması, tek bir işyerinde gösterilecek inançlı çalışmaya ek olarak, bölgesel düzeyde ve aynı yöde çalışmalarla da desteklenmelidir. "Bölgesel düzeyde işbirliği" programları uygulamaya konulmadan, başarının

belirli bir sınırın tesine geçirilmesi sağlanamaz.

(1) Viskusi W.K, **Employment Hazards**

Harvard Economic Studies, No. 148 1979

(2) Sosyal Sigortalar Kurumu 1994 istatistik Yıllığı, SSKGn, Md. Yayın No. 572

(3) **Accident Cosf Control - Occupational Safety Aid** - U.S. Department of Labor Safety Training Program 1970 s, 1

(4) Schein E.H.: **Örgütsel Psikoloji** - (Çev. A. Sağıtör, Ş. Öz-Alp) EİTİA Yayınları No. 167 Eskişehir 1976

(5) Lane N.S.: **A Vital Link** - WHO Chroniole, Vol. 31, No. 10 October 1977 s, 407

(6) Castleman B.I.: **The Export of Hazardous Factories to Developing Nations**
International Journal of Health Services Vol. 9 No. 4 1979.

BÜYÜTEÇ

İş Sağlığında Hakkaniyet (Prof. Dr. Malcolm Harrington)
Sağlıkta Hakkaniyet ve Çalışma Ortamı (Margaret Whitehead)
Fransa'da İş Sağlığında Hakkaniyet Olgusu (Prof. Dr. Alain Cantineau)

İŞ SAĞLIĞINDA HAKKANİYET

Sağlık hizmetlerinde "hakkaniyet" (equity) kavramı, VVHO'nün (Dünya Sağlık Örgütü) 1980 yılında oluşturulan toplum sağlığı politikalarındaki 1 No.lu Hedefi içinde geçmektedir:

"2000 yılına kadar, ülkeler ve ülkelerdeki gruplar arasında var olan sağlık düzeyi farklılıkları, dezavantajlı ülkelerin ve ülkelerdeki dezavantajlı grupların sağlık düzeylerini yükseltmek yoluyla en az % 25 düzeyinde azaltılmış olmalıdır."

Son 10 yıl içinde ortaya çıkan sonuçlar ise bizlere gösterdi ki sağlıkta hakkaniyetsizlikler giderek artmaktadır. Bundan sonra yapılması gereken tartışma ise hakkaniyetsizliklerin ortaya çıkışı değil, bunların nasıl azaltılacağı konusunda olmalıdır. Her ne kadar hakkaniyetsizlik gibi küçük düşürücü terimlerden kaçınılması öğütlenirse de çoğu durumda sağlıkta hakkaniyetsizlik önlenemez bir durumdur ve bu nedenle de bu kavram kabul edilemez bir olgudur.

Hakkaniyetsizliklerin Nedenleri

Sağlık düzeylerindeki farklılıklar ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde ortaya çıkmaktadır. Doğal biyolojik değişimler gibi olan bir kısım farklılıklar tamamıyla ortadan kaldırılamaz. Ancak bazı farklılıklar ülkelerin ekonomik gücüne ve sosyal değerlerine bağlıdır. Ayrıca alışkanlıklar gibi yaşam stili faktörlerine bağlı farklılıklar da vardır. Bu farklılıklardan bazıları eğitimle düzeltilebilirken, sosyo-ekonomik statü farklılıkları genellikle değişime dirençlidir.

Sosyo-ekonomik sınıflardan bazıları sigara içmek gibi kötü alışkanlıklarını bırakabilirler. Bu insanların çoğunluğu daha fazla para kazanan, daha bilgili ve güçlü insanlardır. Alt düzey sosyo-ekonomik sınıflarda olanlar ise bu alışkanlıklarını değiştirebilmekte daha zayıftırlar. Bu sınıfların güçsüzlüğü daha kötü koşullarda yaşamalarından, daha kötü beslenmelerinden, daha kötü koşullarda çalışmalarından kaynaklanır. Bu gruplar aynı zamanda sağlık hizmetini de almaları gerekenden daha az alırlar.

Hakkaniyetin hedefi, herkese sağlık hizmeti için eşit fırsatlar yaratmak ve herkesin gereksinimi olduğunda sağlık hizmetini almada eşit şansa sahip olmasını sağlamaktır. Pratikte sıklıkla gereksinim ile hizmeti almak ters orantılıdır. Yani sağlık hizmetini almaya en çok gereksinimi olanlar sağlık hizmetini en az alırlar. Bu nedenle "fırsatlar" kavramının tanımlanması gerekmektedir.

İş Sağlığında Hakkaniyet

Çalışma koşulları hakkaniyetsizlikte çok önemli bir etmendir. Fakat bu koşullar aynı zamanda değiştirilmeye de en hazır etmenlerdir,

İş sağlığında hakkaniyeti sağlamak için 10 adım vardır:

- 1 -Risk altındaki spesifik meslek gruplarını belirleyin.
- 2-Gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının boyutlarını ölçün (en sık görülen hastalıklar, kazalar v.b.),
- 3-Risk altındaki grupla diğer grupları aldıkları sağlık hizmetleri açısından gözden geçirin.
- 4-Bu konudan sorumlu bir kişi belirleyin.
- 5-(1), (2) ve (3)'teki bilgilerin ışığı altında gruplar arasındaki açığı belirleyin ve bu açığı kapatmaya çalışın.
- 6-Hedef gruplara yönelik stratejiler geliştirin.
- 7-(6)'yı başarma yolundaki engelleri belirleyin.
- 8-(7)'nin yerine getirilebilmesi için gerekli lojistik ve finansal durumu saptayın.
- 9-İşyeri düzeyindeki riskleri ve zararlıları azaltabilmek için gerekli önlemleri alın.
- 10-Sağlık düzeyindeki değişimleri ve risk kontrol stratejilerini sürekli olarak izleyin ve değerlendirin.

Bu süreçteki düzenlemeler için politik ve yasal değişimler gerekebilir. Bunun yanı sıra yapılacak düzenlemelerde işçilerin aktif katılımı ve hükümet ile sosyal taraflar arasında işbirliği de esastır.

Bu düzenlemeler için birkaç örnek vermek gerekirse; riskli meslek grupları olarak bilinen alanlar, balıkçılık, tarım, inşaat sektörleri olabilir. En sık rastlanan sağlık sorunları ise, kas-iskelet sistemi hastalıkları, strese bağlı hastalıklar, mesleksi kanserler ve solunum yolu hastalıklarıdır. Risk altındaki duyarlı gruplar da, göçmen işçiler veya çocuk işçiler olabilir.

Prof. Dr. Malcolm Harrington

Birmingham Üniv. İşçi Sağlığı Enstitüsü

SAĞLIKTA HAKKANİYET ve ÇALIŞMA ORTAMI

Sağlıkta Farklılıklar:

Toplumalarda gelir, eğitim ve meslek gibi sosyo-ekonomik özelliklere bağlı olarak, sağlık ve hastalıklar konusunda eşit olmayan bir dağılım vardır. Bu durum çoğu ülkede bir çok veriyle gösterilebilir. Bu bölümde verilecek olan örnekler de Avrupa'nın dört bir köşesinden seçilmiştir.

İlk olarak Grafik-1'de Batı Avrupa'dan Fransa'dan bir örnek görülmektedir.

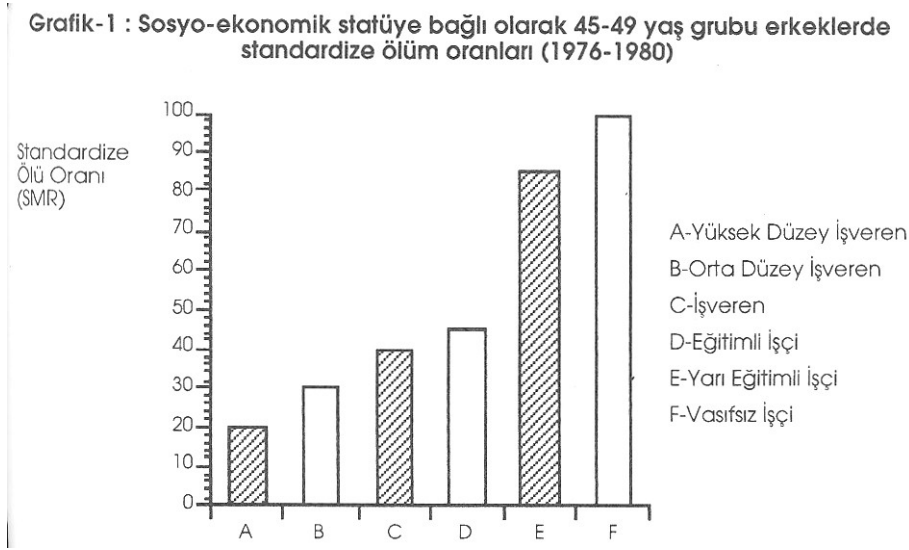
Bu grafikte sosyal statü göstergesi olarak kullanılan "yüksek düzeydeki işverenden" "vasıfsız işçiye" doğru gittikçe ölüm oranının (SMR) arttığı görülmektedir. (Tüm nüfus gözönüne alındığında SMR=1'dir.)

İkinci grafikte ise Güney Avrupa'dan İspanya'dan bir örnek verilmektedir, Bu grafikte sosyal statü göstergesi

olarak aile geliri kullanılmıştır. Buna göre 20-44 yaş arası kadınlarda, kronik hastalıklar en yüksek oranda düşük gelirlilerde görülmektedir. Düşük gelirlilerde kadınlardaki kronik hastalıklar % 45 oranında iken, en yüksek gelir grubu kadınlarda bu oran % 30 olarak saptanmıştır.

Grafik-1 :

Sosyo-ekonomik statüye bağlı olarak 45-49 yaş grubu erkeklerde standardize ölüm oranları (1976-1980)



Üçüncü örnek Kuzey Avrupa'dan Finlandiya'dan. Bu grafikte 25 yaşından sonra cinsiyet ve eğitim düzeyine bağlı olarak hesaplanan sağlıklı ve sağlıksız yaşam beklentileri görülmektedir. Eğitim düzeyi düştükçe hem toplam yaşam beklentisi azalmakta hem de sağlıksız yaşam süresi artmaktadır.

Son olarak Orta ve Doğu Avrupa'dan bir örnek vermek istiyorum. Macaristan'da Budapeşte'de yapılan bir araştırmanın sonuçları Tablo-1 'de görülmektedir.

Erkekler oturdukları bölgelere göre incelenmişler ve yüksek düzeyli eğitime sahip bölgelerde oturanlarla düşük düzeyli bölgelerde oturanlar arasında % 9'luk bir fark çıkmıştır.

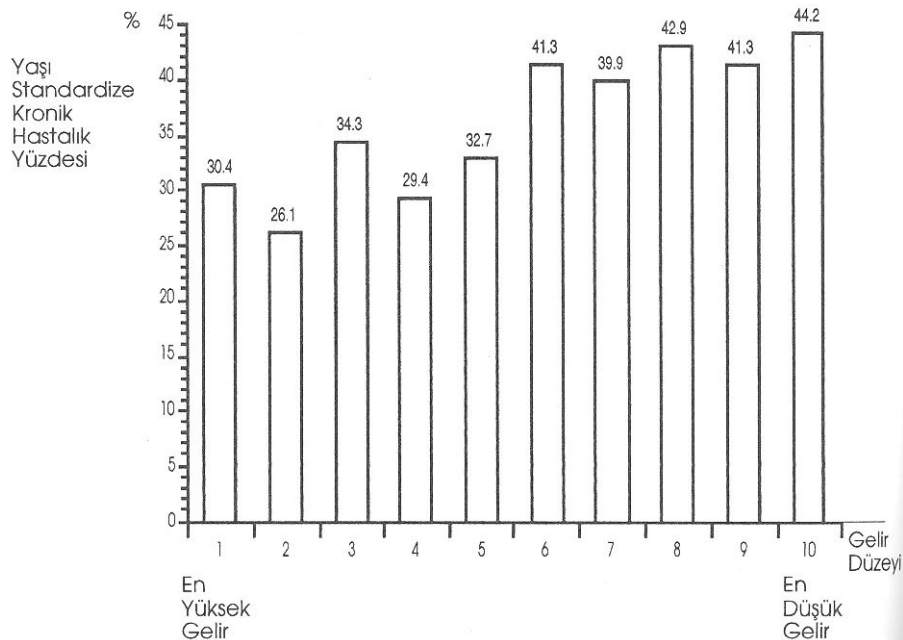
Bu tip sosyo-ekonomik farklılıklara Avrupa'dan bir örnek vermek bağlı sağlık sorunları Avrupa'da bir iki

Grafik-2:

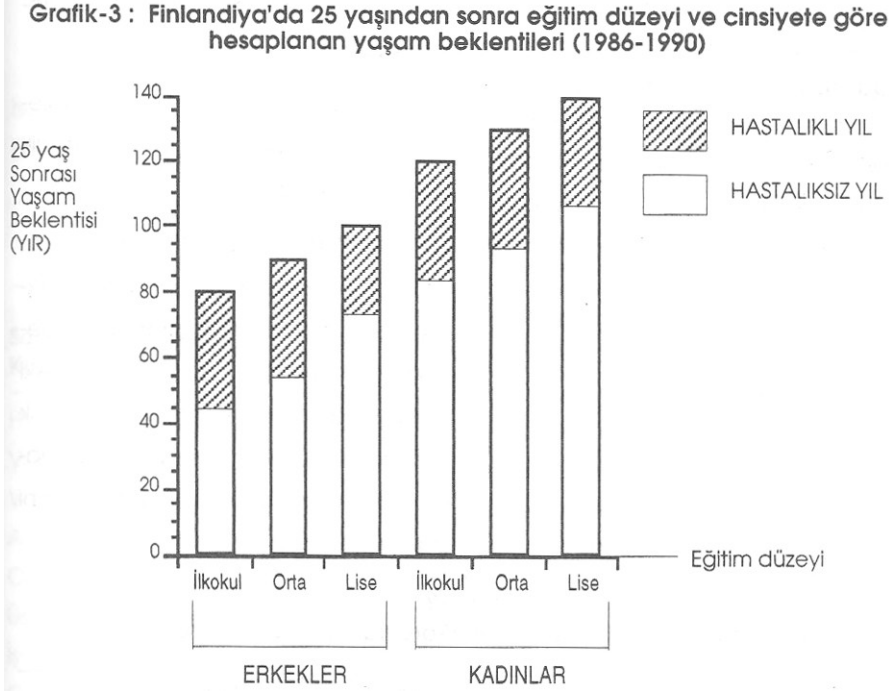
20-44 yaş arası kadınlarda aile gelirine göre kronik hastalık oranı (İspanya-1987)

Grafik-2 :

20-44 yaş arası kadınlarda aile gelirine göre kronik hastalık oranı (İspanya-1987)



Grafik-3: Finlandiya'da 25 yaşından sonra eğitim düzeyi ve cinsiyete göre hesaplanan yaşam beklentileri (1986-1990)



verde değil tüm ülkelerde görülmektedir. Fakat Avrupa'nın da özellikle Doğu'su ile Batı'sı arasında farklılıklar vardır.

Sağlık Düzeylerindeki Hangi Farklılıklar Hakkaniyetsizliktir

Sağlık düzeylerindeki tüm farklılıklar hakkaniyetsizlik olarak nitelenmez. Bu farklılıkların kaynaklarını dikkate almak gerekmektedir. Yaşlanma, cinsiyet gibi doğal farklılıklar kaçınılmaz değişikliklerdir ve bunlar hakkaniyet açısından değerlendirilmez.

Tablo - 1 :

35 - 65 yaş arası erkeklerde yaşadığı bölgeye ve eğitim düzeyine bağlı olarak ölüm olasılıkları (Budapeşte, 1980-83)

Bölgenin Eğitim Düzeyi	Ölme Olasılığı (%)
Yüksek Okul	27.3
Lise	34.3
Ortaokul	34.9
İlkokul	36.6
Toplam	33.0

Tersine bazı farklılıklar ise sakınılabılır farklılıklardır. Tablo 2'de Finlandiya'da mesleki risklere göre yapılan sınıflama ile işçilerin sosyo-ekonomik düzeyleri ve bazı alışkanlıkları görülmektedir. Tablo-2'de daha riskli grupta olanların aynı zamanda daha sağlıklı koşullarda olduğu da görülmektedir. Ayrıca "ters sağlık hizmeti" kuralına göre daha fazla sağlık hizmeti gereksinimi olan bu grupların daha az hizmet aldıkları da bilinmektedir. Gelir düzeyinin 'düşüklüğü, kötü beslenmeyi ve daha kötü koşullarda çalışmayı getirmekte ve dolayısıyla daha kötü iş sağlığı hizmetine yol açmaktadır.

İşte bu tip farklılıklar kabul edilemez durumlardır ve hakkaniyetsizlik olarak nitelenmelidir, Tablo-3'teki matrikste ise çoğunlukla bir risk birikimi olduğu görülmektedir. Bu tabloda Dahlgren ve Diderichsen İsveç'te değişik mesleki risklere bağlı olarak, sosyo-ekonomik kategorideki rakamların ulusal ortalamadan olan yüzdesel sapmalarını göstermişlerdir.

Tablo-2: Erkeklerde Mesleki Risk Grubuna Göre Bazı Özellikler (Finlandiya)

ÖZELLİK	Mesleki Risk			
	1	2	3	4
ilkokul Mezunu (%)	0	21	59	75
Gelir (Ortanca) FMK	1667	1113	885	785
En az 3 ay işsiz kalma (%)	8	13	22	32
İş yerinde fiziki stres (%)	1	5	64	74
74 dB üzeri gürültü (%)	0	9	70	78
işyerinde havada partikül (%)	9	33	63	67
Gece Vardiyası (%)	1	9	34	37
Monotoni (%)	1	17	22	39
İlginç iş (%)	87	63	46	28
Düzenli Sigara içme (%)	23	32	37	38
Aylık intoksikasyon (%)	8	16	25	24
Yaratıcı hobi sahibi (%)	78	68	49	46
(n)	103	155	187	167

Ne Yapılmalı ?

WHO Herkese Sağlık stratejisinde hakkaniyeti şöyle tanımlamıştır: "İdeal olanı herkesin potansiyel olarak tam bir sağlık bakımı alma fırsatına sahip olması ve daha gerçekçi olanı ise herkesin bu potansiyel hizmete ulaşabilmesi gerektiğinde bunu engelleyebilecek ve sakınılabılır bir dezavantaja sahip olmamasıdır."

Tablo -3: Değişik Mesleki Risklere Göre Sosyo-Ekonomik Özelliklerin Ulusal Ortalamadan Olan Yüzdesele Sapmaları (İsveç, 1977-78; 16-64 yaş)

Sosyo-ekonomik Kategori	Son 5 yıl içinde iş işsiz kalma	Fiziksel strese dayalı iş	Monoton iş	Sigara Tiryakiliği
Hizmetli	+ 7	+ 18	+ 7	+ 10
Vasıfsız İşçi	+ 2	+ 20	+ 7	+ 8
Vasıflı İşçi	- 1	+ 18	+ 1	+ 8
Alt düzey yönetici	0	- 16	- 3	+ 5
Orta düzey yönetici	- 5	- 29	- 7	- 2
Üst düzey yönetici	0	- 44	- 9	- 3
İşveren	+ 1	+ 5	- 6	+ 5
Çiftçi	- 4	+ 20	- 6	- 23
Toplam (16-64 yaş)	%12	%65	% 11	%37

Bu nedenle sağlıkta hakkaniyeti sağlayabilmek için finansal kültürel ve coğrafik ulaşılabilirliği engelleyen bariyerleri kaldırmak gerekmektedir. Konuyla ilgili uygulanacak politikaların ise temelde üç amacı olmalıdır:

- 1) Risk faktörlerini ve sağlığa zararlı tehlikeli maddeleri azaltarak veya gelecekte ortaya çıkmalarını engelleyerek sağlıkta hakkaniyeti bozan nedenlerin kökenine inmek.
- 2) Stres yönetimi ve danışmanlık hizmeti gibi yöntemlerle sağlığı etkileyen etmenlerle mücadele etmek, Stresten sakınmak ve stresli işlerde çalışan işçilere psikolojik destekte bulunmak.
- 3) Gereksinim arttığında hizmetleri artırarak vermek, Örneğin işçilerin çalışma koşulları kötüyse sağlık hizmetlerini artırmak gibi.

Margaret Whitehead

FRANSA'DA İŞ SAĞLIĞINDA HAKKANİYET OLGUSU

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, Fransa'daki sistemin 3 temel ilkesinden birisidir. Bu nedenle 1946 yılında Hükümet tarafından çıkarılan İlk işçi sağlığı yasasında, nerede çalışmakta olursa olsun (küçük bir mağazada tezgahlar veya büyük bir şirkette işçi) işçi sağlığı hizmetlerinde herkese HAKKANİYET (EQUITY) amaçlanmıştır.

İşçi sağlığı ile ilgili ilk sorunlar Fransa'da 19. yy. sonlarında doktorlar ve mahkeme bilirkişileri tarafından farkedilmeye başlandı. Böylece doktorların ilgi alanına girdi ve kökenini meslek hastalıklarından alan bir tıp dalı olarak iş sağlığı bilimi gelişti. Bununla beraber 1946'dan bu yana bir evrim geçirdi, Yasanın hükümleri bir "karamname" ile daha da güçlendirildi. Artık günümüzde Fransa'da patronu kim olursa olsun, her işçinin bir işyeri hekimi vardır.

İşyeri Sağlık Birimleri

Fransa'da çoğu işçi özel şirketlerde çalışmaktadır, işveren işçilerin görüşlerini dikkate alarak işçi sağlığı hizmetlerini organize etmek zorundadır, yüküğüne göre değişmektedir, 2 tip düzenleme vardır. Birincisi işyeri içinde bulunan lokal bir işyeri sağlık birimi; ikincisi ise birden fazla işyeri için oluşturulan gruplara yönelik "işyeri ortak (şirketler arası) sağlık birimi."

İşyeri hekimleri, işverene ve işçilere çalışma koşulları, endüstriyel hijyen, risk yönetimi konularında danışmanlık yaparak çalışma koşullarının düzeltilmesini sağlamaya çalışır. Hekimler aynı zamanda işyeri hemşireleriyle birlikte ilkyardım organizasyonunu yapmak ve işçilere ilk yardım eğitimini vermek zorundadırlar. Aynı zamanda işçilere ve işverene iş yerindeki riskler konusunda da bilgi vermek ve eğitmek zorundadırlar. Tüm bu işleri yapabilmek için ise hekimler yasa gereği zamanlarının üçte birini işyerinde geçirmek zorundadırlar.

İşçilerin normal poliklinik muayenelerinin dışında yılda bir kez de periyodik muayenelerinin yapılması zorunludur. Ayrıca işe giriş durumlarında hastalık, kaza veya doğum sonrası işbaşı yapıldığında işçilerin muayeneden geçirilmesi zorunludur, Bu muayenelerin amacı meslek hastalıklarına erken dönemde tanı koyabilmek ve iş ile işçi arasında uyum sağlayabilmek için gerekli önlemleri alabilmektir. Hekim gerek görürse işçinin işini değiştirebilir ve onu başka bir bölüme alabilir.

Eğer işverenler kendi firmalarında

İşyeri alanındaki bu yasal zorunluluk onları kapsamamaktadır.

Diğer Çalışma Alanları

İşyeri hekimleri yukarıda sayılan hizmetlerin dışında resmi ya da sivil çeşitli kuruluşlarda, sendikalarda danışmanlık yapabilirler. Burada verdikleri hizmet daha çok çalışma koşullarının düzeltilmesi konusunda danışmanlık yapmaktır.

Hastanelerdeki işçi sağlığı hizmetleri de (muayene, sevk, ileri tetkik v.b.) işçi sağlığı yasasına bağlıdır ve bu durum özel işyerleri için geçerli olan yasayla çok benzerdir. Fakat uygulamada çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bunun nedeni kamu hastanelerine ayrılan fonların giderek azaltılmasıdır.

Tarım alanında çalışan işçiler için de özgün düzenlemeler olmakla beraber bu düzenlemeler de işyeri için hazırlanan yasaya çok benzerdir. Tarım alanındaki işçi sağlığı hizmetleri tarım işçilerine hizmet veren sosyal sigortaya bağlı hekimler tarafından verilmektedir. Bu durumda tarım işçileri için doğrudan gidebilecekleri ayrı bir işyeri hekimi veya iş sağlığı uzmanı söz konusu olmamaktadır.

Fransa'da Sağlıkta Hakkaniyetsizlikler

Her ne kadar gelişkin ve köklü bir iş yasası olmakla beraber, işçi sağlığı alanındaki hakkaniyetsizlikler yasanın bazı çalışanları kapsamamasından ileri gelmektedir. Bu kişiler; çiftçiler, küçük işyeri sahipleri, kendi işini kuran işçiler ve ev işi yapanlardır (evde çalışanlar). Bu gruplar için küçük bazı düzenlemeler olmakla beraber bunlar yeterli sayılamaz. Aynı zamanda işsizler için de işçi sağlığı hizmeti söz konusu değildir.

Çırakların sağlık hizmetleri ise okul sağlığı hizmetleri içinde verilmektedir, Ancak bu hizmete ayrılan bütçe Eğitim Bakanlığında gelmektedir ve işçi sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçe ile kıyaslandığında yeterli değildir. Örneğin çıraklar muayene ve tedavi olabilirler ancak çalışma koşullarının veya işyerinin değiştirilmesi tamamıyla okula bağlıdır. Bu konuda tam bir işçi sağlığı hizmeti alamazlar.

Bir başka hakkaniyetsizlik kaynağı da büyük işyerlerinde görülmektedir, işyeri hekimleri çoğunlukla az sayıda işçi çalıştıran işyerlerine işyeri ortak sağlık birimlerinde hizmet vermektedir. Bu durumda büyük işyerlerine işçi sağlığı uzmanı olan hekimlerin sayısı yetişmemekte ve büyük fabrikalara hekimin ayırabildiği zaman göreceli olarak daha az olabilmektedir.

Fransa'da iş sağlığı organizasyonu dışında ayrıca sosyal sigortaya bağlı koruyucu sağlık hizmetleri organizasyonu vardır. Fakat bu organizasyon yalnızca özel firmalara ve yetersiz koşullara sahip küçük işletmelere hizmet vermektedir. Örneğin Alsace Bölgesinde 448 326 nüfusa hizmet veren koruyucu sağlık hizmetleri organizasyonunda 7 mühendis, 10 teknisyen ve 209 işyeri hekimi çalışmaktadır.

Prof. Dr. Alain Cantineau
Louis Pasteur Üniv

BİR TOPLUMSAL TARİH BELGESİ

Her görev belirli bir ön ilginin, birikimin ve mücadelenin ürünü olmalıdır. Nusret H. Fişek TTB Başkanlığına, ansızın, paraşütle indirilmedi. Onu, tüm hekimlerin önderi olmaya götüren süreçte, Türkiye'de toplum hekimliği yaklaşımını oturttu. Halkın sağlık sorunlarına çözüm üretti. YÖK'e, 1980 Anayasası'nın sağlığı hak olmaktan çıkaran çağ dışı yaklaşımına karşı çıktı, barışı, insan haklarını ve sağlık insan gücünün özlük sorunlarını savundu. Bu 45 yıllık bir mücadele idi.

İşte bunun belgelerinden biri onun TTB başkanlığından 12 yıl önce, Türkiye'nin sağlık hareketindeki önemli evrelerden biri olan 1965-1971 dönemine ait bir yorumu.

Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in Bir Radyo Konuşması (Yorum-7 Ocak 1971)

Sağlık personelinin Ankara ve İstanbul şehrinin bazı hastanelerinde yaptıkları iki günlük ihtar direnişi bugün sona erecektir. Olay sadece hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurları gibi çeşitli sağlık personelinin istek ve davranışları yönünden değil, ülkemizde kişilerin ve toplulukların davranışlarının bir örneğini teşkil etmesi bakımından da incelenmeye değer,

Önce hatıra gelen soru, sağlık personelinin hasta bakmamakta direnmelerinin tıp ahlakına uyan bir hareket olup olmadığıdır. Bu direnişi doğuran nedenleri düşünmeden ve uygulama hakkında tam bir fikir sahibi olmadan bu soruyu cevaplandırmaya kalkanların, hekim ve sağlık personelinin bu davranışlarını doğru bulmamaları mümkündür. Ancak direnişe katılan hastanelerde yatan hastalar bakılmış, acil vakalar muayene ve tedavi edilmiş, diğer hastalardan muayene ve tedavi olmak isteyenler de direnişe katılmayan hastanelerde muayene ve tedavi edilmişlerdir. Hasta bakımında görülen aksaklıklar önemli bir sorun olmamıştır. Bu duruma göre sağlık personeli camiası direnişlerinde hastalarını zarara sokmamayı başarmışlardır. Hekim ve sağlık personeli, hastalarına karşı sorumluluklarının bilinci içinde olduğuna göre onları bu harekete zorlayan önemli nedenlerin olduğunu kabul etmek gerekir. Bu nedenler şu suretle sıralanabilir:

Personel Kanunu ve özellikle bugünkü uygulanma şekli, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde beklenen reformu sağlayacak olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun uygulanmasını İmkansız hale getirmiştir, Çünkü, Personel Kanunu sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin getirdiği personel rejimini sosyalleştirme bölgelerinde çalışan sağlık personelinin | aleyhine değiştirmiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde serbest meslek icrası yasaklandığından bu illerde çalışan sağlık personeline ve özellikle hekimlerle, diğer illerdeki gelirleri arasındaki fark önemli suretle artmıştır.

Koruyucu hizmetlerin öneminde herkes sözbirliği etmesine karşılık bu hizmetler muayenehane açmakla bağdaşmadığından, cazip değildir. Personel Kanunu, aradaki farkı biraz azaltmak amacıyla 1964 yılında kabul edilen tazminatları kaldırdığından koruyucu hizmetlerde çalışan hekimlerle, muayenehane açmaya elverişli hizmetlerde çalışanların gelirleri arasındaki farkın, büyümesine sebep olmuştur. Bu durum koruyucu hizmet teşkilatında çalışan hekimlerin bu görevlerden ayrılıp muayenehane açabilecekleri görevlere geçmesine sebep olacak ve bu nedenle hizmetler aksayacaktır.

Kanunun uygulanmasında pek çok aksaklıklar olduğunu sorumlu yöneticiler de saklamamaktadır. Üzerinde durulması gereken bir nokta da Personel Kanunu'nun uygulanması ile memurların çoğunun geliri artarken, bir kısım sağlık personelinin maaşları eskiden aldıkları maaş ve tazminat toplamından daha aşağıya düşmüştür. Bu aksaklıklar ve Kanunun esasındaki hatalar sağlık personelinin rencide etmiştir. Bu durum karşısında, özellikle hekimlerin bir kısmı şimdiden Hükümet hizmetinden ayrılmayı tasarlamaktadır.

Yurtiçinde serbest hekimlik imkanları dar olduğundan Personel Kanunu'nun uygulanması hekimlerin çalışmak için yurtdışına gitmelerini hızlandıracaktır.

Direnin başlıca gerekçeleri olan bu hususlar gözönüne alınırsa sağlık personelinin hareketlerinin kişisel haklarını korumak çabası yanında ülkemizin sağlık meselelerinin çözümünü daha da güçleştiren bir uygulamayı önlemek için yapılan, toplumsal amaçlı bir eylem olduğunu da kabul etmek gerekir.

Personel Kanunu'nun sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini önleyeceği bir gerçek olduğuna göre hekimler ve sağlık personeli direnişe geçmeden bu durumu Hükümete ve parlamentoya duyuramaz mı idi sorusunun cevaplandırılması da yerinde olur. Sağlık personeli de bu ülkenin kişileri olduğuna göre ülkenin şartlarına uymalarını tabii görmek gerekir. Hükümet ve parlamento son 4-5 yıl içinde baskı gruplarına karşı çok duyarlı olmadığını sözde doğru olsa da aslında büyük önem vermediğini, çeşitli örneklerle göstermiştir. Bu durum işçiden mühendise, öğrenciden öğretmene, hakimden hekime kadar herkeste dertlerini ve sözlerini dinletebilmek için eyleme geçme zorunluğu olduğu kanısını uyandırmıştır.

PROF. DR. NUSRET H. FİŞEK 82. YAŞINDA

- Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in Eyleminin Kimi Boyutları (Prof. Dr. M. Rahmi Dirican)
- Profesör Fişek, Bilim ve Eğitim (Prof. Dr. Ayşen Bulut)
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Toplum Kalkınması (Prof. Dr. Cevat Geray)
- Dostum Nusret Fişek (Frederic C. Shorter)
- Genel Sağlık Sigortasına Niçin "Hayır" (Dr. Nusret H. Fişek)

Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in Eyleminin Kimi Boyutları

(Prof. Dr. M. Rahmi DİRİCAN)

Kişinin yaşamı boyunca sürdürdüğü eylemlerin* değişik yönleri olması doğaldır. Eylemler olumlu yönde olabileceği gibi, olumsuz ya da bir kısmı olumlu bir kısmı olumsuz da olabilir. Bu açıdan Nusret H, Fişek'i değerlendirecek olanlar, onun eylemlerinin tümünün olumlu ve çağdaş sağlık hizmetlerini oluşturmaya yönelik olduğunun ayırıcısına varacaklardır.

Kimileri, "O'nun bir bilim adamı olmaktan çok eylem adamı olduğunu" söylerler. Bence daha gerçekçi bir yaklaşım, O'nun 1957 yılına kadar üstün bir bilim adamı; daha sonraki yıllarda değerli bir eylem adamı olduğunu belirtmektir. Gerçekten de, Tıp Fakültesi'ni birincilikle bitirdiği; Bakterioloji Uzmanı olarak çalıştığı ve Harvard Üniversitesi'nden tıpta felsefe doktoru (Ph. D.) unvanı alan ilk Türk hekimi olduğu yaşam döneminde bilim adamı niteliğini çok iyi bir şekilde geliştirmiştir. Bu dönemde, gerek yayınlarıyla ve gerekse Dünya Sağlık Örgütü'nün çeşitli uzmanlardan oluşan bilim komitelerince hazırlanan Teknik Raporlarında (Rapor sayıları 87, 147 ve 187) önemli katkılarda bulunarak bilimsel erkini kanıtlamıştır. Bilime saygısını, bilim dışında doğru yol aramanın aymazlık, bilgisizlik, sapıklık ve hatta ihanet olacağını belirterek göstermiştir. Engin bir hoşgörüsü sahibi olması, inandığı düşünceyi korkusuzca savunması, insan severliği ve nabza göre şerbet verenlerden uzak durmaya çalışması O'nun belirgin nitelikleriydi.

1957 yılı sonlarında Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü'ne atanınca, okulu gerçek amacına yöneltme eylemine girişti. Yıllardan beri, değişik nitelikte sağlık personeline kısa süreli kurslar düzenleyerek varlığını sürdüren bu okulda halk sağlığı uzmanları yetiştirmeye çalıştı. Ne var ki, Tıp Fakültelerindeki öğretim ve eğitimin sağlığı korumaktan çok hastaların tedavisine yönelik olması ve buna bağlı olarak az sayıda hekimin halk sağlığı uzmanlığına istek duyması ve yetişen uzmanların uygun koşullarda çalıştırılmaması vb. gibi nedenlerle bu eylemde beklediği başarıyı gerçekleştirmedi.

İlk kez Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olduğu dönemde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasasını hazırladı ve uygulanmasını sağladı. Bu eylemiyle, hizmetin uygulandığı bölgelerde toplumsal sağlığa olumlu katkılarda bulunulduğunu kanıtladı. Temel ilkeleri gerçekçi olduğundan, değişik çıkar gruplarının baltalama ve yozlaştırma çabalarına karşın yine de vazgeçilemeyen bir sağlık sistemi olarak uygulanmakta oluşu, bu eylemin değerini açıkça ortaya koymaktadır.

İkinci kez müsteşar olunca, gerçek bir bilim adamının öngörüsüyle, önceleri nüfus planlaması ve daha sonraları aile planlaması olarak bilinen hizmetin yasal dayanaklarını hazırlayan ve uygulamaya koyan ilk kişi oldu. Böylece, toplumun çok önemli bir sorununa çözüm yolları aradı, ilk yıllarda çoğu kesimlerin karşı çıktığı bu eylem, giderek hemen tüm sorumlularca ülkenin kalkınmasını sağlayacak en etkin önlemlerden biri olarak ele alındı. Hacettepe Üniversitesi'ne geçtikten sonra, aile planlaması hizmetlerini geliştirmek ve uygulayıcılara yön vermek amacıyla Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü'nün kurulmasında önemli bir rol oynadı. Çok yoğun işleri arasına bu Enstitü'nün müdürlüğü görevini de ekleyerek nasıl bir eylem adamı olduğunu kanıtladı, Bir süre sonra bu Enstitüden ayrılmak zorunda kaldı ve Enstitü'nün etkinliğinin giderek azalmasına tanık olmanın üzüntüsünü yaşadı.

1965 yılında üst yönetimin başnaz tutumlarıyla uğraşmaktan yorgun düşerek müsteşarlıktan ayrıldı ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü'nde görev aldı. Hekiminden köy ebese kadar, sağlık personeli yetiştiren kurumlardaki öğretim ve eğitim sisteminin günün koşullarına uygun duruma getirilmesiyle sağlık hizmetlerinin başarılı olacağı inancıyla yeni bir eyleme geçti. Değişen dünya koşullarında halk sağlığı kavramının yerini toplum hekimliği kavramının aldığı ayırıcısına vararak, Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplum hekimliği anlayışıyla yetiştirilmeleri için ülke çapında önderlik etti. Sağlıklı bir yaşam sürmenin, her insanın doğal hakkı olduğu görüşüne uygun olarak giriştiği bu eylem, hekimliği satılabilir ve satın alınabilir bir hizmet olarak benimseyenlerin baskılarıyla 12 Eylül 1980'den itibaren yokedilmek istendi. Yükseköğretim Kurulu'nda (YÖK) görev alan en yakın arkadaşlarının nabza göre şerbet vermeleri sonucu, Tıp Fakültelerinde toplum hekimliği öğretim ve eğitimi kaldırılarak yerine kuramsal ve yüzeysel bir halk sağlığı öğretimi yapılmaya başlandı.

1983 yılında emekli olduktan sonra, Türk Tabipler Birliği'nde çalışmaya başladı. Bu dönemde, hekimlik ve hekim sorunlarının çözümüne yönelik eylemini 3 Kasım 1990 tarihinde ölünceye kadar sürdürdü. Yukarıda, Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in eylemleri ve kimi eylemlerinin engellenmesi çabaları kısaca belirtilmiştir. Bu özet bilgiler bile, O'nun, yaşadığı ortamdaki sağlık anlayışının çok ilerisinde bir bilim ve eylem adamı olduğunu kanıtlamaktadır. 1957-1990 yılları arasındaki eylemlerinin önümüzdeki yüzyılda -ve herhalde 2020 yılından önce- o günün koşullarına uyarlanarak-yeniden ve etkin bir şekilde ele alınacağına inanan bir kişi olarak onu saygı ve sevgiyle anıyorum.

(*) **Eylem** : Bir durumu değiştirme ve daha ileriye götürme yönünde etkide bulunma çabası.

PROFESÖR FİŞEK, BİLİM VE EĞİTİM

(Prof. Dr. Ayşen BULUT)

Öğretmenimiz Nusret Bey elli yılı aşan meslek yaşamına, başarılı öğrenciliği ile etkilenen öğretmenlerinin bilime daha fazla katkı yapabileceği yönlendirmesi ile mikrobiyoloji-biyokimya uzmanlığı ile başlamıştı, Hukukçuluğu bir yana bırakarak tercihini eşsiz bir can yoldaşı olma yolunda kullanan sevgili eşiyile birlikte yaşamına Harvard Üniversitesi'nde Doktora, Ankara Tıp Fakültesi'nde öğretim üyeliği, Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Kuruculuğu, öğretim üyeliği, Mezuniyet Sonrası Eğitim Fakültesi Dekanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Yöneticiliği, Türk Tabipleri Birliği Başkanlığını sığdırmıştı,

Yaşamına tanık olan şanslı kişiler onun başkalarından farklı olduğunu iyi bilirler. Nusret Bey tanıştığı kişileri, yazılarını okuyanları, öğrencilerini, çalışma arkadaşlarını, devleti, topluma kısaca herkesi etkiledi. Kaybının ardından Dünya Sağlık Örgütü yöneticilerinin yayınladığı mesajda Dünya'da çağdaş hekimlik anlayışının yerleşmesine yaptığı katkı anılıyordu. Nusret Bey Dünya'yı etkiledi, Nasıl etkiledi? Bu sorunun cevabı çok kolay. O farklıydı.

En önemli farkı demokrat oluşuydu. Yani etrafa ışık saçarken de sıradan bir insandı. Yeni bir asistanken, birlikte henüz bitmemiş Çubuk Sağlık Grup Başkanlığının korkuluksuz merdivenlerini çıkarken elimdeki hela maketini, "benim boyum daha uzun daha kolay taşıyım, sen bir yere takılıp düşebilirsin diyerek elimden almaya çalıştığını ne kadar çok kişiye anlatmışımdır. Sağlık Ocağı ve tez danışmanım olarak ocağa geldiğinde hastalarım bitmediği için beni beklerken, "hasta bakıp sana yardım edebilseydim daha fazla faydam dokunurdu" düşüncesini benimle paylaşması, kitabını biz, öğrencilerine armağan ederken "çalışma arkadaşım ...'e" olarak imzalaması bu özelliğinin boyutunu sergileyen küçük birer örnek.

ikinci farkı objektifliği idi. Öğrettikleri, anlattıkları, savundukları, yaptıkları hep temeli olan, gerekçeli ve ispatlanmış konulardı. Siz aksini ispatlarsanız sizin savınızı kabul etmeye hazırdı. Onunla herşeyi tartışabilirdiniz, Nusret Bey kaynak olarak hep bilimsel yöntemle toplanmış bilgileri kullandı. Hocasının söylediklerini aktarmadı. Belki de bu nedenle "hoca" kavramına otokrasiyi çağrıştırdığı için hiç prim vermezdi, Bilimsel yöntem, her adımda öğrettiği temel ilkeydi. Gözlem, hipotez, gerçekleştirme ve genelleme aşamalarından geçmemiş bilgiyi kullanmamamızı belletti.

Gözlem sayılarla ve tutarlı olarak ifade edilmedikçe geçersizdi. L. Kelvin'i tanıttı.

Hipotez kurma, düşünme sanatıydı, Ancak her gözlem gerçeği yansıtmazdı, Varyasyon olabilirdi, sekonder bir asosyasyona bağlı olabilirdi.

Bilginin gerçek olup olmadığı deneysel olarak sınanmalıydı. Tüm bu aşamalardan sonra bilgi genellenmeliydi. Yönetimde de ölçütler olmalıydı. Ölçütler sağlıklı toplanmalıydı. Oysa bir temel bilim olan yönetim hiç öğretilmezdi, O konu ile ilgili bilimsel disiplin, yöntem, yönetim, projeler arası ilişkileri öğrenebilmemizi kolaylaştırdı.

Araştırmacı kişiliği eyleme dönüklüğü ile birleşmiş, attığı her adımda olduğu gibi, verimlilik araştırma eğitimimize de temel olmuştu, Ona göre herhangi bir araştırmayı destekleyen, hedefin belli olmasını ister, araştırmacı iyi bir araştırma amaçlar, akademisyenler bilimsel açıdan mükemmel olsun ister ama bireyler ve toplum yarar beklerdi, Bu yüzden hizmet araştırmalarına özel önem verirdi. **Sağlık Hizmet Araştırmaları**, temel tıp ve diğer ilgili bilim dallarında üretilen bilgilerin var olan koşullarda kişinin ve toplumun sağlığını geliştirmek amacıyla uygulanabilmesinin sistematik olarak incelenmesi idi, Bu sayede sağlık politikası, örgütlenme, kaynaklar ve yönlendirme ile ilgili çalışmalar değerlendirilebilir, hizmet sunma ile ilgili sorunlar belirlenebilir ve belirlenen sorunlar çözümlenebilir. Taramalarla bu tür araştırmaları ayırdetmemize önem verirdi.

Projeler para ve zaman gerektirirdi, ancak akademik personel kavramları belirlemek için çok zaman harcayarak israfa neden olabilirdi. En az akademik hatayı sağlamanın olası olmadığını vurgulardı. Yöntem pragmatik olmamak gerektiğini, ama aşırı pratik olup da kontrolsüz, standartsız, sonunda gereksiz sonuçlar çıkan bir iş yapmış olmanın da araştırmacılıkla hiç bağdaşmayacağı temel öğretiydi.

Hizmete, hizmet araştırmalarına olan ilgisini, Şeyh Sadi'nin "kafasındaki bilgiyi kullanmayan insan sırtında kitap taşıyan eşeğe benzer" sözüne olan beğenisi ile bağdaştırıyorum.

Toplum hekimliğini, halk sağlığı ve koruyucu hekimlikle, sosyal hekimlik ve tedavi hekimliğini birlikte kapsayan, tümelci bir kavram olarak yerleştiren Fişek, hekimliğin yalnız hastalıklarla ilgilenen bir bilim değil, insan ve toplumun çevresi ile birlikte her çeşit sağlık sorunlarını inceleyen çözüm arayan bir bilim olduğunu benimsemişti.

Bu hekimlik anlayışını tıp öğrencilerine benimsetmek ve diğer kliniklerle iş birliği yapmak amacıyla kurduğu Toplum Hekimliği Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitimini uzun süre etkiledi. Ne mutlu ki, ben bu dönemin öğrencisi oldum. Türkiye'yi tanıyan, başarılı ve değişik konularda deneyimli 20 öğretim elemanı ve uzmanla kuruluş yıllarında 30'a yakın asistanın etkileşimi toplum hekimliği ilkelerinin yayılmasına öncülük etti. Tıp Fakültesi, eğitiminin ilk yıllarında, Dönem I'de son ders kurulu olarak 6 hafta süreli "Toplum Hekimliğine Giriş" de, sağlık yönetimi, deontoloji, demografi, sosyoloji, sosyal çalışma, psikoloji-sağlık eğitimi, antropoloji ve kamu yönetimi öğretilirdi. Dönem II'de yine son ders kurulunda, 5 hafta "Sağlık ve Koruyucu Hekimlik ilkeleri" öğrenilirdi. İnsanın çevresi ile bir bütün olarak değerlendirildiği bu kurul değişik uygulamaları da içerirdi. Dönem III'de bir yandan klinik ders kurulları yürürken, bir yıl boyunca Aile Kliniği

uygulamasını ile her hafta yarım gün denetimli ev ziyaretleri ile sürdürüldü, Dönem IV'de iki hafta süre ile Tüberküloz ve göğüs hastalıkları ile iş hekimliği eğitimini izleyen 6 haftalık bir sağlık ocağı stajı yaptık. Nusret Bey'in yönetiminde eğitimimiz çok zevkliydi. Olumlu eğitim ortamının tüm güzelliği içinde korkusuz, tedirginlik yaşamadan eğitildik, Eğitimler planlı, programlı, bol uygulamalı idi.

Dönem IV Staj Dosyasında her hafta ne yapacağımız, öğrenciden öğretim üyelerine kadar herkesin sorumlulukları yazılmıştı, Bir hasta ya da ev ziyareti raporu ve bir epidemiyolojik çalışma planının yer aldığı dosyanın gereği zevkle uygulanabilirdi.

Öğrenci eğitimi dışında da Toplum Hekimliği Enstitüsü bir eğitim yuvasıydı. O yıllarda bölümün aşağıda sunulan eğitimle ilgili çalışmaları bugünün öğretim üyelerine ders olacak niteliktedir:

Toplum Hekimliği Eğitim Uygulama Planı

- GENEL İLKELER
 - Kapsam
 - Yöntem
- OCAK HEKİMİ EĞİTİMİ
 - Kurs programı-ilkeler, Kapsam, Yöntem
 - Sürekli eğitim (Hizmet Dönemi)
 - Kurumsal eğitim (Çarşamba Toplantıları)- ilkeler, Kapsam, Yöntem
 - Görev başı eğitim
 - İlkeler - Uzman gezileri -Danışman gezileri,
 - Ocak hekiminin eğitici işleri (stajyer, intern, diğer personel, toplum)
 - Diğer Sağlık Personeli Eğitimi
 - Öğrenci Eğitimi-Tıp öğrencileri, Diğer sağlık bilimleri
 - Uzman ve Eğitmcilerin Eğitimi
 - Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için kamuoyunu aydınlatıcı çalışmalar.

Yüksek Öğretim Kurumu Yasası'nın kabulünden sonra tüm Tıp Fakülteleri'nde Halk Sağlığı Eğitimi adı altında Dönem IV de haftada bir gün içinde 2 saatlik süreli, toplam 2-3 haftalık bir ders programı uygulanmaya başladı. Sonraları Tıp Fakülteleri'nin çoğu tarafından 2 haftalık bir kurul şekline getirildi. Kırsal Hekimlik uygulaması ise Dönem VI' da iki ay süre ile yereldi. Hacettepe'nin staj dosyası intern dosyası haline geldi. Başka yerlere de yayıldıysa da nasıl uygulandığını hepimiz biliyoruz.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ VE TOPLUM KALKINMASI

(Prof. Dr. Cevat GERAY)

Geçen yıl Köy Enstitülerinin kurucusu İsmail Hakkı TONGUÇ'u anma toplantısında O'nun köylerin eğitim yoluyla kalkındırılmasına ilişkin düşünce ve çalışmalarını açıklarken, daha sonra girilmiş olan sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması hareketinin bu açıdan önemine değinmişim. Ayrıca, hem Enstitülerin ürünleri tam olarak alınmadan kapatılmış olmasının, hem de sağlığın toplumsallaştırılması çalışmalarının sonradan savsaklanarak bir yana itilmesinin Türkiye için ne denli bir talihsizlik olduğuna değinmişim, Böylece, öncü eğitimci TONGUÇ'u anma toplantısında öncü toplum hekimi FİŞEK'İ de anmış olduk. Bu bana, aşağıdaki satırları yazarak tarihe bir belge bırakmak açısından zevkli bir görevi yükledi.

Gerçekte, nedense anı yazmayı pek sevemedim, Bu yüzden de bundan kaçınmış olduğumun ayırdındayım, Fakat toplumumuzun ender yetiştirdiği örnek kişilerden biri olan Nusret FİŞEK için birşeyler yazmayı çok istediğim için bu konudaki bilgi ve görüşlerimi içeren bir yazıyla genç kuşakların O'nu tanımalarına yardımcı olacağı inancıyla, yine O'nun damgasını taşıyan bir olguya değinmeyi yeğliyorum.

1960'lı yılların başında Prof. Dr. Nusret FİŞEK'in öncülüğünde çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Toplumsallaştırılmasına ilişkin yasa ile başlatılan bir hareket, aynı dönemde birinci beş yıllık kalkınma planı uyarınca girilen toplum kalkınması deneme çalışma- bugün kırsal kesimin toplumdaki görsel önemi, özellikle sağlık hizmetlerinin düzeyi kuşkusuz bambaşka olurdu.

Toplum kalkınması kırsal alandaki sorunların çözümü için köylünün girişkenliği ele alması, yerel önderliğin öne geçmesi, yöredeki güç ve kaynakları harekete geçirmesi, bu amaçla örgütlenmesi, kamunun da desteğini sağlayarak ele aldığı işleri gerçekleştirmesi, çalışmaları değerlendirmesi, yeni konulara el atması amaçlanıyordu. Bugünkü katılımcı demokrasinin özünde de bu yatmıyor mu? Köylü adına başkalarının karar alması yerine köylünün kendini ilgilendiren konularda kendisinin karar vermesi isteniyordu, Zora dayanmayan, tepeden inmece olmayan bir yaklaşımla, köylünün gönüllü işbirliği, güç birliği yaparak kendi sorunlarını çözmesi söz konusu olduğundan demokratik bir katılım bekleniyordu, Köyün içinden çıkan yerel önderlerin ortaya atılması, çalışmalara öncülük etmesi toplum kalkınması yönetiminin önemli bir niteliğini oluşturuyordu. Bütün bunlar, toplum kalkınması yöntemini Köy Enstitüsü hareketine yaklaştırmaktaydı. Yirmi yıllık aradan sonra Türkiye'nin bu ve öbür deneyimlerinden yararlanarak kırsal alanda beklendik yönde, toplumsal ve ekonomik değişmeler yaratmak amaçlanıyordu. Kırsal alandaki kamu görevlileri bu konuya yatkın değillerdi. Bu nedendir ki toplum kalkınması deneme alanlarında her düzeydeki kamu görevlileri için bu konuda eğitim izlenceleri düzenleniyor, genellikle ilgili il ve ilçelerde uygulamalar yapılıyordu,

Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasına ilişkin yasa budanmamış ve yozlaştırılmamış ilk biçimiyle, toplumun katılımı ve kalkınması, hizmetin bireyin ayağına götürülmesi, hizmetin belli önceliklere göre yoğun bir iletişim ve bilgi akışı içinde, takım çalışması yapılarak tek elden yürütülmesi gibi çağdaş kamu yönetimi ve politikaları öngörüyordu.

Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması çalışmalarını tanımak fırsatını ilk kez 1963 yılında Muş'ta bu amaçla düzenlenmiş olan bir toplum kalkınması seminerinde bulmuştum, Muş'taki çalışmalar, sağlık ocağı ve evleri yapılarının bitirilmesi ve atanan görevlilerin bu yerlerde işe başlamasıyla belli bir uygulama aşamasına gelmişti.

Sağlık ocağı ve evlerinin yalnızca halka sağlık hizmeti sunmakla yetinmesi düşünülmemişti. Bu ocak ve evler aynı zamanda kırsal kalkınma odakları işlevini de görmesi bekleniyordu. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Milli Eğitim ve Tarım Bakanlıklarıyla birlikte üçlü bir ön anlaşma (protokol) yapmıştı. Sağlık hizmetinin sunulacağı köylerde, aynı alan içinde, sağlık yapıları yanında aynı zamanda okul ve kurslar, tarım ve veteriner çalışmaları için yapılar, görevliler için kamu konutları (lojman) yapılması, köye yönelik hizmetlerin buradan yürütülmesi, bu ön anlaşmanın en önemli ögesini oluşturuyordu. Böylece, kırsal gelişmenin üç sacayağını oluşturan eğitim, sağlık ve tarım hizmetleri aynı odaktan çevre halkına sunulacaktı. Bu, aynı zamanda, sözkonusu temel hizmetlerden sorumlu görevlilerin eşgüdüm içinde birlikte çalışmaları, yardımlaşmaları, ortak izlenimler yapıp uygulamaları, bu yoldan köylerin kalkınmasına katkıda bulunmaları için gerekli ortamı sunacaktı. Görevlilerin birarada komşu olarak yaşamaları, bireysel ilişkiler geliştirmeleri ve böylece etkin biçimde, eşgüdüm içinde çalışmanın havasının yaratılmasını da sağlayacaktı. Ayrıca köylünün karşılaştığı sorunların, öbür kuruluşları ilgilendiren boyutlarının hemen ele alınması çözüm getirilmesi olanağını da yaratacaktı,

Sonradan toplum hekimliği konusunda öğretim üyeliğine geçen o günkü Muş ili Sağlık Müdürü, sağlık görevlilerinin toplum kalkınmasına yapabilecekleri katkıları şöyle özetliyordu:

Kuşkusuz, toplum kalkınmasına ilişkin çalışmalarda sağlık görevlilerinin çok etkin bir konumları vardı. Çünkü, sağlık görevlileri yalnızca önüne gelen hastanın sağlığını bozan bedensel, ruhsal etmenlerle ilgilenmekten öte, hastanın içinde yaşadığı toplumsal, ekonomik, kültürel koşulları da incelemek, yüzyüze ilişkiler kurduklarından onlarda güven duygusu yaratarak onları toplum kalkınmasına yöneltmek, öbür kamu görevlilerinin sorunlara eğilmelerini sağlamak gibi bir işlev yüklenmeleri olanaklıydı.

İl Sağlık Müdürü'nün bu görüşünü doğrulayan olguları, aynı yıllarda Edirne'de Sıtma ile Savaş Örgütü'nün halkın sağlığı ve toplumun kalkınması konularında nasıl katkılar sağlayabileceğini gözlemlemek olanağını bulmuştum. Sıtmayla savaşta büyük başarı sağlanınca Edirne Sıtma Savaş Örgütü'ndeki doktorlar ilin öbür sağlık kurumlarındaki meslektaşlarının da katılımıyla köylerde ana ve çocuk sağlığı ocakları, sağlık evleri kurarak hergün köylere dağıldıklarını, sağlık hizmeti sunduklarını, bunu yaparken de kültürel, ekonomik ve toplumsal sorunların çözümünü için uğraş verdiklerini bugünkü gibi anımsamaktayım. Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırması çalışmaları henüz ülkenin batısına Edirne'ye ulaşmamışken bile aynı görüşü benimseyenler böylesi bir çalışmaya gönüllü olarak katılmışlar, toplum kalkınması çalışmalarına güç katmışlardı.

Türkiye'de hükümetlerin, hatta bakanların değişmesi girişilen başarılı ve köklü çalışmaların sekteye uğramasına yol açmaktadır. Köy Enstitüleri, Toplum Kalkınması hareketlerinde olduğu gibi Sağlık Hizmetlerinin Toplum-sallaştırılması çalışmaları da nesnel bir değerlendirme yapılmadan önce savsaklanmış, askıya alınmış ve solunda bir yana itilmiştir. Oysa, toplumsallaştırma süreklilik kazanmış, kurumsallaşmış olsaydı, aynı zamanda arsal alandaki değişme ve gelişmenin de itici gücünü oluşturabilecekti.

Nusret FİŞEK öğretmeni bu duygularla saygıyla anıyorum.

DOSTUM DR. NUSRET FİŞEK

(Dr. Frederic C. Shorter)

Benim Türkiye'de kalmak istememi ve son 28 yıl boyunca demografi ile ilgilenmemi sağlayan en önemli kişinin Dr. Nusret Fişek olduğunu söyleyebilirim. Dr. Nusret Fişek yaşamının bir kısmını demografik ve sosyal epidemiyolojik araştırmaları özendirmeye, korumaya ve desteklemeye ayırmıştı. Bilimsel geçerlilik taşıyan bilginin Türkiye için mutlak gerekli olduğunu düşünüyordu. Ölümünden birkaç ay önce kendi kişiliğine çok uyan bir davranışta bulundu, Bana ve diğer bazı kişilere Türkiye demografisi hakkında yeni ve güncel bir kitabın hazırlanması önerisinde bulundu. Bu konuda en son yazılmış kapsamlı kitap 1982 yılına ait olduğundan yeni bilgiler ve teknikleri içeren bir kitabın yazılma zamanının geldiğine inanıyordu.

Bu ricayı yerine getirme fırsatı, Devlet İstatistik Enstitüsü'nde danışman olarak çalıştığım sırada doğdu, Enstitüde küçük bir ekip oluşturuldu, iki yıl boyunca eldeki bütün demografik veriler incelendikten sonra "Türkiye Nüfusu, 1923-1994, Demografi Yapısı ve Gelişimi: 21. Yüzyıl Ortasına Kadar Projeksiyonlar" isimli kitap yazıldı. Kitap resmi bir yayın olduğundan içinde Dr. Nusret Fişek'e herhangi bir ithafta bulunulmadı. Ancak bence bu çalışma onun adına yürütülmüştür. Tümüyle bizden beklediklerini kapsamaktadır ve onun onayladığı yöntem ile yapılmıştır. Kitabın yazımında genç istatistikçiler ve demograflar birlikte çalıştılar, konularında gayet iyi olan bu insanlar çalışırken de çok şey öğrendiler. Gelecekte de güzel şeyler üretmeyi sürdüreceklerinden hiç kuşku yok,

Genel Sağlık Sigortasına Niçin "Hayır"

(Dr. Nusret H. Fişek)

Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Profesörü

Sağlık sigortasından söz ederken önce belirlenmesi gereken husus, sağlık sigortası ile milli cephe hükümetinin Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunduğu kanun tasarısının ayrı konular olduğudur, Bu nedenle bunların ayrı incelenmeleri gerekir.

Önce genel olarak sağlık sigortasından söz edelim, ilk belirtilecek nokta sigortanın bir sağlık hizmeti kurumu değil bir finansman kurumu olduğudur, Bazı ülkelerde sağlık sigorta kurumları kendi sağlık örgütlerini kurmuşlardır. Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu ve İsrail'de işçi sendikalarının sağlık sigorta örgütü bu biçim uygulamaların örneklerindedir. Ancak bu uygulamaların kaide değil, istisna olduğunu bilmek gerekir. Türkiye'de sağlık yardım hizmetinin de İşçi Sigortalı Kurumu'nun hizmetleri arasına alınması kararlaştırıldığında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın örgütlerinin yetersiz olduğu görülmüş ve bu nedenle sigorta kendi örgütlerini kurmaya başlamıştır. Bu uygulamanın tüm halka sağlık hizmeti götüren örgütlere yapacağı zararı kestiremeyen hükümet bunu olumlu olarak karşılamıştır, tıpkı şimdi genel sağlık sigortasını öneren hükümet gibi. Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık örgütleri az gelişmiş bölgelerde ve kırsal bölgede yaşayanların aleyhine gelişmiş ve gelişmektedir.

Örneğin, bugün Doğuda hastanelere uzman hekim bulamamanın en önemli nedeni Sosyal Sigortalar Kurumu'nun Batıda yarattığı iş olanaklarıdır.

Hekim oranı

1950'lere kadar sağlık hizmetinden çok sınırlı olarak yararlanabilen işçilerin sigortanın kurduğu sağlık örgütlerinden geniş ölçüde yararlanması, olayları geniş açıdan göremeyen bazı kimselerde, herkesi sigortalamakla aynı sonucun alınabileceği yanılgısını doğurmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu işçilere bu hizmeti Türkiye'de mevcut hekim hizmetini kendi tarafına çekerek sağlamıştır, Bugün Türkiye'de 2.000 kişiye bir hekim düşerken Sosyal Sigortalar Kurumunda 700 kişiye bir hekim düşmektedir. Buna rağmen sigorta örgütlerinin talebi karşılayamadığı hastane ve dispanserlerde yığılma olduğu ve bu nedenle hizmet kalitesinin düştüğü görülmektedir, Bu beklenen bir sonuçtur, Sigorta talebi artırır ve 700 kişiye bir hekimle sigortalılara sağlık hizmeti istenen düzeyde verilemez, Sağlık hizmetini sigorta yönetiminin değil, hekimlerin yürüttüğünü söylemek, herhalde, bilineni söylemek olur. Ama anlaşıldığına göre bunu bilmeyen veya değerlendirmeyen sorumlular var ülkemizde.

Ülkemizde, halk düzeyinde sağlık sorunu, bir finansman sorunu olmaktan çok, hekim gücü açığı sorunudur, Sağlık hizmetlerini geliştirmede önce çözümlenmesi gereken sorun hekim gücü sorunudur. Bu çözülemeyecekse finansman kaynağı yaratmak anlamsız olur. Bu nedenle Türkiye'de bugünkü şartlarda genel sağlık sigortası kurulamaz. Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarmak siyasi reklam materyali hazırlamaktan başka işe yaramaz.

19. yüzyıl sigortacılığı

Yirminci yüzyılın son dörtte birinde, her ülkenin mevcut sigortaları tasfiye ettiği bir çağda, 19. yüzyılın sigortacılığına sarılmanın anlamı nedir?

Biliyoruz ki 20. yüzyılda ikinci yarısında sağlık hizmetlerinden en yüksek düzeyde yararlanmanın bir insan hakkı olduğu ve bunu sağlamanın bir devlet görevi olduğu kabul edilmektedir. Sağlık sigortası ise 19. yüzyılda liberallerin, halkın sağlık hizmet isteğini karşılamak için yarattıkları bir kurumdur. Liberal düzende hekimlik ile çağdaş hekimlik arasındaki fark birincide hizmet üretimini pazar ekonomisi kurullarının düzenlemesi, diğerinde hizmeti devletin maaşla çalıştırdığı hekimlere yaptırmasıdır. Pazar ekonomisini en belirgin niteliği de hizmetin kazancın fazla olduğu yerde gelişmesidir. O halde liberal bir düzene hekimlerin aşırı ölçüde ihtisaslaşmaya kayması, büyük kentlerde toplanması kaçınılmaz bir olgudur. Yeter sayıda hekim olan ülkelerde bu etkinin farkına varılmayabilir. Ancak, liberal düzen, hekim sayısı yetersiz ve az gelişmiş ülkelere, her alanda olduğu gibi, güçsüzü ezer.

Yine sözü ülkemize getirelim. Türkiye'de sağlık düzeni liberal düzendir. Sigorta sağlık hizmeti pazarını genişleteceğine göre, bu kanun hekimlere her yerde, bu arada büyük kentlerde de, daha geniş iş sahası açacaktır, Bu durumda hekim, daha rahat yaşama, çocuğunu daha iyi okulda okutma gibi nedenler ile büyük kentleri tercih edecektir. Şimdi doğu illerine hekim bulunmaz iken, bu kanun yürürlüğe girince orta Anadolu ve hatta batı Anadolu'nun küçük ve az gelişmiş il ve ilçelerinde de hekim bulunmayacaktır. Ne yazık ki 20. yüzyılın son dörtte birinde çağdaş kapitalist düzene bile geçemeyen yöneticiler var.

Hükümetin kanun tasarısı

Şimdi hükümetin Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunduğu kanun tasarısına gelelim. Tasarı o kadar hatalar ile doludur ki hepsini burada saymaya gerek yok. Sadece önemli birkaç noktaya değinmek yeter. Bu kanuna göre, kanun hizmetlerin yapılması olanağı olan yerlerde uygulanmaya başlayacak ve kademeli olarak yurt içinde yayılacaktır.

Bunun anlamı sigortanın büyük şehirlerden başlamasıdır. Kanunun bir diğer hükmü sigortalı kişiye, özel muayenehane hekimleri dahil, istediği hekim ve hastaneye gitme hakkının tanınmasıdır, ilk bakışta çok yerinde gibi görülen bu hükmün altında yatan, hükümetin ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nun hekimlik hizmetinden elini çekmesini sağlamaktır. Bu tasarı kanunlaşır şöyle işler: Hiç bir hasta hükümetin sağlık tesislerine gitmez. Gitse bile hekim, "Arkadaş sen hükümete ortak mısın? Niye öğleden sonra

muayenehaneme gelmiyor-sun? Parayı sen verecek değilsin ya" diyerek hastaları muayenehanesine çekecektir. Sosyal Sigortalar Kurumuna gelince; sigortanın sağlık hizmetinden şikayetçi olan işçiler de, diğer sigortalılar gibi, hekim seçme hakkı isteyeceklerdir ve kesin bu hakkı alacaklardır. O zaman muayenehanelerde iş ve kazanç o kadar artacaktır ki. Sosyal Sigortalar Kurumu dahil, tüm kamu kuruluşlarındaki hekimler görevlerinden ayrılarak muayenehane açacaklardır. Hekimlerin kamu hizmetinden ayrılmaları ve çok daha fazla para kazanmalarının ne zararı var diye sorulabilir. Aslında köyde ve kasabada herkes hekim hizmetinden yararlanabilse bu durum önemli sayılmayabilir. Ama durum böyle değildir. Gerçeği açıklamak için ufak bir hesap yapalım. Sağlık sigortasının başarı ile uygulandığı ülkelerde 500 kişiye bir hekim düşmektedir, ihtiyaç bu düzeydedir. Buna göre ülkemizde mevcut 15.000 hekim ancak 7,5 milyon kişiye hizmet götürebilir. Geri kalan 33 milyon kişi bugünkü durumdan da kötü duruma düşer. Genel Sağlık Sigortası Kanununa "Hayır" demenin bir nedeni budur.

Son günlerde büyük isimleri olan yüz kadar hekimin genel Sağlık Sigortası Kanununu destekleyen bir bildiri imzaladıkları söyleniyor. Bu hekimler ne için halk yararına olmayan bu kanunu destekliyor. Kazançları artsın diye mi? Hayır, bu hekimler sigorta olmasa da kazanabilecekleri kadar para kazanmaktadır.

İstenen şey muayenehane hekimliğinde kazanç olasılığını arttırarak hekimlerin büyük çoğunluğunu muayenehane hekimliğine bağlamak ve tüm halka eşit hizmet götürmek isteyen hükümetlerin sağlık hizmetlerini sosyalleştirme çabalarını baltalamasıdır. Genel Sağlık Sigortası Kanununa "Hayır" demenin ikinci nedeni budur.

Koruyucu hekimlik

Sağlık alanında koruyucu hekimlik hizmetlerinin öncelik aldığında görüş birliği vardır, Bir diğer gerçek en liberal ülkelerde bile bu alanda pazar ekonomisinin işlemediğidir. Koruyucu hizmetler için hükümetlerin hekimleri maaşla çalıştırmaları zorunluğu vardır, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bugünkü hekim kazanç düzeyinde bile bu hizmetlere hekim bulamamaktadır. Hekim kazancı şimdikininki birkaç katına fırlayınca nasıl hekim bulur, Sağlık Sigortası Kanunu'na "Hayır" demenin üçüncü nedeni budur,

Sosyal Sigortalar Kurumu işçilerin kazancının yüzde onuna yakın prim almasına ve hekim seçme hakkı tanımamasına rağmen açık vermektedir, Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda prim miktarı kazancın yüzde 4'üdür ve sigortalı özel hekime gidecektir. Bu biçim uygulamada büyük finansman açığı olacağını söylemek için uzak görüşlü olmak gereksiz. Kanunu hazırlayanlar da bunu gördükleri için açığın genel bütçeden kapatılacağı hükmünü getirmişlerdir. Sigorta kademeli olarak uygulanacağına göre sigortadan yararlanma imtiyazı verilen vatandaşa yapılan hizmetin yükünü bu hizmetten yararlanmayan fakir, zengin herkes çekecektir. Kimin için? Sadece sigortalılar için değil, bu kanunun uygulanmasından büyük kazanç payını alacak hekim, ilaç üreticisi ve satıcıları için, Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na "Hayır" demenin dördüncü nedeni budur.

Örgütlenme modeli

Şimdi yazımıza başlarken değindiğimiz bir diğer noktaya gelelim. Sağlık sigortası tüm halka yararlı olacak biçimde geliştirilemez mi? Geliştirilebilir. Bunun için Türkiye'nin olanakları gözönüne alınarak bir örgütlenme modeli geliştirmek gerekir.

Bu yapılmıştır. Geliştirilen model sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunda öngörülen örgütlenmedir, Bu model bazılarının sandığından farklı olarak araştırmalara dayanılarak ve ülkemizin şartlarına uyacak biçimde hazırlanmıştır, Etimesgut bölgesinde 10 yıldır sürdürülen uygulama göstermiştir ki sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunun getirdiği model ülkenin koşullarına uygundur ve hizmetler kanununun ön gördüğü bütün şartlar yerine getirilerek uygulanırsa başarı sağlanır. Kanunun uygulandığı diğer illerde başarısızlığın nedeni yersiz politik müdahale ve-baskılar ile yönetimin yetersizliğidir.

Ülkemizde sağlık örgütlenmesi sorunu çözümlendikten sonra hükümet genel bütçe kaynakları ile kapatılmayacak bir finansman açığı görür ve bu açığı vergileri arttırarak kapamayı sakıncalı bulursa halktan sağlık sigorta primi toplamak için bir kanun çıkarabilir. Bu yarıdan sonra "Acaba çıkarmalı mıdır?" diye de düşünebiliriz. Böyle bir kanun çıkarmanın içtenlikle tavsiye edilebileceğini sanmam. Çünkü sigortaya prim ödemenin kişi üzerinde olumsuz psikolojik etkisi vardır. Kişi para ödedim diye ihtiyacı olmadan da hizmeti kullanıyor, hekim zamanını israf ediyor, ilaçları gereksiz yere tüketiyor.

Yazımı 1970 yılında XXI. Milli Tıp Kongresine sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda sunduğum raporun sonuç paragrafını aktararak bitirmek istiyorum.

"Yukarıda belirtilen hususlara dayanılarak denebilir ki, memleketimizde bugünkü şartlarda sigorta kurulması gerekli . değildir. Hükümet vatandaşlar arasındaki sağlık hizmetinden yararlanmadaki farklılığı daha da belirgin bir hale getirmemek için sağlık sigortasından imkan ölçüsünde kaçınmalı, sağlık konusunda gereken önemi vererek genel bütçeden sağlık hizmetlerine düşen payı en az yüzde 6'ya çıkarmayı bir prensip olarak kabul etmeli sağlık hizmetlerini bir an önce bir elde toplamalı ve verilen ödeneklerin en verimli bir şekilde kullanılabilmesi için sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini uygulamaya daha fazla ve daha disiplinli çaba harcamalıdır,"

Genel Sağlık Sigortasına Niçin "Hayır"
(Dr. Nusret H. Fişek)
Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Profesörü
Cumhuriyet, 6 Ocak 1976