

ÇALIŞMA ORTAMI

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

KASIM 1993-SAYI: 11

Fişek Özel Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını' iki ayda bir çıkar

BU SAYIDA NELER VAR?

Hindistan'dan: İşyerinde Sağlık ve Güvenliği Geliştirilmesinde İşçilerin Rolü (G. Ramanujam)

Hedef : İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları (Doç. Dr. A. Gürhan Fişek)

Kadın İşçi Sorguluyor:

- Eşitliğe Giden Yollar (Mary Chinery-Hesse)
- Zirveye Doğru Eşitsiz Yarış (Maria Angelica Ducci)

Çocuklar Çiçektir:

- Kentsel Yoksulluk ve Çocuk Emeği: Şili'de Çocuk Emeğinin İncelenmesi (Maria de la Luz Silva)

Büyüteç Yerel Yönetimler ve Sağlık

- Çağdaş 1930'lar! (Bülent Tanık)
- Belediyeler ve Sağlık Hizmeti (Doç. Dr. Remzi Aygün)
- Yerel Yönetimler ve Sağlık Hizmetleri Üzerine (Mehmet Kuşçu)
- Anahtar İnsanlar, İhtisaslaşmış Zabıta (Dr. Nezih Varol)
- Duyarlı Esnaf-Bilinçli Tüketici (Alev Araş)
- Yerel Yönetimler ve Tüketici (Turan Çakar)
- Temel Sağlık Hizmetleri Yerel Yönetimlere Devredilmelidir!... (Doç. Dr. Firuz Demir Yaşamış)
- Kişiyeye Yönelik Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri Tümüyle Belediyelere Devredilebilir mi? (Y. Doç. Dr. A. Erdal Sargutan)

Okur Kaleminden:

- Okur "Topluçalışım'ı: Yerel Yönetimler ve Sağlık (Dr. Bülent Kılıç)
- Nusret Fişek'in Öğrencisi Olmak (Doç. Dr. Ayşen Bulut)
- **Prof. Dr.Nusret H. Fişek Köşesi**

Hindistan'dan:

İşyerinde Sağlık ve Güvenliğin Geliştirilmesinde İşçilerin Rolü

G.Ramanujam

Dünya işçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kongresi ilk kez gelişmekte olan bir ülkede düzenlenmektedir. Bu da gösteriyor ki konferansı düzenleyenler, sağlık ve güvenlik sorunlarının yalnızca ileri ülkelere özgü olmadığını farkındadır. Gerçekte pek çok gelişmekte olan ülkede bu sorunlar vardır, Hindistan da bunlardan biridir. Endüstri kazaları, gelişmiş ülke-gelişmekte olan ülke, kuzey ülkesi-güney ülkesi, demokrasi-diktatörlük ayırımı yapmaz. Yalnızca birincilerde bu sorunlar olabildiğince açığa çıkarılırken ikincilerde önemsenmez ya da genellikle örtbas edilir.

Belki benim bir işçi temsilcisi olarak işçilerin rolü hakkında konuşmaya yetkili olduğum düşünülüyor olduğundan, bu konuşmayı yapmam istendi. Ancak işçi temsilcisinin "İşyerinde Sağlık ve Güvenliğin Geliştirilmesinde İşverenlerin Rolü" konulu bir konuşma yapmaya davet edilmesi daha etkili ve gerçekçi olurdu. Başkalarının kusurları her zaman için kendi kusurlarımızdan daha fazla gözümüze batar. İşverenler de her zaman işçilerin gözü önündedir. Aynı şekilde işçilerin kusurları da, daha çok işverenlerin dikkatini çekecektir. Sağlık ve güvenlik aslında işçi ve işverenlerin, yönetim ve sendikaların ortak çabasının bir ürünüdür. Yine de bu konuda ilk girişim işverenden gelmelidir.

Dünyanın dikkatinin Hindistan'a yönelmesi için Bhopal faciası boyutlarında bir olayın yaşanması gerekmiştir. Bhopal'deki işçiler hangi kimyasal-maddeyi ürettiklerini, bunun kendileri ve çevredeki insanlar üzerinde yapabileceği kötü etkileri bile bilmiyorlardı. Aynı şekilde, kaza olduktan sonra da hiç kimse kazanın niye olduğunu, nasıl çare bulunacağını, ne gibi etkileri olacağını bilmiyordu. Yalnız işçilerin değil, bazı yönetici personelin bile güvenliği sağlanmamıştı. Bu önlenemez durum, doğal olarak fabrika içindeki ve dışındaki binlerce insanın ölmesi ve sakat kalmasıyla sonuçlandı. Ölüm ve kalıcı sakatlıkla sonuçlanan bu tür kazaların bedeli ve işverenin, ne de sigorta şirketinin verdiği parayla karşılanamaz. Bhopal faciasından beri Hindistan'da ve diğer ülkelerde işçi ve işverenler arasında sağlık ve güvenlik eğitim programlarının gerekliliği gittikçe daha çok anlaşılmaktadır.

Bu kazalardan en kötü etkilenenler her zaman işçiler olmaktadır. Özellikle kömür işçiliği, madencilik, kimyasal madde ve gübre sanayi, mühendislik, inşaat, kibrit üretimi gibi kazaya açık sanayi kollarında işçilere, denetimcilere ve yöneticilere ayrı ayrı ya da ortak olarak sağlık ve güvenlik eğitimi verilmelidir. Şu anda böyle sürekli bir eğitim programı yoktur. Ancak Bhopal faciasının ardından, konuyla ilgili seminerlerin ve sempozyumların sayısında ani bir artış olmuştur. Bu seminerlerden oldukça övgüye değer sonuçlar çıkmıştır. Sorun, ne yapacağımızı bilmememiz değildir. Sorun, gerekeni yapmak için isteğimiz olup olmamasıdır. İşçilerin ölüm-kalım sorununa seminerlerle çözüm bulunamaz, işverenler, yalnızca fabrikalarında bir güvenlik yöneticisi görevlendirerek sorumluluktan kaçamazlar. Bu güvenlik yöneticisi genellikle güvenlikle ilgisi olmayan işlere bakar ve yönetim tarafından fazla ciddiye alınmaz. Güvenlik yöneticilerinin süs eşyası olmadığı akılda tutulmalıdır. Aynı şekilde işverenler, işçileri bir sigorta şirketine göndermekle yetinmemelidir. Böyle davranmakla yalnızca kendi yükümlülüklerini yerine getirdiklerini kanıtlamış olurlar. İşverenlerin, kazaların önlenmesi konusuna daha fazla eğilmeleri gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık, güvenlik ve çevre konularında özenli düzenlemeler getiren iyi bir Fabrikalar Yasası bulunmaktadır. Fakat yasanın gerektirdiği koşulların uygulanıp uygulanmadığı hakkında yeterli kayıt tutulmamaktadır, işçiler, bir yetkilinin fabrikalarını ne zaman ziyaret edeceğini bile bilmemektedir.

Sendikalar da genellikle uygulamadaki ihmallerle fazla ilgilenmemekte, daha yüksek ücretler ya da diğer parasal kazançlar için pazarlık etmekle uğraşmaktadırlar. Sağlık ve güvenliğin öneminin ve karmaşıklığının farkına varmaları için sendika liderleri özel eğitimden geçirilmelidir. Güvenlik hareketinin mesajları her fabrikaya, her çiftliğe, hatta karayolu ve demiryolu yapımında çalışan bütün işçilere ulaşmalıdır. Son zamanlarda karayolu ve demiryolu taşımacılığı endüstrisinde iş kazaları gittikçe artmaktadır. Daha iyi korunma önlemleri ile bunların çoğunun önüne geçilebilir. Daha önce kaza açısından güvenli sayılan tarla işçiliği bile, zehirli kimyasal maddeler ve pestisitler (böcek öldürücüler) nedeniyle tehlikeli hale gelmiştir. Her iki taraf da güvenliğin gözardı edilemeyeceğini anlamalıdır. Kısmi güvenlik diye bir şey yoktur, güvenlik tam olmalıdır. Güvenlik bir zorunluluktur, işverenler ve yönetim, sendikalar ve üyeleri, hükümetler ve memurları tarafından ortaklaşa garanti altına alınmalıdır. Bu konuda etkin bir üçlü çaba gösterilmesi gereklidir.

BAZI ÖRNEKLER

ÇİMENTO

Hindistan'da asbest fabrikası, çimento fabrikası ve tabakhane gibi işyerleri vardır. Buralarda çalışanlar için mesleki tehlikeler söz konusudur, Çimento fabrikalarının çoğunda bacalardan çıkan toz yalnız işçileri değil, çevrede yaşayan insanları ve bitkileri de etkiler. Hükümetimiz bütün çimento fabrikalarına elektrostatik toz çöktürücü takılmasını zorunlu tutmuştur. Uygulamada ise bütün fabrikalar güvenlik donanımı kurmamıştır, kuranlarınki de düzenli çalışmamaktadır. Belki de fabrika müfettişlerinin denetimi sırasında birkaç saat için çalıştırılmaktadırlar.

ASBEST

Asbest, yavaş öldüren bir madde olarak bilinmektedir. Ülkemizde bazı asbest fabrikaları bulunmakta, buralarda çalışan işçiler sürekli tehlikeye sunuk kalmaktadır. Yalnızca risk düzeyinin saptanması için kesin

standartlar belirlemekle kalınmamalı, fabrikaların bu standartlara uyması da sağlanmalıdır. Sağlık ve güvenliğin uygulanması konusunda hem işveren, hem de hükümet görevini yerine getirmelidir.

TABAKHANELER

Deri endüstrisindeki çalışma koşulları çok tehlikelidir, işçiler her türlü hastalığa sunuk kalmaktadır. Bu fabrikaların atıklarını yok etmek için hiç bir düzenleme yapılmamıştır. Arıtılmamış atık sular fabrika çevresinde yaşayanları tehdit etmektedir. Kuyular da kirlendiğinden içme suyu miktarı kısıtlanmakta, çevre sağlığı sorunları ortaya çıkmaktadır.

İÇKİ FABRİKALARI

Havayı kirletip işçilerin ve toplumun sağlığını bozan pek çok sanayi kolu daha vardır. Örneğin bazı içki fabrikalarından kilometrelerce uzağa kötü kokular yayılmakta ve bütün havayı kirletmektedir. Bütün bu kötülükleri ortadan kaldırmak için üçlü adımlar atılmıştır, ancak işçilerin ve çevrede oturanların sağlığını garanti altına alma umudu henüz yoktur.

Sanayide çalışan işçiler için acil konut sıkıntısı vardır. Kamu sektöründeki işverenlerin çoğu işçilere konut sağlamaya çalışıyorsa da özel sektör için aynı şey söylenemez. Sağlıklı ve temiz bir yaşam için kapsamlı bir konut programı yapılması gereklidir, işçilerin sağlıklı olması için temiz bir evde yaşamaları zorunludur. İşçilerin çoğu şehirlerin gecekondu bölgelerinde, her türlü hastalıkla karşı karşıya yaşamaktadır. Uygun ve yeterli konut olmaması işe devamsızlığın yanında üretkenliği ve verimliliği de etkiler.

GEÇİCİ VE SÖZLEŞMELİ ÇALIŞMA

Geçici ve sözleşmeli işlere gelişigüzel başvuruların olduğu iş kollarında kazalar artmaktadır. Bu işçiler çalışma öncesinde hemen hemen hiç eğitim almazlar ve genellikle mesleki tehlikelere karşı karşıyadırlar. İnşaat gibi alanlarda iş güvenliği bulunmadığından ve gelişmekte olan ülkelerde bu işler düzenli bir sanayi şeklinde olmadığından, buralarda çalışan işçileri örgütlemek de güç olmaktadır.

KİBRİT SANAYİİ

Kibrit yapımı sırasında sık sık kaza olmaktadır. Bu sanayinin bir özelliği de çocukların çalıştırılmamasıdır. Kazaların sıklığı, denetimlerin gevşekliğine ve çalışmanın iyi düzenlenmemiş olmasına bağlıdır. Kibrit fabrikaları denetlenirken, gönüllü kuruluşların temsilcilerinin de fabrika müfettişlerine eşlik etmeleri istenmelidir.

155 NO'LUILO SÖZLEŞMESİ

İşçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili 155 No'lu ILO sözleşmesi, bütün ülkelerdeki sendikaların onayladığı temel ilkeleri ortaya koymaktadır.

- 1) İşçi sağlığı, iş güvenliği ve çalışma ortamı ile ilgili tutarlı bir ulusal politika gereklidir.
- 2) Ulusal yasaların kapsamına bütün işçiler, bütün iş kolları ve bütün riskler girmelidir.
- 3) İşverenler, işyerindeki bütün tehlikeleri kontrol altına almak için plan yapmalıdır.
- 4) İşçilerin ve işçi örgütlerinin, yasaların hazırlanmasına ve uygulanmasına mutlaka katılmaları sağlanmalıdır.

SENDİKALARIN KATILIMI

İşçilerin katılımı olmadan iyi bir işçi sağlığı ve iş güvenliği standardına ulaşamaz, işçilerin katılımı da sendikaların katılımına bağlıdır, işçiler işyerindeki tehlikelerin, özellikle de zararlı maddelerle uğraşmanın akut etkilerinin farkındadır. Ne yazık ki şimdiye kadar işverenler ve hükümetler, işçilerin bu konulardaki deneyimlerini ve sendikaların görüşlerini bilimsel olarak geçerli saymayı reddetmişler, en azından isteksiz davranmışlardır. Bu konudaki kanıtlar gözardı edilemez dereceye gelinceye kadar da çok geç olmuştur. Bu sorun, şüphesiz ki yalnızca gelişmekte olan ülkelere özgü değildir.

İşçiler bilimsel bir eğitim almamış ya da teknik terimleri bilmiyor olabilirler, ancak tehlikelerle ilk önce karşılaşan onlardır, işverenler ve hükümetler artık bunun farkına varmalıdır. Farkına varmaları gereken diğer bir konu ise kazaların çoğuna neden olan* ve işçilerin sağlığını tehlikeye sokan etkenin işçilerin aldırmaçlığı ve dikkatsizliği değil, daha fazla üretim için üzerlerinde taşıdıkları baskı olduğudur. Ulaşılması güç hedefler ve yönetimin baskıları, işçilere güvenlik sınırlarının ötesinde çalışmaya zorlamakta ve kazalarla karşı karşıya bırakmaktadır.

İşçiler ve sendikalar sağlık ve güvenlikle ilgili düzenlemelere, özellikle de standartlara uyulup uyulmadığının denetlenmesi işine, sonradan düşünülüp eklenmek yerine yapısal olarak katılmalıdır. ILO'nun 81 ve 129 No'lu Sözleşmelerinin çerçevesi, işçilerin denetime katılımı konusunda yeterince açık değildir. İşçi temsilcilerinin denetime katılmaları için önce denetim sistemine güven aşılmalı gerekecektir, bu da pek çok ülkede yoktur.

Toplu sözleşmelerde sendikalar, işyerindeki kötü koşulları (ısıya ve toza sunuk kalma, kötü kokular gibi) parasal olarak karşılayacak maddeler konmasını istemektedirler. Ancak hastalıkları önlemek için herhangi bir çözüm önerilmektedir, işyerlerindeki çalışma koşullarıyla ilgili meslek hastalıklarını önleyici standartlar konmalıdır. Bazı sanayilerde, hükümet onaylamamış olsa bile işverenlerle ILO standartlarına uyma konusunda gönüllü olarak görüşmeler yapılmaktadır,

ILO ve uluslararası sendika kuruluşlarının yardımıyla bazı yerlerde eğitimler yapılmıştır. Burada ilginç olarak gözlenen, gelişmiş ve gelişmekte olan ülke sendikalarının deneyimlerinin benzerliğidir. Endüstriyel olarak en gelişmiş toplumlarda bile ekonomik çöküntü zamanlarında sağlık ve güvenlik harcamalarının ödenemeyeceği söylenmektedir, insana saygı göstermeyen bu anlayışa hoşgörü ile bakılamaz.

Sendikacı olarak işverenlerden atmalarını istediğim adımlar, henüz far kında olmasalar da, kendi yararlarına olacak gelişmelerdir, işçi sağlığı ve iş güvenliği, yüksek verimlilik ve uluslararası standartlar arasındaki

bağlantı tekrar tekrar kanıtlanmıştır.

Sonuç olarak, sağlık ve güvenlik ahlaksal açıdan doğru olmakla kalmayıp, ekonomik açıdan da önemli dir. ILO'nun l ilkeleri iyi bir çalışma ortamı geliştirmek için güvenilir bir modeldir. Hkmet, işçi ve işverenler birlikte çalışarak ILO'nun asıl metninde ve Philadelphia bildirgesinde ana hatlarıyla sözü edilen bu ilkeleri yaşama geçirebilirler.

(XIII. Dünya İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kongresi, Yeni Delhi, 4-8 Nisan 1993te sunulan bildiri)

HEDEF

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları

Doç. Dr. A. Gürhan FİŞEK

Yasalar koyarak, onun kendiliğinden uygulamaya geçmesini bekleme yaklaşımının bir hayal olduğu anlaşılalı 160 yılı geçti. Yasaların uygulaması için polis-müfettiş gücüne bel bağlamak da yüzyılımızda, başarısızlığı yüzlerce kez sergilenen bir yöntem olmuştur.

O halde yasaları uygulamaya geçiren asıl ivme nereden gelmektedir? Bunu ortaya çıkarmamız gerek, işyerlerini sağlıklı ve güvenli kılmamızın yolu bu. Yoksa insanın sağlığını nasıl koruyacağız? Önce işçilerin sağlığını ve üretkenliğini tehdit eden bir sürü etmen, şimdi onların yanı sıra çevresel etkileri dolayısıyla dalga dalga tüm insanları tehdit etmektedir.

Yasaları uygulamaya geçiren asıl ivmeyi, toplumda, bunun uygulanmasından yarar gören gruplar vermektedir. Bu grupların genişliği, örgütlülüğü ve gelişmeye dönük istemlerinin yoğunluğu ölçüsünde, o ülkede demokrasiden ve sosyal politikalarından söz edilebilir. O halde hedefimiz, daha geniş grupların örgütlü bir biçimde çıkarlarını korumaları ve gelişmeyi zorlamalarıdır.

İşçi sağlığı iş güvenliğinin (İŞS-İŞG), toplumda ne denli geniş bir kesimin çıkarına olduğunu gözümüzün önüne getirelim. Bir sendika üyesi olsun ya da olmasın, işçi sayılsın ya da memur-çiftçi-çırak diye adlandırılınsın ya da henüz kundakta bir bebek olsun İŞS-İŞG onu yakından ilgilendirir.

İşte bu anlamda insanlar bu alandaki hak ve çıkarlarını korumakta, gelişme özlendirmelerini dile getirmektedirler. Bunun için yüzyıllar süren deneyimler içinde çeşitli kanallar oluşturulmuştur. Bu kanallar, sosyal politikalar izleyen ülkeler tarafından, özellikle desteklenmekte ve geliştirilmektedir. Hakların uygulamaya geçirilmesinde, yasalardan çok iş ve toplum sözleşmelerinin kullanılması yoluyla, haklara sahip çıkan mekanizmalar güçlendirilmek istenmektedir.

İŞS-İŞG Kurulları bu kanallardan, yaratılmak istenen bu mekanizmalardan biridir, işyeri gibi toplumun en alt örgütlenme birimlerinden birinde yer alması nedeniyle, katılımı, önemli olanaklar içermektedir. Bu yönüyle, bu kurullar, bir demokrasi okulu oluşturmaktadır.

Çağdaş yaklaşımlar bir yana bırakılsa bile, devlet tarafından yapılan denetim, bir nokta denetimi olduğundan, zaten işyerinde önerdiği önlemleri izleyen bir odak bırakmak zorundadır. Bu odak, yasalarda da yer verilen İŞS-İŞG Kurullarıdır.

İş Yasası'nın 76. maddesi sürekli olarak 50 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde bir işçi Sağlığı İş Güvenliği (İŞS-İŞG) Kurulu oluşturulmasını zorunlu kılmıştır. Bu zorunluluğun, yine aynı nitelikteki işyerlerinin işyeri hekimi bulundurma işlevi ile elele gitmesi olumlu ve dikkat çekicidir.

Bu kurullar tümü de o işyerinde çalışan şu kişilerden kurulur:

- İşveren veya işveren vekili,
- İşyeri güvenlik şefi, yoksa işyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği konularında görevli teknik bir kişi,
- İşyeri hekimi,
- Sosyal işler danışmanı, yoksa personel veya personel işleri yürütmekle görevli bir kişi,
- Varsa sivil savunma uzmanı,
- İşyerinde görevli formen, ustabaşı veya usta,
- 274 sayılı Kanunun değişik 20'nci maddesi hükmü uyarınca işyerinde bulunan sendika temsilcilerinin kendi aralarında seçecekleri bir işçi, işyerinde sendika temsilcisi yoksa, o işyerindeki işçilerin yarısından fazlasının katılacağı toplantıda açık oyla seçilecek bir işçi.

Ödevleri şunlardır:

- Çalışanlara yol göstermek,
- Alınması gereken önlemleri saptamak, dile getirmek ve izlemek,
- Ölüm veya sürekli iş göremezlikle sonuçlanan kaza ve hastalık olgularına neden olan koşulları ve yinelenmemesi için alınması gereken önlemleri belgelemek,
- İŞS-İŞG'nin sağlanıp yerleştirilmesi ve gelişmesinde ilgiyi ayakta tutmak,
- Sağlık ve güvenlik durumuyla ilgili yenilikleri izlemek, bu konudaki bilgileri toplamak-değerlendirmek ve bunlara ilişkin önlemlerin alınmasını önermek,
- Yıllık değerlendirme raporu hazırlamak.

Bu kurulların işyerindeki rolü, işyeri ortamının olumlu kılınmasında çok önemlidir. Ancak bu kesinliğe karşın, yine kesin olan bir şey varsa o da bu kurulların işlevlerini yerine getirmekten çok uzak olduklarıdır. Neden? Bunu irdeleyebilmek için önce işyeri düzeyindeki İŞS-İŞG etkinliklerine katılımı engelleyen etmenlere göz atmamız gerekiyor.

Bu etmenler 10 başlık altında toplanabilir:

1) Çalışma yaşamı ile ilgili sorunların üç önemli ögesi olduğu söylene-gelmiştir: işçi, işveren, devlet. Konunun uzmanları ve bilim çevreleri bu yapılanma dışında tutulmuştur. Uzmanların, üç ögeye kendi bilim alanları ile ilgili destek olacakları düşünülmüştür. Bu yaklaşım şu yanılığın beraberinde getirmekte midir? Bilim yan tutmak zorundadır.

Bunun içindir ki, torna başında çalışan ve üretime katılan bir işçi, işverenden ücret aldığı halde, kendisini bağımsız ve çıkarları doğrultusunda hareket edebilir bir öge olarak görmektedir. Buna karşın, hekim ya da mühendis, işverenden ücret aldığı için, bağımsızlığını yitirmekte ve farklı çıkarılara hizmet eder

görebilmektedir. Yanılığının kaynağı, işçilere, "bilimin yan tutmak zorunda" olduğunun düşündürülmesidir. İşyeri düzeyinde, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili etkinliklere katılımı sınırlayan etmenlerin başında işte bu yaklaşım gelmektedir. Her şeyden önce, çalışma ortamını olumlu kılmak isteyen tüm çevrelerin, önce bilimin bağımsızlığını ve nesnelliğini savunmaları gerekmektedir.

2) Çalışma yaşamına damgasını vuran üç öğeden ikisini oluşturan, sendikalarda, en çok üyeye sahip olanının temsili öngörülmüştür. Bunun altında, en çok üyeye sahip sendikanın, yalnızca kendi üyelerini (hatta o yönetime oy verenleri değil), kendisiyle aynı çıkarı ve gelecek özlemini paylaşanları temsil edeceğini öngörmüştür. Diğer bir deyimle, kendi çabasıyla bir eşgüdüm merkezine dönüşeceğini varsaymıştır. Ama ülkemiz için bu gerçekleşmemiştir. Dolayısıyla üçlü yapı anlayışı, toplumun geniş kesimlerine aktarılamamış ve benimsetilememiştir.

3) İşyeri düzeyinde, İşS-İşG ile ilgili etkinliklere katılımı sınırlayan diğer bir etmen, işçilerin bu alandaki bilgi düzeyleridir. Yalnızca, kulaktan dolma bilgiler ya da uygulamalardan kaynaklanan gözlemler, yanıltıcı olmaktadır. Dolayısıyla, işçinin, sorunlarını dile getirmede ve haklarını savunmada, öne sürdüğü savlar inandırıcı olamamaktadır.

Aynı eksiklik, işyerinde görev yapan işletmeci, mühendis, sosyal işler görevlisi, hekim vb. görevlileri için de geçerlidir. Bu insanlar da öğrenim yaşamlarında, İşS-İşG alanında bilgi ve deneyim sahibi kılınmamışlardır. Bu da onların işlerini daha iyi yapabilmek için, İşS-İşG ile ilgili bilimsel-teknik olanaklardan yararlanmalarını sınırlamaktadır.

Bu noktada, çok önemli bir psikolojik savunma mekanizması ortaya çıkmakta; yanlışlarının ve eksikliklerinin ortaya çıkmaması için, görevliler, bir başkasının, işleri konusunda söz ve karar sahibi olmasına şiddetle direnmektedir.

4) Hak arama özgürlüğündeki ve iş güvencesindeki sınırlılıklar da, etkinliklere katılımı sınırlayan bir etmendir. Kişiler kendi haklarının peşine düşebilsinler ki, örgütleri de onları bu uğraşlarında desteklesin ve aynı uğraşı paylaşanlarla biraraya getirebilsin. Ama ne yazık ki, en doğal haklarını istemek zorlukla bulunmuş ve yaşamı sürdürmek için zorunlu olan bir işi yitirme, olasılığını gündeme getirmektedir. Kişiler bir seçime zorlanmaktadır.

Aynı seçim, İşS-İşG kurullarında görev yapmaları öngörülen sendika temsilcileri ya da işçilerin sözcüleri için de geçerlidir. Bu, işçi temsilcilerini, uygulamalar ya da önlemler konusunda ısrarlı olmaktan caydırmaktadır.

5) Bir diğer önemli etmen, ülke ölçüsünde, İşS-İşG'ne ilişkin hizmet zincirinin varolmamasıdır. Diğer bir deyişle, işyerlerinde biyolojik ve çevresel ölçümler yapılmasını sağlayan, risk değerlendirmeleri ve araştırmalar yapan vs. kuruluşlar bulunmamasıdır.

Bu nedenle, tek tek işverenler, sorunların saptanması, önlemlerin planlanması, uygulanması ve izlenmesi konularında, her şeyi kendileri yapmak zorunda kalmaktadırlar. Bu da olabilirlikleri ve maliyetleri etkilemektedir. Aynı güçlük, işverenin yükümlülüklerini izlemek zorunda olan işçi sendikaları için de geçerlidir. Öte yandan, bilimi kılavuz edinmiş böylesi bir hizmet zincirinin olmayışı, devletin denetim organlarının elinde de yaygın ve sürekli ölçümlerle teftiş faaliyetlerini destekleyecek bir merkezin bulunmayışı, uygulamayı tam anlamıyla bir çöle döndürmektedir.

6) İşyerinde İşS-İşG düzeyini olumlu kılabilmek için, öncelikle, işçilerin genel sağlık sorunlarına eğilen örgütlenmenin de belirli bir düzeyi yakalamış olması gerekir, işte ülkemizdeki en önemli eksiklerden biri de budur, işçiler, hastalandıklarında SSK'dan yararlanmaktadırlar. Bu hizmetlerin yetersizliği ve çağdışılığı bir çok yazar tarafından ele alınmış ve işlenmiştir. Hastalanan bir kişinin gerekli bakımı görmediği bir ortam, güvencesiz bir ortamdır. Güvencesiz bir ortamda da, kişilerden uzun erimli ve derinlemesine çözümler bekleyemezsiniz. Yanıtlar gününbirlik ve yüzeysel olur. İşte ülkemiz, bugün, İşS-İşG alanında da, bu gününbirlikliği ve yüzeyselliği yaşamaktadır.

7) İşS-İşG konusundaki çıkmazlardan en önemlilerden biri devletin denetimle yükümlü kuruluşlarındaki yetersizlikler ve eşgüdüm eksiklikleridir. Ülkemizde sanıldığına tersine, mevzuat yeterli ve eşgüdüm olanakları vardır. Buna karşın, işlerini yapmakta yetersiz kalan ya da "niyeti" olmayanlar, i bu kez mevzuatın yetersizliği ya dal eskiliği bahanelerine sarılmaktadırlar. Boşuna!! Bu onları ne sorumluluklarından kurtarabilmekte, ne de haklı gösterebilmektedir.

Bugün ülkemizdeki, tüm denetim mekanizmalarının çalışabilmesinde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı denetimlerinin çok önemli bir itici güç fonksiyonu vardır. Ne kadar itiyorsa, mekanizmalar da o kadar çalışıyor.

8) İşS-İşG konusunda İşyerinde sendika etkinlikleri ve bireylerin denetleyici girişimleri çok düşük düzeydedir. Diğer bir deyişle, ne bireyler ne de temsilcileri, işyerinde bu konuda etkin bir rol oynamakta ve öne çıkmaktadır.

İşS-İşG Kurulları'nda yeralan işçi, işveren temsilcileri ile uzmanların tek tek önemli işlevleri vardır. Bu işlevleri onların, ekonomik ya da mesleki özellikleri ile ilgilidir. Bu bakımdan, ülke ölçüsünde, aynı özellikleri paylaşanları oluşturduğu yapılanmalarla (sendika, meslek odası vb.) yoğun bir iletişim-etkileşim içinde olmalıydılar. Hatta bu üst örgütler, bu temsilcilerine dönük özel eğitim-dayanışma programları düzenlemelidirler.

9) Bugüne kadarki İşS-İşG Kurulları deneyimi de bize, tek bir işyerinde elde edilecek başarıların sınırlı kalacağını öğretmiştir. Gerçekten de,

- toplumda bu yönde alışkanlıkların yerleşmesine olanak verebilmesinin,
- eğitim-kültür sistemine güvenli ve sağlıklı tutumların sinebilmesinin,

- işverenler arasında sağlıksız koşullardan doğan rekabet eşitsizliğinin hoş görülmemesinin.
- hizmet talepleri genişletilmesi ve çeşitlendirilmesiyle başarılı bir İşS-İşG destek hizmeti oluşturulabilmesinin, ancak uygulamanın ülke boyutunda ve dengeli-düzenli gerçekleştirilmesi ve toplum örgütlerince kararlı bir biçimde izlenmesiyle sağlanabileceğini ortaya koymuştur.

10) 50'den az işçi çalıştıran küçük ölçekli işyerlerinin konumu yeniden ele alması gereken önemli bir olgudur. Çünkü, bu işyerlerinde olumsuz koşulların varlığı, sağlık-sosyal örgütlenmelerin kurulmamış olması, ekonomik-sosyal düzey ve çocukların üretimde kullanılması gibi olgular, daha büyük ölçekli işyerleri ile aralarında uçurum yaratmaktadır. Bu uçurum, orta-büyük ölçekli işyerlerinde, İşS-İşG önlemlerin alınmasında da güçlük yaratmaktadır.

İki anahtar, "katılım" ve "gelişme", ancak, yaşama verilen değerin artırılması ölçüsünde elde edilebilir. Bu değerin artırılmasını da, düşlerimizdeki önderin ortaya çıkmasına kadar erteleyemeyiz. Bugün tek ve güçlü bir önderin yerine, güçlü ve birlikte çalışmayı becerebilen, takımların (ekiplerin) dönemidir.

İşS-İşG Kurulu, işte böyle bir takımdır.

Yeter ki, onu işletelim.

KADIN İŞÇİ SORGULUYOR

- Eşitliğe Giden Yollar
- Zirveye Doğru Eşitsiz Yarış

EŞİTLİĞE GİDEN YOLLAR

Çağımızın önemli konularından biri kadınların ekonomik, sosyal, kültürel ve politik durumunun iyileştirilmesidir. Son yıllarda düşünceler daha iyiye ulaşmak üzere gelişmektedir. 1975 Uluslararası Kadınlar Yılı'ndan beri kadınları ilgilendiren konular ulusal sınırların ötesinde de tartışılmaya başlanmıştır. O zamandan beri görüşler olgunlaşmış, stratejiler açıklığa kavuşmuş ve deneyimlerden çıkarılan derslerle gerçek eşitliğe ulaşmak için yeni yollar ortaya konmuştur.

Kadın işçilerin uluslararası düzeydeki amaçlarının geliştirilmesinde ILO'nun bir öncü ve destekleyici olarak devam eden rolü ortadadır. Kurulduğu yıl olan 1919'da annelik haklarıyla ilgili ilk standartları yayınlamıştır. O günden sonra yıllar boyunca kadın sorunlarına ilginin arttığı; bir dizi Sözleşme ve Tavsiye Kararı'ndan, ayrıca cinsiyete dayalı ayrımcılıkla mücadele etmek üzere tasarlanmış kapsamlı uygulamalar ve etkinliklerden anlaşılmaktadır.

ILO'ya üye ülkelerdeki kadınların işteki durumlarının geliştirilmesi ve zayıf noktaları, örgüt içinde halen yakından incelemeyi ve tartışmayı gerektirmektedir. En duyarlı işçi gruplarının kriz zamanlarında sunuk kaldıkları risklerin farkında olan ILO; iş dünyasında kadın ve erkeğin fırsat eşitliğini korumak ve geliştirmek üzere hükümetleri, işverenleri ve işçileri yeni bir enerji ile harekete geçirmektedir.

Şu andaki anahtar sorunlardan biri erkeklerin ve kadınların karar verme aşamasına eşit şekilde

katılmalarıdır. Katılımda, en inatçı eşitsizlikler devam etmektedir. Bu alandaki sorunların çözülmesi, uzun dönemde bütün ayrımcılığın ortadan kaldırılmasının garantilenmesi için gerçek biri olanak sunmaktadır. Toplum yaşamındaki, şirketlerdeki, işçi ve işveren örgütlerindeki güç dağılımı; yarının toplumunu ileriye götürecek koşulları diğer etkenlerden çok daha fazla oranda belirler. Kadınlar bu güçten paylarını adil olarak alabilirler ve almalıdırlar. Bu gücü kullanmak, eğitim ve öğrenimle geliştirilen yetenek ve becerileri gerektirir. Bu nedenle olabildiğince çok sayıda kadına eğitim olanağı sağlanmasının yaşamsal önemi vardır. Kadınlar, mevki ve sorumluluk elde etmeye yönelik tırmanışlarının bugün neresindedir? Yükselişlerini engelleyen etkenler nelerdir?

Bütün sektörlerin bütün basamaklarındaki kadınlar, bu ve bununla ilgili konularda kendilerini açıkça ve sağlam bir inançla ifade etmektedirler. Onların aydınlattığı yolu izleyerek, kültürleri ve yetişme şekilleri ne olursa olsun dünyanın her tarafındaki kadınlar yeteneklerini tam olarak geliştirebilecekler ve sonuç bütün toplumun yararına olacaktır.

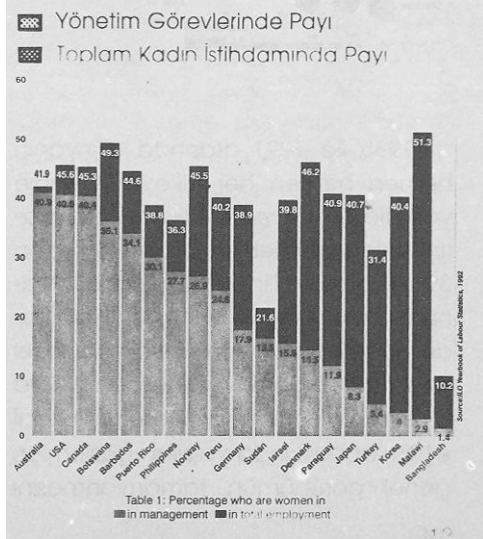
Mary Chinery-Hesse
(World of Work-The Magazine of the ILO,
No. 2Feb. 1993)

ZİRVEYE DOĞRU EŞİTSİZ YARIŞ

ILO'nun tahminlerine göre 1990 yılında kadınlar dünyadaki çalışan nüfusun %36'sını oluşturmaktaydı. Bu oran endüstrileşmiş ülkelerde %41.4, gelişmekte olan ülkelerde ise %34.3'tü. Ülkelerin çoğunda kadınlar yönetim kademelerinin küçük bir kısmını (%10-30), en yüksek kademedeki görevlerin ise çok daha azını (%5'ten az) ellerinde tutmaktadır.

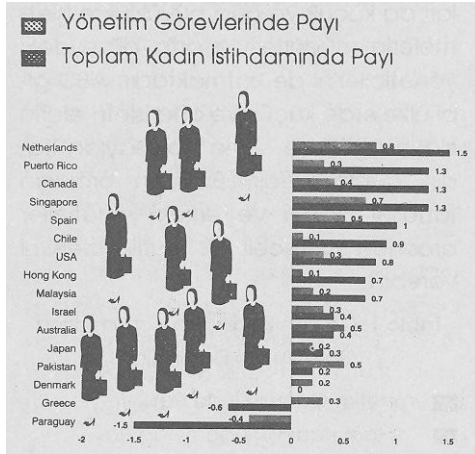
İstatistikler, genellikle herkesin bildiği bir gerçeği doğrulamaktadır: Kadınlar, iş hiyerarşisinin üst düzeylerinde yeterince temsil edilmemektedir. Ancak bu konuda ayrıntılı incelemeler ve uluslararası karşılaştırmalar yaparken dikkat edilmelidir. Örneğin, Avustralya, Kanada ve ABD'de yöneticilerin %40'ı kadinken Danimarka'da bu oranı nasıl %15'ten az olmaktadır? Gerçekte her şey "yönetim" ve "yönetici" terimlerinin tanımlanmasına bağlıdır. Bazı ülkeler bu gruba yalnızca büyük şirketlerin müdürlerini ve yüksek düzeyli memurları dahil ederken bazıları da küçük ve orta büyüklükte işletmelerin müdürleriyle orta düzeydeki yöneticilerini de katmaktadır. ABD gibi ülkelerde küçük ve orta işletmelerin başına gittikçe daha çok sayıda kadın geçmektedir. Bunların oranının fazlalığı, kadın ve erkek yöneticiler arasında göreceli bir eşitlik izlenimi verebilir.

Tablo 1: Çalışan Kadınların Konumlarına Göre Yüzde Dağılımları



Tablo 1 'deki sayılar bu durum gözününe alınarak değerlendirilmelidir. Bu tablo ayrıca Japonya, Türkiye, Kore, Malawi ve Bangladeş gibi ülkelerde kadınların iş gücüne katılımı ile yönetim kademelerindeki sayıları (tanım ne olursa olsun) arasındaki büyük farkı da ortaya koymaktadır.

Tablo 2: Çalışan Kadınların Konumlarının Oransal Dağılımındaki Değişim (1985'den 1991'e)



1985 ile 1991 arasında dünyanın hemen hemen her ülkesinde kadın yöneticilerin sayısı artmıştır. Rakamların elde edilebildiği 41 ülkeden 39'unda bu eğilim görülmektedir. Yalnızca Paraguay ve Yunanistan'da kadın müdürlerin ve yöneticilerin sayısı azalmıştır. Diğer kaynaklardan ILO'ya ulaşan istatistiklerle bölgesel ve ulusal eğilimler hakkında yapılan gözlemler, genel görünümün tamamlanmasını sağlamaktadır. Endüstrileşmiş ülkelere bakıldığında kadın yöneticilerin yüzdesi Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'dan en fazlayken Avustralya, Japonya, Yeni Zelanda, güney ve batı Avrupa'da en azdır. Ayrıca kariyer basamakları yükseldikçe kadınların sayısı da azalmaktadır.

Daha az sayı

Örneğin ABD'de kadınlar bütün meslek gruplarındaki müdür ve yöneticilerin yaklaşık %41'ini oluştururken yüksek düzeydeki müdür ve yöneticilerin %1 Tini, özel sektörün büyük şirketlerindeki en üst düzey yöneticilerin ise ancak %3'ünü oluşturmaktadır, 1986'da Federal Alman Cumhuriyeti'nde endüstrideki üst düzey çalışanların yalnızca %1.5'i kadındı. Kadın çalışanların sayısının hızla arttığı İspanya'da şu anda bütün kamu sektörü çalışanlarının %39'u kadındır, ancak yüksek düzeydeki yöneticiler arasında bu oran yalnızca %8'dir.

Gelişmekte Olan Ülkeler

Gelişmekte olan ülkelerin de büyük bir kısmı, bazı bölgesel ve ulusal farklılıklarla, aynı eğilimi göstermektedir. Tarımın ve resmi olmayan iş kollarının çoğunlukta olduğu Afrika'da sorumluluk isteyen görevlerde çok az, karar vermeyi gerektiren görevlerde ise çok daha az kadın bulunmaktadır. Afrikalı kadınlar geçen 10 yılda j kamu sektöründeki yönetim kademelerinin yalnızca %13'ünde bulunmuşlardır. 1970'lerde kamu sektöründe çalışan kadın sayısı ise bunun yarısı kadardır. Kuzey Afrika'da kadınların bulunduğu yöneticilik görevlerinin sayısı daha da azdır. Sudan'da kadınların çoğu tarımda çalışmakta ve

kamu sektörü çalışanlarının yalnızca %10'unu kadınlar oluşturmaktadır. Mısır'da da durum aynıdır. Asya ve Pasifik ülkelerinde kadınların yöneticilik görevlerine gelmesi bölgenin karmaşık ekonomik, politik ve sosyal koşullarına göre değişmektedir. 1987'de güney ve batı Asya'da yönetim kademelerinin %10'unda kadınların bulunduğu bildirilmiştir. Bu sayı da, aynı bölge için 1970'lerin iki katıdır. Filipinler'de giysi, el işi, yiyecek, hediyelik eşya ve ev eşyası endüstrilerinin yeniden canlanması kadın girişimcilere bağlanmaktadır. 1984'te kadınlar, yönetici durumundaki devlet memurlarının %37'sini oluşturuyordu. 1980lerde kadınların yönetici kademelerindeki toplam payı ise %34'tü.

Tayland'daki gidiş

1980 rakamları Tayland'da kadınların üst düzey yöneticilik görevlerinin %6'sının, devlet hizmetlerindeki müdürlük ve yöneticiliklerin ise %26'sının sahibi olduklarını göstermektedir. Tayland'daki eğilim, kadın devlet memurlarının sayısının erkek meslekdaşlarını geride bırakacağını ve uzun dönemde daha fazla orta düzeyde kadın yönetici olacağını düşündürmektedir.

Bir başka rapora göre Çin'de gittikçe daha çok sayıda kadın, yönetici ve memur olmaktadır. 1989'da kadınların oranı ülke toplamının %30'udur.

Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde 1980'lerde %20 olan kadın yönetici oranı Asya-Pasifik bölgesindeki en yüksek orandır. Bunların çoğu kamu sektöründe çalışmaktadır. Arjantin'de devlet yönetim kademelerinde çalışanların %28'i, kamu işletmelerinde çalışanların ise %12'si kadındır. Dominik Cumhuriyeti'nde ise 1987'de kamu yönetiminde çalışanların yaklaşık yarısı kadın iken yüksek düzeydeki yöneticiliklerde bu oran %17'ye düşmekteydi.

Orta ve doğu Avrupa ülkelerinde kapsamlı sosyal, ekonomik ve politik değişiklikler yaşandığından yönetim kademelerindeki kadınların durumunu değerlendirmek güçtür. Son zamanlarda yayınlanan bir Birleşmiş Milletler raporuna göre "Kadınların çoğu, özellikle de yoksul kesimi için demokratikleşme, sıkıntılarının artması yanında fazla bir anlam taşımamaktadır. Doğu Avrupa ve SSCB'de reformların üzerini örten sevinç örtüsü kaldırılırsa merkezileşmiş ekonomilerin dramatik çöküşünün ve devlet ekonomisinden serbest pazar ekonomisine geçişin asıl kurbanının kadınlar olduğu görülecektir,"

Maria Angelica Ducci

(VWorld of Work-The Magazine of the ILO No.2Feb.1993)

ÇOCUKLAR ÇİÇEKTİR:

KENTSEL YOKSULLUK VE ÇOCUK EMEĞİ: ŞİLİ'DE ÇOCUK EMEĞİNİN İNCELENMESİ

I. GİRİŞ

Çocuk emeğini incelerken karşımıza çıkan ilk güçlük 'çocuk' ve 'çocuk emeği' tanımları konusunda olmaktadır. Çocukların 'çalışma yaşında' olmadıkları kabul edildiğinden, geleneksel işgücü araştırmalarına onların ekonomik etkinlikleri dahil edilemez. Çalışma yaşı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte incelemek istediğimiz çalışan çocuklar genellikle bu yaş sınırının dışında kalanlardır. Bu bölümde önce işe göre 'çocuk' tanımı yapılırken dikkate alınması gereken unsurlar gözden geçirilecek, daha sonra çocukların ekonomik etkinliklerinin bir sınıflaması yapılacak ve en sonunda da işin çocuk üzerine etkileri ele alınacaktır.

II. KAVRAMLAR VE TANIMLAR 1 .Aile

Dünyada endüstrinin gelişmesi ve üretimin artması tüketim isteğini de artırmış, bu durum da ücretli iş aramak için köyden kente göçün başlamasına ve ailelerin küçülmesine neden olmuştur. Kapitalist üretimin, bu potansiyel iş gücünün tümüne iş sağlayamaması, erkeğin (babanın) ailenin geçimini sağladığı, kadının (annenin) ise iş konusunda ikincil konuma düştüğü ve başlıca çocuk büyütme ile ev işleriyle uğraştığı bir cins ayırımına yol açmıştır. Buna göre erkeğin aldığı ücret kadının evdeki çalışmasını da karşılamakta ve bütün aileyi desteklemektedir. Daha sonra da göreceğimiz gibi ekonomik nedenlerle bu çalışma şeklinin sürdürülebilmesi olanaksızdır ve bu başarısızlık çocukların çalışmasının önemli nedenlerinden birisidir. Ailenin önemli işlevlerinden biri de çocuğun, ileride yetişkin toplumuna girmesini sağlayacak sosyal standartları öğrenmesini sağlamaktır. Çocuklar ailede çok küçük yaşlardan itibaren anne-babalarının temsil ettiği cins ayırımını benimser ve kendi kişisel gelişimlerini ve becerilerini toplumun beklentilerine uydurmaya çalışırlar.

2. Çocuğun tanımı

'Çocuk'; yetişkinlerin dünyasına bağımsız olarak katılabilecek duruma gelinceye kadar, fiziksel, zihinsel ve psikolojik gelişimi için yetişkinlerin koni sürdürebilmesi için gereken yardım normalde aile ve eğitim kurumları tarafından sağlanır.

3. Çocuğun ve ailenin yasal durumu

Çocukları yetiştirmek ve topluma kazandırmak ailenin sorumluluğundadır, ancak bazı konularda çocuklar üzerinde toplumun, yasalar yoluyla doğrudan yetkisi vardır. Örneğin Şili'de çocuklar 21 yaşına geldiğinde yasal yönden yetişkin sayılır, ancak özellikle evlilik ve çalışma konularında bu kuralın pek çok istisnası vardır. 18 yaş çalışma yaşıdır, ancak annenin, babanın, büyükanne ve büyükbabanın, sorumlu kuruluşun ya da iş Müfettişinin izni olduğu takdirde 14 yaşından itibaren çalışmaya başlayabilirler.

4. Eğitim

Kırsal kesimdeki becerilere yönelik aile eğitimi endüstriyel üretim için yeterli değildir. Kurumsal eğitim, çocuğun ileride üretime katılmasını amaçlamakta ve çalışacağı dal ne olursa olsun bazı temel becerileri kazandırmaktadır. Şili'de çocuklar çalışmaya başlamadan sekiz yıllık temel eğitimi tamamlamak zorundadır,

5. İşle ilgili olarak çocuk kavramı

Küçüklük kavramının iş ile iki yönlü bir ilişkisi vardır, ilk olarak, çocukların belli bir yaşa erişmeden işin gerektirdiği görevleri yerine getiremeyeceklerini ve işle ilgili sorumlulukları algılayamayacaklarını belirtir. İkinci olarak, teknolojik ilerleme eğitimi gerektirmektedir ve bunu ailenin verebilmesi mümkün değildir. Her ülkenin ya da bölgenin endüstrileşme düzeyi farklı olduğundan, üretim sisteminin gerektirdiği bilgi ve becerilere göre yasal işe başlama yaşı da farklıdır. Örneğin Şili'de çocukların çalışması şu andaki sosyal standartlara ters düşmemektedir. Küçükler ailelerinin sorumluluğu ve yetkisi altında olduklarından, bütün aileyi etkileyen ve ailenin işlevlerini yeterince yerine getirememesine neden olan etkenler çocukların çalışmasından sorumludur.

III. ÇOCUK EMEĞİNİN EKONOMİK ÖZELLİKLERİ

1. Çocukların çalışmasının ekonomik nedenleri

Çocukların çalışmasına daha çok kırsal bölgede yaşayan ya da kentte düşük yaşam düzeyine sahip olan ailelerde rastlanır. En önemli neden ailelerin çocukların gereksinimlerini karşılayamamasıdır. Böylece çocuklar büyüklerine yardım eder ya da onların yerini alarak evin geçimini sağlarlar. Pek çok aile için çocuklar, yetişkinler kendi ekonomik işlevlerini yerine getiremedikleri zaman kullanılacak yedek iş gücü anlamına gelir.

Şili'de son birkaç yıl boyunca aile reisleri arasında işsizliğin hızla artması, onların yerine kadın ve çocukların çalışmasını gündeme getirmiştir. Erkek çocuklar babalarına yardım eder ya da onun yerine çalışırken kız çocuklar, çalışan annenin yapamadığı ev işlerini yapıp küçük kardeşlerine bakmaktadırlar. Böylece ailede anne ekonomik olarak babanın rolünü üstlenmekte, baba ise sosyo-kültürel değerlerin de etkisiyle sorumluluklarını yerine getiremediği için kendine güvenini yitirmekte ve ciddi sorunlar başgöstermektedir.

2. Çocukların üretim sistemine katılması

a) Çocukların çalışması ve birikme süreci:

Çocukların birikme süreci ile ilişkisi ücretli ya da ücretsiz bir işte çalışmalarına bağlıdır. Ücretsiz işlerde çalışanlar daha verimli olmaktadır. Çıracılık ise oldukça önemli bir unsurdur. Çıracılık dönemi çocuğun sosyalleşmesine ve teknik becerileri kazanmasına katkıda bulunur, Ancak ucuz iş gücü elde etmek için bir araç haline getiri-

lirse, çocuğun ilerideki gelişimini engellemekte ve çocuk emeğine özgü bir sömürü türü oluşturmaktadır.

b) Ücretli çalışmanın özellikleri:

Ücretli çalışan çocukların yaptıkları işler verimsiz, karşılığı iyi ödenmeyen ve beceri gerektirmeyen işlerdir. Genelde resmi olmayan kentsel iş kollarında işe girmektedirler. 14 yaşın altındakilerin ücretli iş sözleşmesi yapması yasal olarak mümkün değilse de kendi işlerinde çalışanlar için bir kısıtlama yoktur. Çalışan çocuklar genellikle okula gidememekte ve yaptıkları işlerde, sonradan resmi bir iş koluna girebilecek becerileri kazanamamaktadırlar. Bu nedenle çocukların çalışması, ilerideki yaşamları için büyük bir engeldir.

c) Ücretsiz çalışmanın özellikleri:

Ev işleri yapan ya da ücretsiz aile işçisi olarak çalışan çocuklar bu çalışmalarından doğrudan bir kazanç elde etmez, ailenin gelirinin artmasından yararlanırlar. Sömürü daha azdır. Çocuklar aile otoritesine bağımlı olduklarından ve iş yasalarındaki durumlarından dolayı yaptıkları işten kişisel olarak yararlanamazlar. Sosyal değişimlerin hızlı olarak yaşandığı toplumlarda çocuğun eğitimden uzak kalması, ileride yapacağı işi yalnızca aile içinde öğrendiğiyle sınırlar.

IV. ÇOCUKLARIN EKONOMİK. ETKİNLİKLERİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ VE SINIFLANDIRILMASI

1. İş kavramı

Geleneksel olarak iş, mal ya da hizmet üretirken kazanç sağlayan etkinlik olarak tanımlanır. Şili gibi birbirinden çok farklı üretim yapılarının birarada bulunduğu bir ülkede resmi olmayan iş kollarında çalışan çocukların verimliliği düşüktür ve yaptıkları işlerin piyasadaki değeri azdır. Çok verimli çalışılmasına karşın karşılığı ödenmeyen işler ise başlıca iki grupta

toplanabilir: 1) Ailenin yasal olarak çalışan üyesine ödeme yapılan, ancak çocukların yürüttüğü piyasa işleri ya da küçük aile işletmelerinde çalışan çocuklarca yapılan işler 2) Ne istatistiksel amaçlarla, ne de onu yapan tarafından iş olarak kabul edilen ücretsiz ev işleri. Bütün bu ekonomik etkinlikleri kapsamak üzere, iş kavramı genişletilerek yeniden tanımlanmalıdır. Buna göre **iş, bedensel ve/veya zihinsel çalışma ile bilinçli ve amaca yönelik bir çaba gerektiren, toplumsal yarar taşıyan ve karşılığı ödenebilen her türlü etkinliktir.**

Bu tanım, ücreti ödenmediği halde iş sayılan pek çok çocuk etkinliğini kapsamaktadır. Bu etkinlikler üç sınıfa ayrılabilir. Birinci sınıfta eski tanıma göre de 'iş' kabul edilen, geleneksel ve geleneksel olmayan şeklinde ikiye ayrılacak etkinlikler yer almaktadır, ikinci olarak ücreti ödenmeyen geleneksel ve geleneksel olmayan işler vardır. Son sınıfta ise normalde topluma yararlı kabul edilmeyen, dilencilik gibi etkinlikler bulunmaktadır.

a) Geleneksel ücretli işler

Bu tür işler geleneksel ölçütlere göre tanımlanmakta ve değerlendirilmektedir. Ekonomik etkinlikler, yasal çalışma yaşından itibaren kayıtlara geçtiğinden çocuk emeğinin boyutları olduğundan daha az görünmektedir. Çocukların yaptığı işlerin çoğunun yasal olmaması da istatistikleri etkileyen bir başka etkidir. Üçüncü bir etken de çocuk etkinliklerinin kesin olarak tanımlanmamış olmasıdır. Geleneksel çocuk emeğinin değerlendirilmesinde dördüncü bir etken de çocukların iş piyasasına katkılarının aralıklı ve düzensiz bir şekilde gerçekleşmesidir. Piyasa çocuklara çok az ve sınırlı iş olanağı sunmaktadır. Aralıklı çalışma ise, işi eğitim gereksinimlerine uydurma zorunluluğunun sonucu olabilir.

b) Geleneksel olmayan ücretli işler

Çocuk fahişeliği gibi etkinlikler resmi istatistiklerde geçmese de açıkça ücretli işlerdir. Yasadışı olduğundan hakkında bilgi toplanmasının zor olmasına karşın kentlerin kenar mahallelerinde, yoksul kesimlerde yaygındır. Bu gibi işler bazı bakımlardan diğer ücretli çocuk işlerine benzer, ancak buna ek olarak yasa dışı ve sağlığa zararlıdır. Bu çocukların ailelerinin sosyo-ekonomik durumu da, diğer ücretli işlerde çalışan çocuklarınkine benzerdir.

c) Geleneksel ücretsiz işler

Çocuğun fiziksel ve yasal gücünün olmamasından ve aile otoritesine bağlı olmasından dolayı pek çok iş türünün karşılığı ödenmemektedir. Çocuk önce kendi masraflarının karşılanmasına katkıda bulunur, çalışması ailenin refahını artırsa bile bu kazançtan ancak kendisine ulaştığı kadarıyla yararlanabilir. Bazı çocuklar ise büyükleri için çalışırlar, çalışmaktan elde ettikleri kazanç yalnızca dayak yemekten korunmalarıdır.

istatistiklerde rastlanan ana işçi gruplarından biri ücretsiz aile işçileridir. Kadınlar ve çocuklar ailedeki bir kişi için, ya da ailenin sahip olduğu bir küçük işte çalışırlar. Küçük aile işletmeleri genellikle düşük kazanç sağlayan yerlerdir. Dışarıdan işçi çalıştırılmaktansa aile bireylerinin çalışmasıyla ödenecek ücretten tasarruf edilmiş ve giderlerin gelirleri aşmaması sağlanmış olur. Tarlada ya da dükkanda çalışan çocuklar buna iyi bir örnektir. Ailenin durumu iyi olduğu sürece çocuklar bir yandan eğitimlerini de sürdürebilmekte, ancak sosyoekonomik durum bozulmaya başlarsa okuldan ayrılıp mümkünse aile dışında başka bir iş aramak zorunda kalmaktadırlar.

d) Geleneksel olmayan ücretsiz işler

Bu grupta piyasa işi olmayan, karşılığı ödenebilir olduğu halde gelir sağlamayan bütün üretim etkinlikleri bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi de ev işleridir. Ev işleri iş piyasasında yapıldığında işin özelliği değişmemekle birlikte, işi yapan ve ücretini ödeyen kişiler arasındaki ilişki nedeniyle geleneksel bir ekonomik etkinlik şeklini alır. Ancak bu işler genellikle ailedeki kadınlar tarafından 'gönüllü' ve ücretsiz olarak yerine getirilmektedir. Ev işleri özellikle kız çocukları tarafından başlangıçta annelerine yardım için yapılırken, anne çalışmaya başladığında çocuklar tarafından devralınır. Ailesinden başka kişilerin yanında kalan çocukların da sıklıkla ücretsiz olarak ev işlerini üstlendikleri görülmektedir.

e) *Var olma etkinlikleri*

Toplumun en az ayrıcalıklı, hiçbir ücretli iş yapamayan üyeleri arasında görülen bu son etkinlik grubu dilenciliktir. Çocuklar dilencilik genellekle yaşamlarını sürdürebilmek amacıyla yapmaktadırlar. Kendi geçimlerini sağlamak zorunda olmayan çocuklar ise küçüklüklerini ve incinebilirliklerini kullanarak insanlarda acıma duygusu uyandırmakta ve bu yolla para elde etmektedir. Dilencilik önce güç koşullardan kurtulmak için başlasa da zamanla düzenli bir etkinliğe dönüşebilmektedir.

V. SONUÇ

Çocukların, kısmen de olsa kendi yaşamlarını kazanmaları ve kendi kendilerine bakmaları, potansiyel olarak zedeleyici sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle ücretli işçi olarak çalıştıklarında aileden uzak olmaları nedeniyle bazı kısıtlamalar, normal eğitim düzeni ve kontrol ortadan kalkmaktadır. Çalışan çocukların bağımsızlığı alkolizm, cinsel sapmalar, ilaç bağımlılığı, şiddet ve hırsızlık gibi kötü alışkanlıklara neden olabilir. Ayrıca çalışma koşulları çocuğun fiziksel gelişimi için çok zararlı olabilir. Çocuğun çevresindeki koşullar ona dayanışma ve sevginin bilinmediği bir dünya sunduğundan duygusal gelişimi de bundan etkilenir. Çocukların çalışması yasal olmadığından çocuk işçiler kendi çıkarlarını koruyacak şekilde örgütlenemezler. Resmi olmayan iş kollarında çalışan ya da ücretsiz işler yapan çocukların ise iş koşulları uygulamada örgütlenmeyi olanaksız kılar. Böylece çalışan kesimin bu en zayıf grubu, aynı zamanda çıkarını korumak için de en az olanağa sahip grup olmaktadır.

Maria de la Luz Silva

(Child Work Poverty and Under development- G.Rodgers, G.Standing 1981 içinde)

OKUR SEMİNERİ

AMAÇ

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

SEMİNERİN KONUSU

Sağlıkta Toplum Katılımı

(22-23 Ocak 1994)

10.00-17.00

YEREL YÖNETİMLER VE SAĞLIK

- Çağdaş 1930'lar!
- Belediyeler ve Sağlık Hizmeti
- Yerel Yönetimler ve Sağlık Hizmetleri Üzerine
- Anahtar İnsanlar, İhtisaslaşmış Zabıta
- Duyarlı Esnaf-Bilinçli Tüketici
- Yerel Yönetimler ve Tüketici
- Temel Sağlık Hizmetleri Yerel Yönetimlere Devredilmelidir!...
- Kişiyeye Yönelik Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri Tümüyle Belediyelere Devredilebilir mi?

ÇAĞDAŞ 1930'LARI!

20 yıl kadar önceydi... Belediyelerin İmar Planı yapma yetki ve sorumluluklarını düzenleyen Cumhuriyet Dönemi mevzuatını inceliyordum. Ulaştığım en eski düzenlemelerden biri beni önce adı sonra da kapsamı ile çok şaşırttı. "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu", günümüz dili ile Genel Sağlık Koruma Yasası. Yasa çıkarıldığı dönemin kamu yönetimini düzenleyen pekçok yasa gibi yürürlüğünü hala koruyacak ağırlık ve içeriğe sahipti. Bütüncül, ileri görüşlü ve pek çok yönü ile, bomboş bir alanda olmanın olumsuzluklarını avantaja dönüştürebilmiş bir yasaydı karşımdaki. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, "gelecek kuşakların sağlıklı yetişmesini ve halkı "tıbbi ve içtimai muavenete mazhar" kılmayı genel DEVLET hizmeti" olarak tanımlıyordu.

Ülkenin sağlık koşullarını iyileştirmek, toplumun sağlığına zarar veren hastalık ve benzer zararlı faktörlerle mücadele etmek de devletin görevleri arasında sayılmıştı.

İstenç (talep) esnekliği olmayan ve yaşam için vazgeçilmez bir toplumsal hizmet türü olan sağlık hizmetini, net bir biçimde ve net bir kuruma yüklemek, "devletin" sorumluluğuna almak büyük önem taşısa gerek. Bunlar; merkezde Sağlık Bakanlığında başlayan, il özel idarelerini, belediyeleri ve hatta köyleri kucaklayan; merkez ve yerel yönetim organları arasında rekabeti değil, birbirini tamamlayıcı bir paylaşımı anlatan; hizmetin sunumunda etkinliği ve yurt sathına yaygınlığı, yani insana ulaşmayı hedefleyen; iş bölümünü yetki kapmak ya da angarya yüklemek için değil, kaynak kullanımında verimliliği artırmanın unsuru olarak gördüğü açık düzenlemelerle ele alınmıştı.

300'ü aşkın maddenin pek çoğunda merkez ve yerel yönetim organlarının birlikte anılması; sağlığın, yerinde ve yerelden başlayarak ele alınmak ve birbirini tamamlayıcı bir zincirle karşılaşmak isteğinin açık kanıtları.

Belediye başkanlarının da katılması öngörülen il ve ilçe Sağlık Koruma Meclisleri bu yerinden yönetim arayışının ürünüdür. Yasanın 4. maddesi: "Doğrudan doğruya şehir ve kasabalar, köylerin sağlık korumasına ... yönelik işlerin yerine getirilmesi belediyeler, özel idareler ve diğer yerel yönetimlere devredilir ve Bakanlık bu işlerle ilgili rehber olmak üzere bazı yörelerde Numune Tesis oluşturur." diyordu. Sağlık Koruma Yasası belediyelerin doğrudan sorumlu oldukları görevleri sayarken:

- İçilecek ve kullanılacak teknik özellikleri olan su getirilmesi, lağım ve mecrası tesisatı, mezbaha inşaatı, mezarlıklar tesisatı, ölü defni ve taşıma işleri, her çeşit "muzahrafatın" teb'it ve imhası, konutların sağlık koşullarının denetlenmesi, sıcak ve soğuk hamamlar kurulması, gibi önleyici, koruyucu hizmetleri, beslenmeden doğuma elementer sağlık hizmetlerinin önünde onlarla birlikte sıralamaktaydı.

Yasa, sağlık ve mekan ilişkisini oldukça gelişkin biçimde kurmuştu. Öyle ki; 168. maddede "... şehir ve kasaba belediyeleri o şehir ve kasabanın vü'sat ve nüfusunun adedine göre icap eden büyüklükte küçük çocukların temiz hava almasına mahsus bir veya müteaddit bahçeler ve spor meydanları vücuda getirmeye mecburdurlar" diyordu.

Kentsel ortak kullanım alanlarının, yeşil bölgelerin, sosyal donatının, altyapının toplum ve birey sağlığı ile ilgisi bu açıklıkta bugün bile kurulamıyor. Üstelik gelecek kuşakların sağlığını da korumayı öngören çağdaş yaklaşımı "yeni kurulacak veya geliştirilecek kasabaları" ayrı bir bölümde ele almasından anlaşılıyor.

5.Bölüm; "Nüfusu yirmibin veya daha fazla olan şehir ve kasabalar belediyeleri bu Kanun'un yürürlük tarihinden itibaren üç sene içinde şehir veya kasabanın tevsi ve ıslahı için bir müstakbel şehir projesi tanzim etmeye mecburdur.

Bu projeye yeniden yapılacak veya ıslah edilecek sokakların istikameti ve genişliğini, meydanları, umumi mahallerin, bahçelerin ve abidelerin yerlerini ve vaziyetlerini gösteren bir haritayı ve yapılacak tesisatın senelere taksim edilmiş olmak üzere belediye meclisince tasdik edilmiş bir program ihtiva etmelidir" diyordu.

Ayrıca;

Nüfusu yirmibinden az ve beşbinden çok olan şehir ve kasaba belediyeleri de iki nüfus sayımının arasında yüzde 15'ten çok nüfus artışı gösteriyorsa ve nüfusu ne olursa olsun, içme ve kaplıca yöresi olan şehir ve kasabaların tamamı böyle bir proje hazırlamakla yükümlü kılınıyordu.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 265. maddesinde de "Belediyelerce tanzim ettirilecek olan bu plan ve projeler icabında tetkik edilmek üzere Dahiliye ve Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaletlerince talep edilebilir. Bu takdirde Vekaletlere teklif edilecek tadilatın kabulü mecburidir" saptamasını yaparak merkezi yönetim yerel yönetim yetki paylaşımına da çözüm getiriyordu.

Beyinler giderek berraklığını yitiriyor gibi!

Sağlıklı yaşam çevreleri, konut ve çalışma alanları olmadan sağlıklı toplum ve bireyden söz edilemez. İçinde yer alınan mekan toplumun ekonomik-siyasal-sosyal yapısını ve de ruh sağlığını etkileyip biçimler.

Sağlıklı kent istemek sağlık istemenin ilk ve vazgeçilmez adımıdır. Devlet eğer olacaksa yurttaşlarına sağlık hizmetini de sağlıklı yerleşmeleri de sunmak zorunda.

Bu konuda her şeyi "devletten beklemek" hakkımız. Çağdaş 1930'lar örnek alınsın yeter.

Bülent TANIK Şehir Plancısı (ADA Dergisi Yöneticisi)

BELEDİYELER VE SAĞLIK HİZMETİ

Türkiye'de Cumhuriyet dönemi ile sağlık hizmetlerinde de köklü değişimler başlatılmıştır. Daha Cumhuriyetin ilanından önce Ankara'daki Millet Meclisinde ilk kurulan hükümette Sağlık hizmetlerinden sorumlu bir "SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM" Bakanlığının öngörülmesi, o koşullarda önemli bir gelişmedir.

1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (U.H.K.-Halkın Sağlığını Koruma Yasası) hazırlandığı döneme göre oldukça kapsamlı ve iyi düzenlenmiş bir yasadır. Bazı maddeleri değişmiş ya da bazıları çok gerilerde kalmış olsa bile hala yürürlükte olan bir yasadır.

Bu yasada öngörülen hizmetlerin ya da sağlıkla ilgili standartların yerine getirilmesi değişik kurumlara verilmiştir. Burada özellikle, o zaman sayısı az olan Belediyelere verilen görevler üzerinde durulacaktır.

Yasada 15 bölüm 309 madde vardır. Bu yasaya dayalı bir çok yönetmelik çıkarılmıştır. Kısaca verilmesi öngörülen hizmetleri belirtirsek;

1. Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri (il ve ilçelerde): ilgili kurum ve temsilcilerden oluşan bu kurulun aldığı kararlar kanun yerine geçer. Hizmetin hızlandırılmasında önemli yararlar sağlayabilir. Ayrıca sınırlı da olsa halkın katılımı için, bir ortam oluşturulmaktadır.
2. Hudut ve Sahiller Sağlık Hizmetleri: Ülkeye giriş ve çıkışlarda özellikle bulaşıcı hastalık girişlerini kontrolle görevli olan bu kuruluş uluslararası antlaşmalar ve alınan kararları izlemekle görevlidir,
3. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş: Uzun yıllar önemli sorunlar olarak kalan sıtma, verem, frengi, trahom, lepra gibi hastalıklar için özel kuruluşlar yanında genelde bulaşıcı hastalıklar savaş, Sağlık Bakanlığının önemli görevlerinden birisi olmuştur. Türkiye'de hala bulaşıcı hastalıklar sağlık sorunları içinde ön sırada yer almaktadır.
4. Göz ile ilgili sağlık hizmetleri, savaşlardan sonra olan dıştan, kentleşme ile ilgili içten olan göçler, önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Gerek giriş yerlerinde, gerekse bu grupların yerleştiği yerlerde, sağlık hizmetini düzenli ve yeterli vermek gerekmektedir.
5. Ulaşım araçları ve yollarda (kara, hava, deniz) sağlık hizmeti, hem bulaşıcı hastalıklar hem de kaza sonucu olabilecek acil durumlarda önem kazanıyor.
6. Çocuklar, gençler, kadınların sağlık sorunları (süt, annelik, kadın ve çocuk işçiler vb.)
7. İşçilerin sağlık sorunları,
8. Yenilecek ve içilecek şeylerle ilgili hizmetler (su, gıda maddeleri, maden suları vb.), kaplıcalar,
9. Mezarlıkları: Ölü defni ve naklinde alınacak önlemler,
10. Bataklıklar su yolları (mecralar) ile ilgili yapılacak çalışmalar,
11. Meskenler, han, otel, genel yerlerde alınacak önlemler,
12. Yeni yapılacak yerleşim yerleri ve kasabalarda önem verilecek konular,
13. Gayri sıhhi müesseseler,
14. Sağlıkla ilgili bilgi (veri) toplama değerlendirme ve halkın sağlık eğitimi.

Bunlara daha başka ilgili maddeler eklenebilir. Ancak belirtilen tüm konularda Belediyelerle ilgili bölüm vardır ve önemli bir kısmı da Belediyelerin yapması gereken hizmetlerdir.

Belediyeler Kanunu (1930 tarih, 1580 sayılı yasa): Belediyelerin kurulduğu yerde vereceği hizmetleri, yetkilerini belirleyen bu yasada öngörülen sağlıkla ilgili hizmetler özetlenirse;;

1. Umuma açık yerlerinin temizliği ve düzeni,
2. Gıda maddesi satan yerlerin denetimi,
3. İşyerlerinin yapımı ve kullanma izni (iskan, ruhsat),
4. Ücret tarifelerini düzenlemek, onaylamak,
5. Mezarlık, ölü defni izni vb.,
6. Hayvan ölülerini zararsızlaştırma, gömme,
7. Mezbaha düzenleme,
8. Taşıtları (toplu) denetlemek,
9. Halkın sağlığını ve huzurunu bozacak yerlerin ve şeylerin sakıncaları giderilinceye kadar yasaklanması,
10. Yerleşim yerlerine yeterli uygun su sağlamak, kanalizasyon ve çöp toplama işlerini yapmak,
11. Dinlenme yerleri, kütüphane, parklar düzenlemek.
12. Fakir kişilerin sağlık yardımı, bakımı ve acil tedavi hizmetlerini sağlamak,

Bu maddelerde belirtilen konular, sağlığı doğrudan ilgilendiren hizmetlerdir. Belediyeler ve diğer kurumların sağlığı dolaylı yoldan etkileyen hizmetleri vardır.

Sağlık Bakanlığı, bu hizmetlerin kalite ve yürütümünü belirlemek ve denetlemek yetkisine sahiptir.

Ancak günümüzde, sağlık hizmeti bazılarınca hastalara bakma ve hastahane hizmeti olarak algılanıyor ve bunların da Belediyelerce yürütülmesi gerekir diye yorum yapılıyor. Kuşkusuz eğer daha iyi yapabileceklerse Belediyeler de bu hizmeti yapabilir. Ancak, sağlık hizmetlerinin çok yönlü (koruyucu, iyileştirici, rehabilite

edici) olduğu ve ülke genelinde yaygın-dengeli verilmesi gereği düşünülürse bu hizmetleri yapacak belediyelerin ellerindeki olanaklara göre farklılıklar çıkacağı söylenebilir. Ayrıca hizmet alanı dışında kalanlara kim hizmet verecek? Eğer bunu Sağlık Bakanlığı verecekse, hizmet denetimi ve standardını sağlama ve maliyeti düşürme daha da zorlaşacaktır.

Belediyeler yasalarla verilmiş olan hizmetlerin düzenli yapılması sağlık düzeyine gözle görünen olumlu katkılar sağlayacaktır. Ama üzülerek görüyoruz ki. Belediyeler, yasalarca kendisine verilen bu hizmetlerin bir bölümünü yetersiz düzeyde yapabilmekte; büyük bir bölümünü ise ger-çekleştirememektedir. Bir de bunun üstüne, sağlık hizmetlerine doğrudan katılmalarının, zaten sınırlı olan kaynaklarını daha da zorlayacağı düşünülmalıdır.

Eğer belediyeler, tedavi edici sağlık hizmetlerini belediyelere bir gelir kaynağı olarak düşünerek bu hizmeti görmek istiyorlarsa, "sağlık hizmetlerini bir kar kaynağı olarak düşünen ticari görüş"ün kamu hizmeti ile birlikte gidemeyeceğini anlamaları gerekiyor.

Bazı yerlerde belediyelerin açtığı poliklinik düzeyindeki sağlık hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığınca değerlendirilmesi; Sağlık Bakanlığının hizmet açığından yararlanarak açılan bu polikliniklerin, belediye-işyeri hekimliklerine dönüştürülmesi ve yürürlükte olan 224 sayılı yasada belirtilen hizmet-birliğinin sağlanması gerekmektedir.

Doç. Dr. Remzi Aygün

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

YEREL YÖNETİMLER VE SAĞLIK HİZMETLERİ ÜZERİNE

Yerel yönetimler halka en yakın yönetim birimleridir. Bu özellikleri nedeniyle halkla içice ve sıcak bir etkileşim içindedirler.

Ülkemizin idari yapılanması, Arıcı yasa da açıkça belirtildiği gibi, merkezi ve yerel idare şeklindedir. Yerel idareler de il özel idareleri. Belediyeler ve Köylerdir.

Cumhuriyetten bu yana idari yapı bu şekilde düzenlenmiş, başlangıçta özel önem verilen ve yasalarla hemen tüm yerel hizmetler kendilerine bırakılan yerel yönetimler süreç içinde geliştirilmemiş, özellikle il ve ilçe özel idareleri işlevsiz kılınmış, yerel yönetim denildiğinde akla yalnızca belediyeler gelir olmuştur.

Çeşitli nedenlerden beslenerek büyük bir ivme kazanan göç olgusu kentleşmeyi hızlandırmış, ancak kente gelenler konut, eğitim, sağlık, altyapı anlamında en temel hizmetleri bulamamışlar ve kendi çözümlerini üretme yoluna gitmek durumunda kalmışlardır. Bu hızlı kentleşme karşısında yeterli örgütsel yapıya, donanıma, kaynağa sahip olmayan belediyeler çarpık yapılanmayı önleyememiş, merkezi yönetimin taşra uzantısı olarak işlevsiz bir durumda olan özel idareler ise bu duruma seyirci kalmışlardır.

Bu gelişimin sonucunda bu gün gelinen nokta tam bir hüsrandır. Metropoller'de, büyük şehirlerde, ölçeği değişen büyük yerleşim yerlerinde oluşan gecekondu mahalleler, yol, su, kanalizasyon, sağlık, eğitim, çevre düzeni anlamında hiç bir hizmetin götürülemediği, kendi kaderlerine terkedilmiş, insanlarımız.

Çağdaş yönetim bilimcileri, süreç içinde büyüyen, hantallaşan, toplumun bütün kaynaklarına el koyan ve bunları toplumun istemleri, gereksinimleri doğrultusunda değerlendiremeyen merkezi-bürokratik yapıların çağdaş gelişmeleri sağlamalarının olanaklı olmadığını her düzlemde açıklamakta, sergilemektedirler.

Ülkemiz için de durum pek farklı değildir. Tüm yetkileri ve kaynak kullanma inisiyatifi kendisinde toplayan, denetimi ve gözetimi sağlayamayan, vergi toplayamayan, sağlıksız kentleşmeyi önleyemeyen, kendi yaptığı planının gereklerini yerine getiremeyen merkezi-bürokratik yönetim bir yandan devlete olan güvenin sarsılmasına, bir yandan da, boş alanların yasadışı organize güç odaklarınca doldurularak toplumsal moral-ahlâki değerlerin yıkılmasına neden olmaktadır.

Üçüncü beş yıllık kalkınma planı çalışmalarından bu yana yapılan tüm plan çalışmalarında yerel yönetimlerin yeniden yapılandırılmaları gerektiği vurgulanmakta ve bir anlamda yerel yönetimler anayasası niteliği taşıyacak "çerçeve yasa "dan söz edilmektedir.

Uzun bir süredir tartışılarak geliştirilen, uluslararası kuruluşların çalışmalarında da açıklıkla dile getirilen yeni yerel yönetim anlayışını şu şekilde açıklamak olanaklıdır.

- 1) Yeni yerel yönetim anlayışının temel yaklaşımı, "kamu hizmetlerinin halka en yakın yönetim birimlerince yerine getirilmesi" ilkesidir.
- 2) Bu ilke çerçevesinde, ulusal birlik ve bütünlük açısından merkezi yönetimce yürütülmesinde zorunluluk bulunan adalet, genel güvenlik, millî savunma ve dış politika hizmetleri dışında kalan hizmetlerin yerel yönetimlerce yerine getirilmesi benimsenmektedir.
- 3) Merkezi yönetim; eğitim, sağlık, konut, çevre gibi sektörler başta olmak üzere diğer sektörler için ulusal ilke ve politikaları belirleyecek, makro ve bölgesel planlamaları yapacak, hantallıktan uzaklaştığı ölçüde etkin ve işlevsel olacaktır.
- 4) Bu gün için mevzuattaki merkezi-yerel yönetimlerin görevleri içice geçmiş durumdadır. Gerek belediye, gerekse il özel idarelerine yasalarla her alada her konuda hizmet sunabilme yetkisi verilmiş; ancak teşkilat yasaları ile aynı yetkiler merkezi yönetime de sağlanmıştır. Bu ikili durum zaman içinde kaynakları kullanmayı elden bırakmak istemeyen merkezi yönetimi iyice şişirmiştir.
- 5) Planlı, dengeli, eşitlikçi gelişmeyi sağlamaktan uzak, çok dağınık görülen merkezi yönetim, bu yetkilerini, görevlerini ve bunlarla uyumlu kaynakları yerel yönetimlere devretmek durumundadır.

6) Yerel demokrasinin, dengeli gelişmenin, kaynakların bölgelere nesnel ölçütlere göre adaletli dağıtılmasının sağlanması ile bu günkü yapısal bozukluğun düzelmesi, demokratik bilincin gelişmesi çok ciddi bir otokontrol ve halk denetiminin yerleşmesi mümkün olabilecektir.

Sonuç olarak;

- Yerel hizmetlerin yerel yönetimlerce yerine getirilmesi,
- Yerel yönetimlerin bu hizmetlerle orantılı olarak kaynak kullanması,
- Bu çerçevede idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları,
- Merkezi yönetimin idarenin. bütünlüğü açısından yerel yönetimlerde yalnızca hukuka uygunluk denetimi yapılabilmesi,
- Oluşturulacak "planlama bölgeleri" içindeki yerel yönetim birimlerinin iş birliğinin ve böylece plan bütünlüğünün sağlanması
- Halkın yerel hizmetlerle ilgili kararların alınması, uygulanması ve denetlenmesi süreçlerine katılımı,
- Kamu çalışanlarının yerel yönetim meclislerine seçilebilmeleri,
- Merkezi yönetim birimlerinin görevlerine ilişkin mevzuatın bu anlamda yapılacak düzenlemelerle bu iş i bölümüne uygun hale getirilmesi,
- Hizmetlerin en uç yerleşim yerlerine kadar etkin bir sekide götürülebilmesi için il genel meclislerinin yeniden düzenlenmesi, ilçe meclislerinin oluşturulması, bu kapsamda köy yönetimlerinin bir meclis işlevselliğine kavuşturulmaları, hedeflenmektedir.

Kendi geleceğini belirleyecek süreçlerin oluşumunda söz ve karar sahibi olan insanın (bireyin) yaratılması demokratik gelişmenin temel koşuludur. Bu koşulun sağlanmasında da en uygun idari yapıların demokrasinin beşiği olan yerel yönetimler olduğu kuşkusuzdur.

Bu husus birçok demokratik ülkede denenerek sonuç alınmış, uluslararası belgelerde vurgulanmıştır. Nitekim 21 Kasım 1988 tarihinde bizim tarafımızdan da imzalanan "Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartı"nda bu hususlara açık bir biçimde yer verilmiş ve yere) yönetimler demokrasinin gelişmesinde temel kuruluşlar olarak belirtilmiştir.

Bu anlayışın yaşama geçirilmesiyle oluşacak yeni demokratik; idari-mali özerk, katılımcı yerel yönetim birimleri (il yerel yönetimleri, Belediyeler, ilçe yerel yönetimleri-köyler) halkın öncelikli talepleri olan konut, çevre, sağlık, eğitim gibi temel hizmetlerin sunumunda en yüksek verimin alındığı, kaynakların verimli kullanıldığı yönetimler olacaktır.

Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi konusu da ilgili çevrelerde tartışılmaya başlanmış bulunmaktadır.

Şu ana kadar görülen odur ki sağlıkçılar, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi konusuna her ölçekte (su, kanalizasyon, çöp vb. gibi konular dışında) kuşkuyla ve isteksizlikle yanaşmakta, merkezi çözümlere, özellikle "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin

Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"a bu yönü ile sahip çıkmakta ve iyileştirmelerin de yine merkezi otorite tarafından yapılmasını, bütçeden kaynak ayrılması suretiyle finanse edilmesini savunur görünmektedirler. Bu noktada ilginçtir merkezi yönetimin yaklaşımı da bu doğrultudadır. Merkezi yönetimin yaklaşımını anlamak zor değildir. Ülke genelinde toplanan kaynakların çok büyük bir bölümünü kendi inisiyatifi doğrultusunda kullanan merkezi yönetim, sağlık politikalarının oluşturulması dahil en küçük ölçekli kararların alınmasına, bir sağlık evi yapılması kararından, sağlık personeli atamalarına, yerel sağlık gereksinimleri konusundaki kararların alınmasına varıncaya değin, varolan yetkilerini hiç bir kurumla veya yerel inisiyatiflerle paylaşma eğiliminde görülmemektedir. Böyle olunca da sağlığa ayrılan yetersiz kaynakların rasyonel kullanıldığı, hizmet öncelikleri dahil tüm kararların politik inisiyatiflere göre belirlendiği sağlıksız bir yapı devam edip gitmektedir.

1961 yılında yürürlüğe konulan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun ayrıntılı irdelenmesine girmeksizin ve temel yaklaşımına tümüyle karşı çıkmaksızın 32 yıllık süreçte:

- a) İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) ile benzeşen bu sistemin, İngiltere'ye oranla, demokrasi geleneği, demokratik ortak yaşama bilinci, okur yazarlık oranı, milli gelir, sağlığa ayrılacak pay, ortalama yaşama süresi, kişi başına düşen sağlık personeli, bebek ölüm oranı gibi ulusal göstergelerin çok düşük olduğu, nesnel gerçeklerinin benzeşmediği, coğrafyasının çok farklılık arzettiği ülkemizde başarılı olamadığı,
- b) Öncelikle demokrasi bilinci gelişmemiş, düşünen, düşüncesini açıklayan, örgütlenme ve yönetime katılma, denetleme gibi gelişmenin temeli olan kavramları yaşama geçirmede hem özne ve hem de nesnel gerçekler nedeniyle başarılı olamamış bir toplumsal yapıda tamamen merkezi otoritenin inisiyatifine bırakılan çözümlerinin başarıya ulaşma şansının zayıf olduğu,
- c) İngiltere Ulusal Sağlık Sisteminin tamamen dışlamadığı yerel yönetimlere sistem içinde gerekli inisiyatif ve sorumlulukların verilmediği, belediyelerin esasen varlık nedenleri olan yol, su, kanalizasyon, çöp gibi klasik görevlerinin sayılmasıyla yetinilmek suretiyle. Belediye ve il özel idareleri Kanunlarında sayılan düşkünler evi ve eczane açmadan hastane kurmaya kadar var olan görevlerinin sistemle bütünleştirilmediği ve böylece halkın yerel örgütlerinin devre dışı bırakıldığı,
- d) Plansız, programsız bir biçimde politik inisiyatiflere göre oluşturulan merkezi yönetim kararları ile sağlık evinden hastaneye tıp fakültesinden sağlık personelinin ülke genelindeki nitel ve nicel dağılımına varıncaya değin her alandaki eşitsiz gelişmenin önlenemediği.
- e) Yasada belirtilen ve bugün sağlık sistemimiz içinde bir "yara" olarak sürekli kanayan SSK tarafından

sunulan sağlık hizmetleri sorununun neredeyse tamamen çözümsüz bir noktaya getirildiği, hususları rahatlıkla söylenebilmektedir.

Bu günden başlamak üzere yeni yerel yönetim anlayışı çevrevesinde sağlık hizmetlerinin ne kadarının, nasıl, hangi çözümlerle yerel yönetimlere devredilmesi gerektiği tartişılmaya başlanmalı, ayrıntıya varıncaya değin çözümler üretilmelidir.

Genel yaklaşımın öncelikle;

- Genel çevre sağlığı hizmetlerinin

- Kişilere dönük koruyucu sağlık hizmetlerinin

- Süreç içinde sağlık evi sağlık ocağı hizmetlerinin,

yerel yönetimlere devrinin mümkün olabileceği şeklinde oluştuğu gözlenmektedir.

Bunlar yapılırken;

- Devredilen hizmetlerle orantılı olarak yerel yönetimlere genel bütçeden ödenek aktarılması,

- Her türlü araç-gereç ve personelin devredilmesi,

- Mevcut eşitsizlikleri giderecek bir yaklaşımın benimsenmesi,

- Yerel kaynakların harekete geçirilmesi ile artacak gelirlerden sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak aktarılmasının sağlanması hedeflenmelidir.

Süreç içerisinde merkezi yönetim yalnızca;

- Ulusal sağlık politikaları ve hizmet standartlarını belirlemek,

- Aşağıdan yukarıya doğru gelen veriler işığında ulusal sağlık planlarının gerçekleştirilmesi,

- Sağlıksız personeli yetiştirilmesi, sevk ve idaresinin yönetilmesi gibi işlevlerle yetkili kılınabilir.

Yıllık sağlık programlarının merkezi yönetimce belirlenen ulusal ilke ve standartlara uygun olarak yerel yönetimlerce yapılması ve bunların belirlenmesinde yerel halkın istem ve önceliklerinin belirleyici olması, politik inisiyatiflerin etkinliğinin kırılması uygun olacaktır.

Bu yazıya nokta koymuyorum. En iyiyi ve güzeli buluncaya değin tartişılması umudu ve dileği ile.

Mehmet KUŐU

(Sayıştay Uzman Denetçisi)

Devlet Bakanı Danışmanı

(Sn. Erman ŐAHİN)

ANAHTAR İNSANLAR, İHTİSASLAŞMIŞ ZABITA

Ümraniye, İstanbul'un Anadolu yakasında, 1987 yılında 3397 sayılı yasayla ilçe olmuş, Üsküdar, Beykoz, Őile, Kartal, Kadıköy ilçeleri arasında kalmış 22.000 hektar alana yayılmış, topoğrafik yapısı ile yapılaşmaya elverişli şirin bir ilçedir.

İstanbul'a yoğun göç olayından en çok etkilenen bu ilçedir. Yıllık nüfus artışı binde 148'dir. Genel Nüfus Sayımı'na (1990) göre, ilçe nüfusu ilçe merkezinde 242.091 (%80), köy ve bucaklarında 59.166 (%20)'dir. Geçim köylerde tarım ve hayvancılığa dayalı olmasına karşın, görüldüğu gibi nüfus daha çok ilçe merkezinde yoğunlaşmıştır. Buralarda ise geçim, yeni kurulan bazı büyük fabrikalar ve küçük sanayi siteleri ile atölyelerde beden gücü ile çalışmalardır. Hızlı nüfus artışı, bölgede kaçak yapılaşmayı dolayısıyla da sağlıksız ve ruhsatsız kuruluşların artmasına neden olmuştur.

Ümraniye Belediyesi olarak 1989 yılında göreve başlandığında, dar kadro ile öncelik kaçak yapılaşmayla mücadeleye ve alt yapının tamamlanmasına verilmiştir. 1993 Temmuzunda, alınan zabıta memurlarından en iyi şekilde verim sağlamak amacıyla Sağlık işleri Müdürlüğu bünyesinde Sağlık Zabıta birimi oluşturulmuş ve planlı, programlı, bilgisayar destekli bir çalışma ile öncelikle sıhhi müesseselerin genel durumu çıkarılmıştır.

Buna göre bölgede 2500 sıhhi müessese bulunup, bunların %68'i ruhsatsızdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1980'de önerdiği ve kontrolde üzerinde durduğu üç ana başlıktan yola çıkarak, denetimleri,

a. Eğitilmiş ve konunun önemini kavramış zabıta ile esnaf denetimi,

b. Besin üretimindeki işlem ve gereçlerin gemi ve gıda mühendisiyle yerinde kontrolü ile denetimi, gıda maddelerinin mikrobiyolojik incelemeleri ile laboratuvar denetimi şeklinde yapmak üzere uygulamaya konulmuştur.

Ancak her çalışmanın başlangıcında olduğu gibi tüm birimler arasında eşgüdüm sağlamakta zorluk çekilmektedir. Bu, varolan yasaların uygulanmasının yerine, zamanla gelişen geleneksel davranış biçimlerinin öne çıkarılmasından kaynaklanmaktadır. Yeni davranış biçimi kazanmak, çağdaş anlayışa sahip bir tavır göstermek ne yazık ki duyarsızlığı besleyen bu toplum düzeninde her yerde zorlukları ve moral bozukluğunu beraberinde getiriyor. Bunu aşmak için, sadece o kuruluş içindeki eşgüdüme, birlikteliğe ve bir ekip anlayışı içinde çalışabilme duyarlılığına sahip olan insanların dayanışması yetmemektedir. Dışarıdan, yetkili kurulu (bakanlıklar vs), toplum örgütleri (tüketici dernekleri vs) ve bilim kuruluşları (üniversite vs) da desteğine gereksinme göstermektedir.

Bu çağdaş anlayıştan yola çıkarak, yerel yönetimlerin toplum hizmetinde önemli bir parçası olan Belediyelerin görevlerini yerine getirmede en etkili birimi olan Zabıta'nın yapılacak bir reorganizasyon ile ihtisaslaşmış alt gruplara ayrılmasıyla çalışmasının, belediyelerin sorunlar karşısında yetersiz kalmasını aşmada önemli bir halkayı oluşturacağına İnanmaktayım.

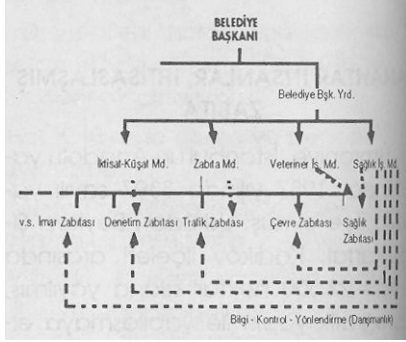
Zabıta Müdürlüğu bünyesinde, Koordine olmuş, Eğitilmiş ve hizmete bilinçli olarak Yönlendirilmiş zabıtalardan (sağlık zabıtası, çevre zabıtası, imar zabıtası, trafik zabıtası, denetim zabıtası vs.) hizmet sunumunda Anahtar olacağını göreçeğiz. Planlı, sistemli

ve iyi verilere sahip bir çalışma ile de bu anahtar insanlar hizmete kalite, toplum sağlığına güç katacaklardır. Burada belediyenin ihtisaslaşan zabıta ile ilgili birimlerinin, bilgi-kontrol ve yönlendirme şeklindeki danışmanlıklarını, hizmete alışma ve akıcılık kazandıracaktır.

Ümraniye Belediyesi içinde başlattığımız bu çalışmaların sürekli kalacağına, kurumsallaşacağına, diğer belediyelerin ilgi ile izleyerek katkı sağlayacağına inanıyorum. Bu inancı da, şu ana kadar yeterli desteğini veren Sn. Belediye Başkanı Şinasi Öktem'den almaktayım, Umarım bunca emek boşa gitmez, çok sevdiğim hocam Prof. Dr. Ferit Koçoğlu'nun dediği gibi bilim havuzuna attığımız bu damla giderek büyür.

Dr.Nezih VAROL

Ümraniye Belediyesi Sağlık İşleri Hekimi Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi



DUYARLI ESNAF-BİLİNÇLİ TÜKETİCİ

Kentsel alanlarda küçük esnaf ve tüketici, gerek dar gelirlikleri ve gerekse yazgılarının beraberliği nedeniyle, çok yakın bir ilişki içindedirler; çıkarları da uzun erimde yakınlık gösterir. Biz bu yakınlığı ele alıp işlemeye ve geliştirmeye çalıştık.

Ümraniye ilçesi, imar mevzuatına uygun olmayan yapılaşmanın büyük oranda tamamlanmasından sonra alt yapı çalışmalarının başlatıldığı ve bunun doğal sonucu olarak çarpık kentleşmenin tipik örneklerinden biridir. Son beş yıl içinde Anadolu'dan bu bölgeye büyük bir göç gerçekleşmiştir. Bu nedenle, yoğun bir gecekondulaşma ile birlikte serpme mahalleler ortaya çıkmıştır.

Çarpık kentleşmenin meydana getirdiği sorunlar, ticari faaliyet gösteren kişi ve kuruluşlarda büyük ölçüde yansımıştır. Örneğin, gıda maddeleri satışına aracılık eden esnafın hiçbir sağlık ve temizlik koşullarına uygun olmayan stoklama, ambalajlama, imalat ve satış yaptığını gözlemlemekteyiz. Araştırmalarımız sonunda esnafa uyulması gereken sağlık kuralları konusunda da son derece bilinçsiz olduğunu saptadık.

Bizler, yeni işe başlayan zabıta olarak halk sağlığı ile direkt ilgili olan bu konuda daha etkili ve kalıcı önlemler olarak, asıl görevimiz olan belediye hizmeti sunumunda, Zabıta Müdürlüğü'ne bağlı olarak, sağlık işlerindeki doktorlarımızın öncülüğünde "Sağlık Zabıtası" birimini kurduk.

Yapılacak çalışmanın bir plan içinde yürütülmesi gerekiyordu. Öncelikle "Esnaf Bilgi Derleme Formu" oluşturup, ticarethaneleri saptadık. Bu bilgiler bilgisayar ortamına girilerek, "ruhsatlı" ve "ruhsatsız" işyerlerini saptadık. Bir yandan da, esnafı uyarabilmek için, kendimizi bu alanda aydınlatılmamız için eğitim programları uygulamaya konuldu. Artık esnafı "duyarlı" kılabilmek için onun karşısına bilinçli bir şekilde çıkıp, eğitim verebilecektik. Bu eğitim, alandaki çalışmalarımızla birlikte daha da gelişti ve pekişti.

İlk saha çalışmalarımız sırasında, esnaf, bizleri ceza kesen ve kusur arayan zabıta olarak gördüğü için tepki gösterdi. Ama esnafa kurulan eğitim ağırlıklı diyalog sonucu, bizi, daha duyarlı karşılamaya ve olumlu yönde çaba göstermeye başladılar. Bu olumlu gelişmeler bizde de, çok keyifli ve özendirici duygular uyandırdı. Böylece başlangıçtaki sloganımız olan "duyarlı esnaf, bilinçli tüketici" fikrinin ilk adımlarını atmış olduk.

Çalışmamızın devamında, bir yandan tüketiciyi bilinçlendirirken, öte yandan "Esnaf Durum izlem Formu" aracılığı ile ticarethanelerin fiziksel ve sağlık koşullarını saptayacağız.

Biz, ceza veren değil, eğiten sağlık zabıta olarak, çalışmalarımızın etkili ve kalıcı olmasını istiyoruz. Bu yaptıklarımızın, sağlıklı bir toplum ve geleceği için, bir gereksinim olduğuna inanıyoruz.

Alev ARAS

Ümraniye (İstanbul) Belediyesi Sağlık Zabıta Memurları Adına

YEREL YÖNETİMLER VE TÜKETİCİ

Yerel yönetim organları (Belediye-er-İl Özel İdareleri-Muhtarlıklar) halkın günlük tüketimden gelen sorunlarının çözümüne yönelik tüm dünyada en yakın ilişkide bulunduğu, demokratik katılımcılığın ve temsiliyetinin en yüksek olduğu yapılanlardır. Ancak bu ilişkilerin, katılımcılığın ve temsiliye-tin düzeyi ülkeden ülkeye değişim göstermektedir. Zaten yerel yönetim hizmetlerinin nitelik ve niceliğini de ağırlıklı olarak etkileyen bu hizmeti alan tüketicilerin yerel yönetimlerle bütünleşme, ona sahiplenme bilinci ile örgütlülük düzeyidir.

Bugün, 1580 sayılı Yasa ile Belediyelere verilen 76 çeşit görevden acaba kaçını yeterince belediyeler yapabilmektedir? Ya da İl Özel idarelerine verilen Sağlık ve Sosyal Yardım, Kültür ve Eğitim, Tarım, Ekonomik görevleri İl Özel idareleri ne derece yerine getirebilmektedir? Bugün her iki yerel yönetim kuruluşu da bu görevlerin büyük bir çoğunluğunu yapamamaktadır. Dolayısıyla bu hizmetleri alan tüketiciler de hemen her alanda mağdur olmaktadır.

Yaşanılan bu olumsuzlukların bir çok nedeni olmakla birlikte başlıca nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1- Maddi sorunlar, yani kaynakların yetersizliği, vergi konusunda Belediyelerin yetkisiz oluşu,
- 2- Yerel yönetimlerin bir çok konuda merkezi idareye bağlı olması, özerkliğinin ve bağımsız karar verebilme yetkisinin daraltılmış olması,
- 3- Halkın ya da tüketicilerin yerel yönetim organlarında temsil edilmemesi, yapılacak işler konusunda söz ve karar sahibi olmaması, yerel yönetimlerin de bu anlamda halkın ve tüketicinin desteğini, katılımını istememesi,
- 4- Yerel yönetimlerin bir çoğunda çeşitli spekülasyon türü olumsuzlukların yaşanması,
- 5- Nüfus artış hızının yüksek olması ve köyden kente göç,
- 6- Gecekondulaşma ve çarpık kentleşme,
- 7- Halkın ve tüketicinin örgütsüzlüğü ve tepkisizliği,
- 8- Yerel yönetimlerin siyasi, ekonomik tercihleri ve yaklaşımları,

Bu örnekleri çoğaltabiliriz. Söz konusu sorunların bugünden yarına çözülmesini ya da ortadan kalkmasını bekleyemeyiz. Bu bir süreç sorunudur. Bu sürecin uzaması ya da kısılması, ağırlıklı olarak yerel yönetim hizmetleri alan tüketicilerin ve çalışanların örgütsel gücüyle, tepkisiyle, yerel yönetimlere sahiplenmesiyle olasıdır.

Bu anlamda özellikle sendikalara, Tüketici Örgütlerine, TMMOB, Türk Tabipleri Birliği gibi meslek örgütleriyle diğer demokratik kitle örgütlerine görev düşmektedir. Yerel yönetim hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi, her çeşit çarpıklığın spekülasyonun ortadan kalkması büyük ölçüde yerel yönetimlerin demokratikleşmesine, o yörede yaşayan tüketicilerin tam anlamıyla temsil edilmesiyle söz ve karar yetkisine sahip olmasına bağlıdır.

Böyle bir oluşumun gerçekleşebilmesi için de tüm demokratik güçlerin bir araya gelip güçbirliği, eylembirliği yaparak çözüm üretmeleri çağrısında bulunuyorum.

Turan ÇAKAR

Tüketici Hakları Derneği Genel Bşk.

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ YEREL YÖNETİMLERE DEVREDİLMELİDİR...

Türkiye'nin kamu yönetimi ve sağlık hizmetleri sorunu ile yakından ilgilenenler arasında şu iki temel yargı üzerinde kesin bir görüş birlikteliği oluşmuş bulunmaktadır: Bir kez, Türkiye, artık, merkezdeki aşırı yığılma nedeniyle Ankara'dan yönetilememektedir ve ikincisi, sağlık hizmetlerinin yönetimi, tüm aşamaları da içermek koşuluyla, tam bir açmaz içinde bulunmaktadır. Üstelik, bu iki olumsuzluğu haklı gösterebilecek -parasal yetersizlik ve yetişmiş eleman azlığı gibi-nedenler de söz konusu değildir. Öteki bir çok gelişmekte olan ülke ile kıyaslandığında, Türkiye'nin gelişmişlik düzeyini daha iyi noktalara çeken altyapıya ilişkin pek çok üstünlük unsuru ortaya çıkmaktadır. Ancak, bu üstünlüklere karşın, bebek ölüm oranı, bir çok gelişmekte olan ülkedeki değerin üstüne çıkarak, binde 70'lerde dolaşmakta ve bu ölümler arasında ishal, üst solunum yolu hastalıkları, malnütrisyon ve tetanoz gibi çevresel yönü çok ağır basan nedenlerden kaynaklananlar önde gelmektedir. Bunun da ötesinde, nüfusun yüzde 60'ını içinde barındıran kentlerde sağlık hizmetleri tam bir kaos içinde bulunmakta, kentli insanlara yeterli düzeyde önleyici ve tedavi edici sağlık hizmeti verilememekte ve insanlar hastaneye ve doktora gitmek zorunluluğunda kalmaktan aşırı düzeyde korkmakta ve endişe duymaktadır.

Şayet bu belirtilenler üzerinde ortak bir fikir birlikteliği oluşuyorsa, bu takdirde sağlık hizmetlerinin topluma sunulması ile ilgili sistemlerde, koşullarda ve süreçlerde önemli bazı değişiklikler, düzeltimler ve yenilikler yapılması kaçınılmaz olacaktır. Ancak, hemen belirtmek gerekir ki, yeni arayışların başarı şansı dogmatik saplantılardan ve meslek şovenizminden uzaklaşmak ön koşullarına çok yakından bağlı görülmektedir. Bugün Türkiye'de, her türlü sağlık hizmeti, esas itibarıyla. Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. 1960'lı yıllarda başlatılan sosyalleştirme yaklaşımı, ülkenin yönetim yapısı ile uyum içinde olmamasının ve ilçenin kaymakamı gibi toplum kalkınmasında çok önemli gizil güçlere sahip bir yöneticiyi dışlamasının yarattığı kimi yanlış planlama unsurlarına karşın, özellikle kırsal kesimde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yolunda önemli bir ivme yaratmıştır. Ne var ki, sosyalleştirme yaklaşımı, daha doğru bir anlatımla, sağlık hizmetlerine bilimsel yönetim boyutu kazandırma atılımı, kentsel alanlara aktarılmamış ve buralardaki sağlık hizmetlerinin niteliksel ve niceliksel koşulları zamanın kendi akışı içindeki tesadüflere dayalı gelişmelere terk edilmiştir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin tüm yönleriyle ve özellikle de kentler açısından yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın bundan sonraki yıllarda ve özellikle 2000'li yıllarda 1930'lu yıllarda olduğu gibi hizmet vermesi beklenmemelidir. Ankara'da yoğunlaşan ve bu kentteki merkezi yönetim kurumlarınca üstlenilen sağlık hizmetlerinin üretilmesi sorumluluğunun "desentariize" edilmesi, yani, yerinden yönetim kurumlarına bırakılması gerekmektedir. Kısacası, sağlık hizmetlerinin merkezden yönetim yerine, yerinden yönetim ilkesine göre topluma sunulması gerekmektedir. Yerinden yönetmek, merkezi yönetimin ayrı bir tüzel kişilik oluşturarak ve bunlara göreceli bir karar alma özerkliği tanıyarak sağlık hizmetlerini yine kendisinin vermeye devam etmesi demek değildir, Sağlık hizmetleri alanında yerinden

yönetim merkezi hükümet ve onun sağlık hizmetleri alanındaki temsilcisi olan Sağlık Bakanlığı yerine, halen kurulu bulunan ve çalışmakta olan alternatif yönetim birimlerine sağlık hizmetlerinin devredilmesidir. Ülkemizdeki yönetim sistemi açısından bu alternatif yerinden yönetim kuruluşları ise belediyeler, il özel idareleri ve köylerdir. Bu durumda sağlık hizmetlerinde gerçek yerinden yönetim yerel yönetimlere ve özellikle kentlerin yerel yönetimi olan belediyelere görev verilmesi ile sağlanabilecektir. Kentsel alanlarda başlangıçta, temel sağlık hizmetleri belediyelere bırakılabilir. Esasen bunun önemli bir ussal temeli de vardır: Belediye Kanunu bu konularda belediyelere çeşitli görevler vermiştir. Çevre sağlığının korunması, sağlığa zararı dokunabilecek işyerlerinin sağlık gözetimi, çalışanların sağlık denetimi ve sıtmanın denetimi gibi özü itibarıyla temel sağlık hizmetleri kapsamı içine giren bir çok hizmet bugün belediyeler tarafından verilmektedir. Bunları vermek durumunda olan bir kurumsal yapının bağışıklama hizmetlerini, ana-çocuk sağlığı hizmetlerini, aile planlaması hizmetlerini ve ilk yardım - ambulans hizmetlerini verememesi için öne sürülebilecek sağlığa ilişkin geçerli bir neden söz konusu olamamak gerekir. Temel sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere ve belediyelere devri ile ilgili tek anlamlı itiraz, öteki tüm hizmet alanlarında olduğu gibi, ancak kurumsal bağlamda yapılabilir. Türkiye'de belediyeler çok önemli kurumsal, örgütsel ve yönetsel yetersizlikler içindedir. Söz konusu olan kurumsal yetersizliklerin bazıları aşağıda özet olarak bu başlıklar şeklinde sıralanmıştır:

- **ÖRGÜTSEL POLİTİKA, AMAÇ, HEDEF VE STRATEJİ BELİRSİZLİKLERİ**
 - Hizmet hedeflerinin belli olmaması
 - Hizmet performansının nasıl ölçüleceğinin belli olmaması
 - Bilinçli ve yapılandırılmış politika ve strateji geliştirme, çalışmaları ile araştırmaların yetersiz olması
 - Mali performans kavramının gelişmemiş olması
- **ÖRGÜTLENME HATALARI**
 - Birden çok birimin benzer hizmet alanlarında sorumlu olması
 - Görev ve sorumlulukların birimler arasında dağılımının rasyonel olmaması
 - Görevi yerine getirecek birimlerin yokluğu
 - Görevi yerine getirecek birimlerin yetersiz, yanlış ve eksik örgütlenmesi
 - Yeni hizmet türlerine ve isteklerine cevap verilememesi
 - Başkan yardımcılarının rol ve sorumluluklarında belirsizlikler
 - Başkanların ağır günlük iş yükü altında gerçek görevlerini (kaynak yaratma) yapamaz duruma gelmeleri
 - Yetki ve görev geçişi / tekrarı
 - Mamudizm ya da Parkinson hastalığı
- **YÖNETSEL YETERSİZLİKLER**
 - Hizmetin bütünlük içinde yürütülememesi
 - Koordinasyon yetersizliği
 - Kaynak planlaması kavramının yetersizliği
 - Çalışma planlaması ve programlanması kavramlarının yokluğu
 - Görev tanımı, sınıflandırma, iş yükü analizi ve modern personel yönetimi tekniklerinin uygulanamaması
 - Teknik prosedürlerin belli olmaması ve geliştirilememiş olması
 - Koruyucu bakım çalışmalarının yetersizliği
 - Standardizasyon yokluğu
- **PERSONELE İLİŞKİN HEDEFLER**
 - Personelin vasıf yönünden yetersizliği
 - Hizmet-içi eğitimin yetersizliği veya yokluğu
 - Personel fazlalığının (kalifiye olmayan) hizmet maliyetini arttırması
 - işçi devir hızının yüksekliği
 - Memur kadro kayıtları ve işçi kadro kayıtlarının yetersizliği
 - Motivasyon azlığı
 - Personele tam zamanla çalışabilecek iş yükü yaratılamaması
- **MALİ YÖNETİM/EKONOMİK İRDELEME YETERSİZLİĞİ**
 - Maliyetin geri dönüşü ilkesinin yetersizliği
 - Hizmetin maliyetinin hesaplanmaması
 - Mali performans kavramının gelişmemiş olması
 - Muhasebenin yönetiminde etkili ve doğru karar almaya yardımcı olamaması
- **ARAÇ VE GEREÇ YETERSİZLİĞİ / YANLIŞ KULLANIM**
 - Araç-gereç yetersizliği
 - Var olanların yanlış ve yetersiz kullanımı

Kısaca özetlemek gerekirse, özellikle kentsel alanlarda görülen sağlık hizmetlerinin yetersizliği sorunu sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni almasıklar aranmasını zorunlu kılmaktadır. Bize göre, tek almasıklar kentlerde temel sağlık hizmetlerinin yerinden yönetim anlayışına uygun olarak belediyelere bırakılmasıdır. Ancak,

belediyelerin içinde bulunduğu kurumsal az gelişmişlik çizgisi insan ve toplum sağlığı açısından kritik düzeyde önem taşıyan bu hizmetin tehlikeye sokulmasından endişe duyanların sayısının artmasına yol açmaktadır. Üzerlerine aldıkları öteki görevleri yerine getirmede önemli darboğazlar ve handikaplarla karşılaşan belediyelerin bu kritik hizmet konusunda karşılaşabileceği başarısızlıklar birçok kimsede hizmetin devri konusunda duraksama yaratmaktadır. Sorunun aşılması büyük çapta kurumsal gelişme teknik ve yöntemlerinin kullanılmasına, sağlık hizmetlerinin topluma sunumunda bilimsel temel ve çerçevenin oluşturulmasına ve çağdaş yönetim bilimi ilkelerinden daha çok yararlanılmasına bağlı görülmektedir. Bu yargı, herhalde, Sağlık Bakanlığı için de geçerli olacaktır.

Doç. Dr. Firuz Demir YAŞAMIŞ

Kentleşme ve Çevre Sorunları UNICEF eski Türkiye Program Sorumlusu

KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU VE GELİŞTİRİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ TÜMÜYLE BELEDİYELERE DEVREDİLEBİLİR Mİ?

Bugün kendi üzerlerinde bulunan görevleri yerine getirmekte genel olarak ve büyük çoğunlukla başarısız oldukları görülen, öte yandan en önemli gelir kaynaklarından biri olan emlak vergisini toplayamadıkları için bu verginin yine eskiden olduğu gibi merkezi idarece toplanıp kendilerine dağıtılmasını talep eden belediyeler; neden, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine, hatta birinci ve ikinci kademe (ayakta ve hasta-hane) tedavi hizmetlerine talip ol- j makta, "belediye sağlık hizmeti vergisi" koyarak bu hizmetleri kendileri vermek istemektedirler.

Bunun sebeplerinden en baskın olanı, bu konuda birinci derecede doğrudan ve aslı görevli olan Sağlık Bakanlığı'nın içinde bulunduğu yönetim yetersizlikleri ve görev ihmalleri sonucunda tıkanan ve verilmeyen bu l hizmetlerde ortaya çıkan büyük hizmet açığıdır, Belediyeler bu hizmetleri ı çok yüzeysel bir seviyede bile verebilirlerse, kıyas yapılacak başka yeterli ı hizmet mevcut olmadığından, belde halkının takdirini kazanabilirler. Bu sonuç politik bakımdan ilgi çekicidir.

Ancak, koruyucu ve tedavi edici bu kadar sade bir yolla çözülebilecek kadar kolay ve basit bir konu değildir. Belediyelerimizin -maddi ve diğer- gücünü aşan özelliklere sahiptir.

1580 sayılı Belediyeler Kanunu ve 3030 sayılı Anakent Belediyeleri ile ilgili kanun, belediyelere, çevreye ve topluma yönelik temel-koruyucu sağlık hizmetleri alanında 20'yi aşkın konuda çok önemli ve ağır görevler yüklediği halde, yerine getirilememektedir. Buna ilaveten, belediyelerce yürütülmesi gereken, sağlıkla ilgili olsun veya olmasın, başka görevler için de aynı şey söz konusudur.

Belediyelerin talip oldukları kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetleri alanları, ana hatlarıyla

- Sağlık ve hijyen eğitimi hizmetleri,
- Aile planlaması hizmetleri,
- Ana-çocuk sağlığı hizmetleri,
- Bağışıklama hizmetleri,
- Kemoseroprofilaksi hizmetleri,
- Erken tanı hizmetleri,
- Sağlıklı beslenme hizmetleri,
- Sağlığa zararlı alışkanlıklarla savaş hizmetleri,
- Sağlıklı yaşama standartlarının yükseltilmesi hizmetleri,
- Sağlık sicili/kütüğü hizmetleri,
- Sosyal yardım hizmetleri,
- işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri,
- Okul sağlığı hizmetleri,
- Toplu yaşama ortamları sağlık hizmetleri,
- ilk yardım sağlık hizmetleri,
- Acil tedavi hizmetleri,
- Sağlık kontrolü hizmetleri,
- Seyyar sağlık hizmetleri,
- Ayakta tanı ve tedavi hizmetleri,
- Evde bakım sağlık hizmetleri,
- Hasta sevk ve izleme hizmetleri,
- ikinci kademe (genel hastahane) tedavi hizmetleri

konularını kapsayan fevkalade geniş ve kompleks bir bütündür.

Bu hizmetlerin, aslı ve profesyonel görevi sağlık hizmetleri vermek olan Sağlık Bakanlığı yerine, amatör ve zayıf belediyelerce verilmesini istemek, meselenin gerçek boyutlarını ve ciddiyetini bilmemekten, önemsememekten veya başka amaçları sağlığın önüne geçirmekten kaynaklanıyor olabilir. "Halkın katılımının sağlanması" gibi gerekçelerin de esasla değil ancak usulle bir alakası olabilir.

Bu konularda belediyelerin görevli olduğu örnek ülkelerin varlığından bahsedilebilir. Ancak, gözden uzak tutulmaması gereken husus, o ülkelerin idari yapılarının ülkemizden farklı bir tarihi gelişim içinde şekillenerek bugünkü biçimine ulaştığı gerçeğidir. O ülkelerin hemen hepsi devlet, idare, ordu, polis, adalet, eğitim, sağlık gibi konularda kendi müstakil sistemlerine sahip feodal devletlerin, tek bir federal devlet yapısında birleşmeleri sırasında, feodal devlete devrettikleri sistem ve yetkiler yanında, sağlık gibi bir kısım yetkiyi

ellerinde tutmaya devam etmeleri sonucunda ortaya çıkan farklı bir yetki bölüşümüne sahiptirler. Bu durumda bile, söz konusu sağlık hizmetlerini yürütme sorumluluğu, çoğunlukla, merkezi ve federe sis-temlerce birlikte üstlenilmektedir.

Ülkemizin siyasi ve idari geçmişinde benzeri bir feodal gelişim olmadığından, sağlık hizmetlerimiz de, olmayan bir yapının özelliklerine göre değil, var olan dominant merkezi idare özelliklerine göre yapılmıştır.

Güçsüz olan ve daha uzunca bir süre, doğal olarak, gelişip güçlenmesini beklemek zorunda olduğumuz belediyelere verilen sağlık hizmeti görevleri, çevreye ve topluma yönelik bir sınırdan tutulmuştur.

Bu konuda, yetkinin merkezi idarede toplanmış olmasından doğan meseleler, sadece belediyelere değil, il ve ilçe özel idareleri, köyler ile merkezi idarenin taşra teşkilatı ve birimlerine görev ve yetki aktarılması yoluyla, fakat asli görevlinin Sağlık Bakanlığı olmaya devam etmesiyle çözülebilir.

Böyle bir talebin gündeme geliş sebeplerini araştırmak, değerlendirmede ve belirleyici olabilir. Sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu kötü hal, belde halkının ihtiyaçlarının karşılanması isteği, çare arama iyi niyeti, başka ülkeleri taklit ve şablonculuk, başarısız olduğu görevlerinden kaçmak isteyen Sağlık Bakanlığı'nın telkinleri, başka tür ve sebepli empoze fikirler... Bunların hiç biri -ilmi gereklilikler dışında- yeterince güçlü ve inandırıcı değildir.

Söz konusu sağlık hizmetlerinde aranılan koordinasyon, bütünlük (entegrasyon), hizmetlerin tek elden yürütülmesi gibi nitelik ve ilkeler de, bu görevlerin tümüyle 2550 belediyeye bırakılmasına engeldir.

Bu konunun taşıdığı en büyük risk, sağlık ihtiyacının sahip olduğu büyük talep esnekliğinden kaynaklanmaktadır. Sanıldığı gibi aksine, sağlık ihtiyacı, büyük ölçüde, ertelenebilir ve vazgeçilebilir özelliklerine/imkanına sahiptir. Sağlıklarını önemsediklerini zanneden insanlar, temel ihtiyaç olmayan sağlık taleplerini, acil/akut/ kaçınılmaz hale gelene kadar kolayca hafife alırlar.

İşte bu talep esnekliği, sağlık hizmetini talep edenler kadar bu hizmeti sunanlarca da aynı yoğunlukla istismar edilmektedir. Sağlık Bakanlığı, hizmetleri tıkanırken, bu esneklikten yararlanarak durumu idare edebilmektedir. Buna rağmen, bu merkezi idare hizmetlerini iyileştirmenin yolları vardır ve çok sayıda belediyeye kıyasla, ölçülemeyecek kadar kolaydır.

Biz, binlerce belediyenin böyle bir ihmâl riskini ve başka aslî görevleri yanında Sağlık Bakanlığı'na kıyasla amatörce olacak faaliyetlerini kontrol etme imkanını, seçmenlerin seçil değerlendirmelerine bırakmanın yararlı olmayacağına inanıyoruz. Belediye yerler şimdiki asli görevlerini yerine getirebilirlerse, belde halkı verebilecekleri hizmetleri yeterli, vermiş olacaklardır.

Bu sebeple, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerinin "tümüyle belediyelere devri"nden değil, yükümlü oldukları çevreye ve topluma yönelik sağlık hizmetlerini gereği gibi yerine getirme hedefinden, ve bundan sonra da, ihtiyaç ve imkanları oramı diğer sağlık hizmetlerine "katkıda bulunmalarından söz etmek daha uygun ve rasyonel görünmektedir.

Y. Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık İdaresi Yüksek Okulu

OKURLARIN KALEMİNDEN

OKUR "TOPLUÇALIŞIM'I : YEREL YÖNETİMLER VE SAĞLIK

"Çalışma Ortamı" dergisi okurları 20-21 Kasım 1993 tarihlerinde örnek bir topluçalışım daha gerçekleştirdiler. Yaklaşan yerel seçimler öncesinde "Yerel Yönetim" olgusunu ve "sağlıkla ilişkisini tartışan okurlar ve sonuçlara ulaştılar:

A- VAR OLAN DURUM:

1- Yerel Yönetimler Yönünden:

- Yerel yönelimlerin politikalarında, amaçlarında ve hedeflerinde çok ciddi belirsizlikler vardır. Bilinçli bir şekilde strateji geliştirilmesi, verilen hizmetin değerlendirilmesi yapılmamaktadır.
- Yerel yönetimlerin örgütlenmeleri de ciddi yanlışlıklar içermektedir. Bir çok birim benzer hizmetlerden sorumlu iken, sağlıkla ilgili birimlerde yetersizlikler vardır.
- Yerel yönetimle vermekle yükümlü oldukları görevleri de yerine getirememektedirler. Örneğin iş yeri denetimleri, çalışanların portör muayeneleri, sağlıklı içme suyu sağlanması, sağlıklı bir çevrenin yaratılması gibi doğrudan sorumlu oldukları alanlarda, yapmaları gerekenin yarısını bile gerçekleştirememektedirler. Buna karşın, Ümraniye Belediyesi'ndeki "sağlık zabıtası" uygulamasında olduğu gibi, bu konuda bazı olumlu lar da vardır. Bunlar da gelecek için bizleri umutlandırmaktadır,
- Tüm bunların ötesinde, acaba yerel yönetimler sağlık hizmetlerini vermeyi samimi olarak mı istemektedirler; yoksa reklam, seçimler, oy kaygısı gibi nedenler bu istekte en önemli rolü mü oynamaktadır?
- İl özel idareleri gibi belediyelerin dışındaki yerel yönetimler işlevsiz durumdadır.
- Yerel yönetimlerin yeniden yapılanmasına ilişkin bir yasa taslağı hazır durumdadır. Fakat taslağın yasalarla olan çelişmeleri (örneğin 657 sayılı Devlet Memurları Kanunuyla) ve geleceğı konusunda bir kestirimde bulunulmamaktadır.

2- Sağlık Bakanlığı Yönünden:

- Merkezi yönetim (Sağlık Bakanlığı) vermekle yükümlü olduğu sağlık hizmetlerini verememekte, verdiklerini de nitelsiz bir şekilde sunmaktadır.
- Merkezi yönetim var olan yasaları işletmemekte ve bu şekilde belli çıkar çevrelerine kazanç alanları yaratmaktadır.
- Merkezi yönetim sağlık alanında var olan eşitsizlikleri daha da artıracak olan sağlıkta özelleştirmeyi özendirilmektedir.

3- Toplum Yönünden:

- Demokratik bir toplumun ön koşullarından olan toplumsal örgütlenmelere bireylerin aktif katılımı yetersizdir. Bireylerin örgütlenme bilincine erişen küçük bir kısmı ise bunu toplumsal yaşama müdahaleye dönüştürememektedir.
- Özellikle son on yılın politikaları, toplumdaki dayanışma duygusunu ve bireylerdeki öz sorumluluk duygusunu büyük ölçüde törpülemiştir. Sağlıkta toplum katılımının gerçekleştirilememesinde bu da önemli bir etmendir.
- Bireyler, örgüt ya da kamu görevlerine seçtikleri temsilcilerini yönlendirmemekte, denetlememekte ve yalnız bırakmaktadırlar. Bunun olumsuz sonuçları ise yalnızca sağlıkta değil, tüm yaşamsal konularda hissedilmektedir.

B - OLMASI GEREKEN :

Yerel yönetimlerin, hizmetlerle ilgili kararların alınmasında toplum katılımının sağlandığı, katılımcı ve demokratik yapılar olması gerekmektedir. Bu yapıların sağlanması ve aşırı bürokratik, merkeziyetçi yönetimlerin aşılması gereklidir.

C- SONUÇ :

- Tüm katılımcılar var olan merkezi yönetimin ve dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'nın sağlığa yaklaşımını son derece yanlış ve tutarsız bulmaktadırlar.
 - Buna karşın çözüm aşamasında iki görüş ortaya çıkmıştır,
 - Sağlık hizmetleri merkezi yönetimce verilmelidir. Çünkü yerel yönetimlerin bu hali ile sağlık hizmetlerini üstlenmeleri var olan karmaşayı daha da artıracak ve sağlıkta eşitsizlikler derinleştirecektir. Sağlık Bakanlığı varolan yasaları uygulamalı, birinci basamağı (sağlık ocaklarını) nitelikli hizmet veren kurumlar haline getirmelidir.
 - Temel sağlık hizmetleri yerel yönetimlere devredilmelidir. Yerinden yönetim, merkezi yönetimin açmazlarını ortadan kaldıracaktır. Yerel yönetimlerle ilgili sorunlar ise yeniden yapılanma ve bilimsel örgütlenmelerle çözülebilecek sorunlardır.
- Katılımcılar bir okurun deyimiyle "tartışmanın sonuna henüz noktayı koymadılar". Ancak zihinlerdeki soru işaretlerinin çoğunu kaldırarak yerine ünlem işaretleri koydular. Sonuç yazanağını gene bir okurumuzun sözleriyle bitiriyorum: "Devlet yurttaşlarına sağlık hizmetlerini de sağlıklı yerleşim yerlerini de sunmak zorunda. Bu konuda her şeyi devletten beklemek hakkımız."

Dr. Bülent KILIÇ Ankara

NUSRET FİŞEKİN ÖĞRENCİSİ OLMAK

Nusret Fişek'in öğrencisi olmakla ne kadar övündüğümü herkesle paylaşmak istiyorum.

Onu yakından tanıyan, onun tarafından bilinen bir öğrencisi olmanın büyük bir şans olduğuna da inanıyorum. Nusret Bey'i görüp, tanımış olanları ondan etkilenmemeleri ve bir şeyler öğrenmiş olmalarını varsaymak hiç kolay değil. Gerçekte ise onun öğrencisi o kadar çok ki; o benden önceki kuşakları da etkiledi, daha pek çok kuşağı etkilemeye devam edecek.

6 Kasım 1990 günü yapılan törenlerin birinde bir IV. Dönem Tıp Fakültesi öğrencisi "**Hocam Nusret Fişek**" başlıklı bir söylevde benim onu yirmi yıl önce ilk tanıdığım zamanki heyecanın içinde duygularını, sevgi ve saygısı ile ondan öğrendiklerini coşku ile dile getirmesi çok anlamlıydı. 7 yıl önce öğretim üyeliğinden resmen ayrılmış olan Fişek, bu arkadaşta doğrudan hiç ders vermiş olamaz. Kuşkusuz Nusret Fişek'in öğretim üyeliği yanında yaşantısı gerçek bir okuldu.

Öğretim üyesi iken de, sonraları da "öğrencilerin sevgilisi" olduğu en yetkili ağızdan da onaylanmış bir öğretmendi. Öğrencilerin bu sevgileri diploma törenlerinde gözle görülür bir şekilde izlenebilirdi. Diploma dağıtan öğretim üyeleri için gösterilen ilgi Fişek'e sıra geldiğinde "bir türlü dinmeyen sevgi gösterisi" oluverirdi. Bu gösteri, tekrar tekrar sahneye çağırılan virtüözler için yapılan en görkemli coşkular gibi olurdu. Bir başka toplu sevgi gösterisi ise her öğretim üyesinin düşlerini süsleyebilecek kadar anlamlı olanı öğrencilerinin, onun için erken olan, yaş sınırı ile üniversiteden ayrılması nedeniyle yaptıkları çağdaş törendir.

Fişek, öğrencilerini ve çevresindekileri nasıl etkilerdi?

Bu sorunun cevabını öncelikle yaşamının dünyada varolmuş **en onurlu yaşamlardan biri** olduğu gerçeğinde buluyorum. Sonsuz **alçakgönüllüğü** ve herkese olan **saygısı** hemen farkedilen başka özellikleridir. Hizmet etmek için isimsiz olmak gerektiğine bizi İnandırmıştır. Bitmek tükenmek bilmeyen **enerjisi** ve **çalışkanlığı** ile son dakikasına kadar kendinden her sorularına her istenene karşılık vermek için bıkmadan usanmadan çalışması çevresindeki hepimizi her zaman etkileyecek. Herkese destek olması ile çoğu kez eleştirildi. Ancak o, bunu fırsat eşitliği olarak düşünür ve hep savunurdu. Bir arkadaşım bu desteği şöyle dile getirdi: "**Herkese baştan 10 numara verirdi.** Sonunda kişiler alt sınırlarını kendileri belirlerdi..." 1970-76 yıllarında öğrencisi iken, 1976-79 yıllarında asistanı iken, 1979-83 döneminde Hacettepe Toplum Hekimliği Enstitüsünde birlikte çalışma şansı bulduğum Fişek, İstanbul'a gelişimden sonra bile yaptığım her çalışmayı iletme, danışma, paylaşma çabalarını hep destekledi. Hastalığını ilk duyduğum anda birden dünyada yapayalnız kaldığımı hissettim. Bu duygu, bana ne kadar güven verdiğinin ve destek olduğunun bir göstergesidir.

- **Çok öz, dolaysız, bilimsel delillerle konuşurdu. Öz deyişler, çoğunlukla Nasreddin Hocadan alınmış engin fıkra literatürü ile süslenmiş anlatımı ile anlatmak istediklerini çok kolay iletirdi.**

- Bilmediği işlerle uğraşmazdı.

- **Savunduğu her şeyi bilimsel olarak açıklardı. Bu nedenle tartışmaları, kuru politik savunulardan çok farklı ve öğreticidir.**

- Yüce bir hoşgörüsü vardı. Kendisiyle beni çok üzen bir olayı paylaşmıştım. Böyle durumlarda kullandığı, kendisine ait olmayan bir özdeyişi çok beğendiğini söyleyerek bana da öğretmişti. "*Biri sana haksızlık yaparsa üzülme! Sen yapmadın kil*" Başlangıçta hiç doğru bulmadığım, açıkçası ona yakıştırmadığım bu değerli deyişi gün geçtikçe daha da iyi anlıyor ve seviyorum.

- **Fişek hocalığın şekilsel ve otok-ratik bir kavram değil, bilimsel ve kişisel bir özellik olduğunu kendi yaşamı ile belgelenmiştir.**

Bu nedenle, genelde kalıplaşmış olarak kullanılan "hoca" kavramından çok daha farklı bir kimliği ve yeri vardır.

Temel öğretisi şunlardır:

1. Bilim belli konularla değil, yöntemle belirlenir. Bilimsel yöntemin gözlem, hipotez, gerçekleştirme ve genelleme aşamalarından geçmemiş her türlü uygulamadan kuşku duyulmalıdır.

2. Hekimlik bilimlerinin tarihsel sürecinde toplum hekimliği, temel tıp bilimleri ve klinik bilimleri izleyen çağdaş tıp uygulamasıdır.

Çağdaş hekimlik uygulaması toplum hekimliğidir.

Toplumdaki bireyleri hasta ve sağlam olarak ayırmadan her bireyin sağlık bakımından yararlanmasını sağlama, ancak çağdaş hekimlik görüşü ile olabilir. Kişiyeye verilecek sağlık bakımının koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici olarak bir bütün halinde programlanması çağdaş uygulama gereğidir.

Toplum hekimliğinde sağlık yönetimi, epidemiyoloji ve istatistik gerekli temel bilimlerdir.

Toplum hekimliği uygulamaları tıpta özellikle gerektiren her alan için geçerlidir.

Ancak, gerekler, eldeki kaynaklar ve sonuçta sağlanacak etkinliklere göre öncelikleri belirleme, uygulamaları değerlendirme ve yeniden uyarılama dinamik bir süreçtir. Toplum hekimliği uygulama alanı olarak ana sağlığı, çocuk sağlığı, kronik hastalıklar, geriatric sorunlar, kanser, genetik hastalıklar, iş sağlığı, aile planlaması gibi her alan olabilir.

Her alanda etkin hizmet vermek için, temel tıp bilimleri ve klinik hekimlik ancak toplum hekimliği çağdaş yaklaşımıyla hedefine ulaşabilir.

Bu sayede ihtiyacı olan herkes tıp biliminden etkin olarak yararlanabilir.

Nusret Fişek öğrettiklerini uygulanmaları için öğretirdi.

Şeyh Said'in şu sözlerini çok sevdi: "öğrendiklerini uygulayamayan kişi sırtında kitap taşıyan eşekten farksızdır."

Kaldı ki, öğrenme için uygulamanın şart olduğunu da öğretti.

Duyarsam unuturum

Görürsem hatırlarım

Yaparsam öğrenirim Çin atasözüne son satırı eklemişti:

Tartışırsam olgunlaşırım.

Nusret Bey hep tartışırdı!

Doç. Dr. Ayşen Bulut / İstanbul

PROF.DR. NUSRET H. FİŞEK KÖŞESİ

Öğretmenimizi yitireli 3 yıl oluyor. Bu süre içinde, onun yükselttiği bayrağı düşürmeden taşımak ve yeni gençlere aktarmak için çalışmalar yaptık. 3 Kasım'da ölüm gününde onu andık. 21 Kasım onun 79. yaş günüydü. Okur Semineri'nde yine bir araya gelip, merhaba dedik ona. Ama ne yaparsak yapalım, onu özleyoruz. Bu özlem her yıl biraz daha artıyor.

Onun için hazırladığımız bu köşmizde, önce onun çok sevdiği ve geliştirdiği bir sözü anımsatıyoruz. Daha sonra da yeni gençlere onun kısa bir yaşam öyküsünü veriyoruz.

*Söz uçar,
Yazı kalır.*

ÖZGEÇMİŞİ

1914 yılında İstanbul'da doğan Dr. FİŞEK, 1938 yılında İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 1941 yılında aynı üniversitede Bakterioloji ihtisasını tamamlayan Dr. Fişek 1946'da Hayati Tıbbi ve Gıda Kimya Mühendisi Tıp Bilimlerinde Doktora derecesini almış, 1955 yılında Biyokimya Doçenti ve 1966 yılında Halk Sağlığı Profesörü olmuştur.

Refik SAYDAM Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Aşı Kontrol Laboratuvarı Şefliği, Avrupa Biyolojik Standardizasyon Birliği Ekspert Komitesi Üyeliği, Dünya Sağlık Örgütü Danışmanlığı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Öğretim Üyeliği, Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı, Hacettepe Üniversitesi Mezuniyet Sonrası Eğitim Fakültesi Dekanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığı, International Editorial Advisory Committee of the Population Information Program of the George Washington University Medical Center üyeliği. Dünya Nüfus Araştırmasının değerlendirilmesi, WHO/HRP Hizmet Araştırmaları Steering Komitesi Üyeliği, Dünya Sağlık Örgütü İcra Komitesi Üyeliği görevlerinde bulunan Prof. Dr. FİŞEK, 1983-1990 yılları arasında Türk Tabipleri Birliği başkanlığı da yapmıştır.

Demografi alanındaki çalışmaları nedeniyle Michigan Üniversitesi 150. yıl ödülünü alan Prof. Dr. FİŞEK, Cüzam Savaş ve Araştırma Derneği Şeref Diploması, Hacettepe Üniversitesi Akademik Hizmet Belgesi, Türk Tabipleri Birliği Hizmet ve Onur Belgesi ve Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği Şeref Rozeti sahibidir.

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi alanındaki çalışmaları nedeniyle "Royal Collge of Physicians (FRCP)" üyeliği ile ödüllendirilen Prof. Dr. Nusret Hasan FİŞEK, "American Medical Association", "Harvard Chapter of the Society of the Sigma X", "The New York Academy of Sciences", "The National Geographic Society, The Incorporated Liverpool School of Tropical Medicine", "The American Public Health Association", Ankara Jinekoloji Cemiyeti" ve "The Faculty of Community Medicine of the Royal College of Physician" isimli bilimsel kuruluşların da üyeliklerini yapmıştır. Prof. Dr. Nusret Hasan FİŞEK 1990 yılında vefat etmiştir.

PROF.DR. NUSRET H.FİŞEK'İN BİR YANITI

Soru:

"Bir bilene soralım" sütununuz her zaman için bizlere faydalı olmaktadır. Zevkle okuduğumuz gazetenizin okuyucularına hizmet yolundaki çabalarından biri sayılır bu köşe. Benim de sizden ricam şu: Sosyalleştirme ne demektir? Sonsuz saygılarımı sunarım efendim."

(**Rabia Özkan** (Kars):

Yanıt:

Sosyalleştirme, bir ülkenin herhangi bir alandaki imkânlarından halkın eşit şekilde faydalanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi daha Türkçe bir deyimle sosyalleştirilmesinde amaç hekimlerden ve hastanelerden zengin veya fakir, köyde veya şehirde yaşayan halkın tümünün eşit şekilde faydalanmasını sağlamaktır. Bunun için de köylerde ve şehirlerin her mahallesinde sağlık ocakları açılması, hükümet hastanelerinde ve diğer sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere gerekli seviyede maaş vererek bunların muayenehane açmalarına ve halktan para almalarına müsaade edilmemesi, sağlık ocaklarında ve hastanelerde muayene ve tedavinin parasız olması öngörülmüştü. Sağlık hizmetinin sosyalleştirildiği illerde hem devletin hastanesinde çalışıp hem i muayenehanesinde devletin verdiği kadar fazla kazanç sağlayan hekimler ile parası olduğu için hekim ve hastaneden kolaylıkla faydalanan zenginlerin işine gelmediği için bu programın karşısına çıkıldı. Tüm halka sağlık hizmeti götürmek için Adalet Partisi hükümeti bu programı yürütmek istiyor ama gücü bu programa karşı gelen grupları yenmeğe ve sosyalleştirilmesinin gerektirdiği adil bir yönetimi kurmaya yetmediği için uygulama yavaşladı ve uygulanan yerlerde de başarı derecesi düştü.

Prof. Dr. Nusret H. Fişek
Milliyet Gazetesi, Kasım 1970)

PROF.DR. NUSRET H.FİŞEK ANMA ETKİNLİKLERİ

Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in ölümünün 3. yıldönümüne denk gelen günlerde, çeşitli anma etkinlikleri düzenlendi. Bunlardan ilki, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Türk Tabipleri Birliği'nin ortaklaşa düzenledikleri 3 Kasım 1993'te Hacettepe Üniversitesi'nde gerçekleştirilen GÜN'dü. Bu kapsamda, düzenleyici kuruluşların temsilcileri ile Prof. Dr. Fuat Aziz Gökselin "Prof. Dr. Nusret H. Fişek ve Tıp Etiği" konulu konuşması yer almıştı. Ayrıca Türk Tabipleri Birliği'nin Nusret Fişek Hizmet Ödülü'nü alan ve bugün aramızda olmayan Dr. Muzaffer Akyol adına yakınına; Nusret Fişek Sağlık Ocağı ödülünü kazanan başarılı 3 sağlık ocağının temsilcilerine de ödülleri verildi. Bu sağlık ocakları Edremit'in Akçay Sağlık Ocağı, Malkara'nın Ballı Merkez Sağlık Ocağı ve yine Malkara'nın Balabancık Sağlık Ocağı'dır. Genç arkadaşlarımızı kutluyor, çabalarının sürekli olmasını diliyoruz.

5-6 Kasım 1993'te Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolunca "Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri '93" düzenlendi. Bunun gelenekselleştirilmesi planlanmaktadır.

Katılımcılara sunulan tartışma kılavuzunda amaç şöyle açıklanmaktadır:

"Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri"nin amacı, büyük halk sağlığı önderini anarken, savaşımının ışığında, yıllık bir değerlendirme yapmak; yurdumuzda ve dünyada halk sağlığının önündeki engelleri ve öncelikli sorunları belirlemeye çalışmak ve temel çözüm stratejilerini saptamaktır. Yıllık değerlendirme toplantıları, halk sağlıkçıları arasında iletişim ve dayanışmayı sağlama işlevini de görecektir. Tartışma konuları 5 grupta toplanmış ve konunun uzmanları arasında tartışılmıştır. Grup çalışmalarının sonucunda yetkili ve ilgili kuruluşlara kamuoyuna, ürünlerin sunulması planlanmaktadır.

Yine bu etkinlikleri tanıtan Ankara Tabip Odası'nın bir afişi, başta EGO otobüsleri olmak üzere, kentte yaygın olarak basıldı. Afiş, "Ölümünün 3. yılında Türkiye'nin Halk Sağlığı Önderi Prof. Dr. Nusret H. Fişek'i saygıyla anıyoruz" diye başlıyor. Onun üzerinde titizlikle durduğu ve uğraş verdiği belgilerle son buluyor.

**Çağdaş hekimliği yaşatalım.
Her mahallede bir sağlık ocağı
Her sağlık ocağında kaliteli sağlık hizmeti.**

ÖDÜL KAZANAN SAĞLIK OCAĞINDAN (Ballı, Tekirdağ) MEKTUP VAR

(Doç. Dr. Remzi Aygün'e)

19.11.1993
Cuma - Tekirdağ

Hocam,

Sağlık Ocağı'mızda da bir ödül töreni yapılarak Prof. Dr. Nusret Fişek'i anadık.

Görkem açısından belki sizin hakkınızdaki bir törenden daha zayıftı ancak duygu yükü açısından en az o kadar görkemliydi.

Personeldeki çalışma şevkini kamaletlediği kesin.

Suçluluğu, başarı ve mutlu yüzlere dileğiyle...

Saygılarımla
Dr. Nusret TURAN

TÜBİTAK

TÜRKİYE BİLİMSEL VE TEKNİK

ARAŞTIRMA KURUMU \ (TÜBİTAK) 1993 HİZMET ÖDÜLÜ PROF. DR. NUSRET H. FİŞEK'E VERİLDİ.

TÜBİTAK hizmet ödülünün gerekçesi şöyle sunuldu:

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile Türk Nüfa Planlamacı Kanununu hazırlaması sağlık hizmetlerinin daha sonra Dün ya Sağlık Örgütü tarafından da benimsenen çağdaş ilkelere göre düzenlenmesindeki önemli hizmetleri, tıp eğitiminin topluma dönük eğitim biçimine dönüştürülmesindeki hizmetleri Mikrobiyoloji, Halk Sağlığı ve Nüfus Sorunları alanlarındaki derin Halk Sağlığı ve Nüfus Sorunları alanlarındaki derin bilgisiyle sayısız uzman hekim yetiştirmesi ve çok sayıda bilimsel eser vermesi nedeniyle Hizmet Ödülü verilmiştir.