



ANKARA  
VE  
İZMİR

# TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



AĞUSTOS — EYLÜL 1976/SAYI 11 - 12/YIL 1/ FİYATI 10 TL.



**SAYIN OKUYUCULARIMIZ**

**TOB'a Abone Olunuz  
Abone Bulunuz**

**SAYIN ABONELERİMİZ**

**Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz**

TOB DERGİSİNDE BİR Y'LLİK ABONE OLMAK İÇİN,  
96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR AD-  
RESİNİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİ-  
DİR.

ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.

## İçindekiler

Söyleşi ...	4
Haberler ...	5
Prof. Dr. Nusret FİŞEK ...	28
Dr. Turhan TEMUÇİN ...	38
Dr. İhsan ÜNLÜER ...	41
Aziz NESİN ...	43
Dr. Muzaffer HACIHASANOĞLU ...	50
Ramis DOĞAN (TÜS-DER Genel Sekreteri) ...	53
SSK'nun Sağlık Hizmetleri (İnt. Dr. Caner FİDANER) ...	55
SSK'nun Bugünkü İşlerliği (İzmir Tabip Odası, Halk Sağlığı Bürosu) ...	69
Türkiye'de Ana - Çocuk Sağlığı (İzmir Tabip Odası-Halk Sağlığı Bürosu Ana-Çocuk Sağlığı Gurubu ...	73
Su, Çevre Temizliği ve Sağlık (Ankara Tabip Odası - Halk Sağlığı Bürosu) ...	81
Sağlık Haftamız (Prof. Dr. Veli LÖK) ...	87
Yüksek Öğrenim Gençliğinin Eğitim Dışı Sorunları (Stj. Dr. Saim YAMUÇ) ...	90
Olimpiyatlar ve Ötesi (Dr. Şeref CAN) ...	96
Sağlık Herşeyden Önce Gelir (Dr. Nikolai İZMEROV ...	100

### TOB

Türk Tabipler Birliği  
Ankara ve İzmir Tabip  
Odaları Aylık Yayın  
Organı

Sahibi :

Ankara Tabip Odası Başkanı  
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Yazı İşleri Müdürü :

Dr. Orhan AYBERS

Teknik Düzenleme :

Cevdet DURANOĞLU

Yazı Kurulu :

(Ankara Tabip Odası'ndan)

Dr. Hamdi ÖĞÜŞ, Dr. Bülent  
KAVAKLI, Dr. Orhan AYBERS

(İzmir Tabip Odası'ndan)

Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan  
SEVİNÇ, Dr. Soniz EVREN

Yönetim Yeri :

Hanımeli Sok. 16/2

Sıhhiye/ANKARA

Tif : 29 55 70

Kapak ve iç baskı :

HALKEVLERİ KÜLTÜR VAKFI BASIMEVİ

Tel : 18 81 03

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.

Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL.

Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta)

Yayınlanan yazılardaki görüş ve

düşünceler yazarlarına aittir. O-

dalarımızı ve TOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi :

Kapaklar ..... 1500 TL.

İç tam sayfa ..... 1000 TL.

İç yarım sayfa ..... 750 TL.



### TOB Bir Yaşında

Derginiz, bu sayısıyla bir yaşını doldurdu. Yayına başladığımızdan bu yana ülkemizin sağlık sorunlarını gerçekçi bir yöntemle ele almaya çalıştık. Temelde doğru olduğumuza inanıyoruz. Ancak bazı ayrıntılarda hatalarımız oldu. Bu noktalarda siz okurlarımızın eleştirileri ve düzeltmeleri bize ışık tuttu. Her sayıda ereğimize iyi niyetle, sorunu temelden ele alıp, çözüm yolu öneren ürünler ortaya çıkarmaktı.

Bu yolda dört dörtlük olmasa bile, oldukça başarılı olduğumuza inanıyoruz. Derginizin hemen hemen her yazısının günlük basında yer alması, abone ve okurlarımızdan öte siyasi partiler, sendikalar, demokratik kuruluşlar, üniversiteler ve araştırmacıların kütüphanelerinde bir boşluğu dolduran, özgün bir yerinin olması, bizi bu kaniya vardırılmakta...

Dergimizin bu sayıya bu içerikle ulaşabilmesinde en büyük pay, olumlu ve uyarıcı eleştirilerinizin yanı sıra, abone gelirimizdir. Ereği kâr değil fayda olan dergimizin bu yayın yılında da var olabilmesi sizlerin aboneliğinizi yenilemenize büyük ölçüde bağlıdır...

Bu sayımızda, ülkemizde sağlıkla ve sağlığı dolaylı yoldan ilgilendiren haberlerden sonra, geçtiğimiz günlerde yapılan SSK Genel Kurulu dolayısıyla, SSK konusunda yapılan inceleme yazılarının yanı sıra Turhan Temuçin, İhsan Ünlüer, Muzaffer Hacıhasanoğlu ve Nusret Fişek'in sorunlara neşter vuran yazılarını, Ankara ve İzmir Halk Sağlığı Bürolarının çalışmalarının ürünlerini okuyacaksınız. Öte yandan bu sayıdan itibaren sayfalarımız arasında uluslararası bir değer olan Aziz Nesin'in sağlıkla ilgili hikayelerini bulacaksınız.

Saygılarımızla...

TOB

# DEVLET GÜVENLİK MAHKEMELERİ

- İnsan Hakları Evrensel Beyannameğine
- Helsinki Sözleşmesine
- Anayasa Hukukuna
- Anayasa'ya
- Ceza Hukuku İlkelerine

## ANAYASA'NIN

- Bağımsız Yargı
- Doğal Hakim
- Hakim Güvencesi
- Savunma Hakkı

## İLKELERİNE AYKIRIDIR

Bilindiği gibi, 12 Mart faşizminin getirdiği bir kurum olan Devlet Güvenlik Mahkemelerinin Yasası, Anayasa Mahkemesinin almış olduğu bir kararla iptal edilmiş bulunmaktadır. Yasası

Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen Devlet Güvenlik Mahkemeleri, şayet 11 Ekim 1976 gününe kadar olan kanuni süre içinde, yeni bir yasa çıkartılmazsa yürürlükten kalkmış olacaktır.



Şu anda, iptal edilen yasa yerine, aynı nitelikte olan yeni teklifler Meclis gündeminde bulunmakta, MC'nin kanatları arasında, yasa kapsamına 163'üncü maddenin alınıp alınmaması konusunda çıkan anlaşmazlık, önerilerin «Hükümet tasarısı» olarak gelmesini engelledi, MC'nin başı Demirel, «DGM Yasası çıkarılmadan Meclislerin tatile giremeyeceğini» Meclislerüstü bir irade (!) ile açıklamasına rağmen, kanatları arasındaki anlaşmazlıktan ötürü yeterli çoğunluğu bir türlü sağlayamadı ve Meclisler 3 Ağustos'tan itibaren 3 Kasım'a kadar tatile girdi. Faşist tirmanıştaki en önemli silahlarından birini yitirme durumunda olan MC bu kanunu mutlaka çıkarmak istemektedir. Nitekim Demirel verdiği demecelerde «Eylül ayında meclislerin Devlet Güvenlik Mahkemeleri konusunda olağanüstü toplantıya çağırılacağını» söyledi.

Meclislere gelmiş ya da hâlâ getirilmemiş, halkımızın sosyal güvenliği ile ilgili önlemler —ama gerçek anlamda önlemler— dururken, MC'nin sermayeye güvenlik veren bir mahkeme konusundaki ısrarı, hem de hukukçuların karşı olmalarına rağmen ısrarı, niteliğini açık bir biçimde gözler önüne sermektedir.

«Faşist» devlet kavramının bir ürünü olan Devlet Güvenlik Mahkemeleri'nin Yasası. «değiştirilip geriletmiş olan Anayasanın» bile gerisindedir. Devlet Güvenlik Mahkemelerinin bazı uygulamaları ise iptal edilen yasanın kapsamının da gerisindedir.

#### NEREDEN ÇIKTI BU DGM?

1961 Anayasasının getirdiği temel hak ve özgürlükler ve bu hak ve özgürlüklerin, halkımız ta-

rafından on yıla yakın bir süre kullanılması, sermaye çevrelerini tedirgin etmişti. Emperyalizmin güdümündeki bu çevreler, halkın uyanışı ve kendi haklarına sahip çıkmaya başlaması karşısında kendi sınıfsal çıkarlarına aykırı gördükleri bu gelişmeyi önlemek için bir taraftan baskı yöntemlerine başvururken, bir taraftan da Anayasayı ve yasaları değiştirerek, nasıl temel hak ve özgürlükleri kısırsız arayışı içine girdiler.

Nihayet, CIA tarafından tezgahlanan senaryo, Dışişleri Bakanı İ. Sabri Çağlayangil'in de vurulduğu gibi, 12 Mart 1971 günü uygulamaya konuldu. Senaryonun görünür aktörlerinden olan eski Genelkurmay Başkanı, şimdi bir bankanın yönetim kurulu üyesi (!) Memduh Tağmaç neden'i «sosyal uyanışın ekonomik gelişmeyi aşmasında» görmekte. Sermaye çevrelerinin amaç ve düşünceleri ise, Başbakanları hukuk profesörü (!) Nihat Erim'in ağzıyla «Bu Anayasa Lükstür» biçiminde ifadelendirildi. 1961 Anayasasını halkımıza layık görmeyenler, bu temel yasanın tüm uygar ülkelerde benimsenen ilkelerini ortadan kaldırmak için bu olağanüstü dönemde, olağanüstü düzenlemelerle, olağanüstü çaba gösterdiler.

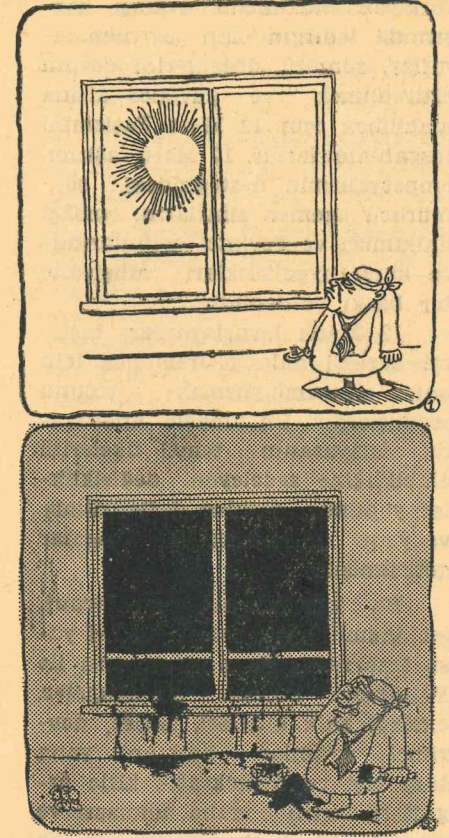
Devlet Güvenlik Mahkemelerinin kuruluşuna ilişkin Anayasa değişikliğinin, bu dönemde yapılması kuşkusuz rastlandı değildi. 12 Mart faşizmi döneminde siyasal iktidarı ellerinde bulunduranlar, 27 Mayıs Anayasasını tümünden ortadan kaldıramadıkları için, onun en önemli hükümlerini değiştirerek, tanınamaz hale getirmek yolunu tuttular. Böylece temel hak ve özgürlüklere ilişkin tüm hükümler değiştirilerek, bu hak ve özgürlükler ya ortadan kaldırıldı, ya da kısıtlandı..

#### DGM'YE HAYIR...

Hukuk açısından bir yara olarak nitelenebilecek olan DGM'leri siyasal amaçlarla kurulmuş olağanüstü, özel mahkemelerdir. Hukukçuların görüşlerine göre; Anayasamızın Bağımsız Yargı, Doğal Hakim, Hakim Güvencesi ve Savunma Hakkı İlkelerine aykırı olan DGM'lerin kuruluşuna ilişkin yasa hükmü, Anayasa Mahkemesi tarafından şekil yönünden iptal edilince, dışa bağımlı sermaye cephesinin paçaları tutuştu. Yeni bir yasa gerekti. Hem de iptal edilen yasanın çıkışından bu yana oluşan artı sosyal uyanışı gözönüne alacak bir yasa idi bu... Uygulaması adeta «sıkıyönetimsiz bir sıkıyönetim» olacak olan ve temel hak ve hürriyetleri kaldıracığı açık olan Devlet Güvenlik Mahkemelerine; başta hukukçular olmak üzere demokratik kitle örgütleri, Demokratik Parti ve MC'yi oluşturan partilerin dışında kalan siyasal partiler karşı çıktılar. Bu arada en sert tepki Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonundan geldi. Yaptığı geniş tabanlı toplantılarda kazanılmış haklarla birlikte temel hak ve hürriyetleri koruma yolunda mücadele edilmesini, bu yolda genel direnişe dahi gidilmesini ciddi olarak tartışıldı.

Öte yandan ANKARA TABİP ODASI - AYÖD - ÇAĞDAŞ HUKUKÇULAR DERNEĞİ - TİB - TMMOB - TÖB-DER - TUMAS - TUMÖD - TUS-DER-TUM-DER ve TÜTED) birçok diğer kuruluşlar gibi yaptıkları bir basın toplantısında DİSK'in DGM yasa tasarısına karşı açtığı mücadeleyi desteklediklerini açıkladılar. Aşağıda yapılan basın toplantısının tam metnini bulacaksınız.

AĞUSTOS — EYLÜL 1976



«Egemen sınıfların kendi sömürü düzenlerini sürdürebilmek için ötedenberi uygulayageldikleri yöntem; uyanan ve haklarına sahip çıkan emekçi halk kitlelerini sindirmek, hak ve özgürlüklerini ortadan kaldırmak, örgütlenmelerine ve örgütsel mücadelelerine engel olmaktır. Bu sınıflar kendi çıkarlarına zarar vermeyecek oranda halka tanıdıkları sınırlı hak ve özgürlükleri böylece geri almakta, bilinçlenen ve örgütlenmeye başlayan halk yığınları üzerinde terör yöntemleri uygulamaktadırlar.

12 Mart faşizmi bunun tipik örneğidir.

1961 Anayasasının sınırlı da olsa getirdiği hak ve özgürlükleri kullanarak egemen sınıfların sür-



süregeldikleri sömürü sistemini zorlayan halkımızın uyanışı karşısında tedirgin olan egemen sınıflar, sömürü düzenlerini devam ettirebilmek ve güvence altına alabilmek için 12 Mart Faşizmini tezgahlamışlardır. 12 Mart faşizmi, emperyalizmin desteğindeki sömürücü egemen sınıfların, emekçi halkımıza ve devimci aydınlarımıza karşı uyguladıkları vahşiyane bir baskı yöntemidir.

12 Martı hazırlayanlar, faşizmi sürekli hale getirebilmek için onu «Kurumlaştırmak» yolunu seçmişlerdir. Bu amaçla Anayasa-da, Anayasanın temel ilkelerini alabildiğine zedeleyen değişiklikler yapılmış, yasalar değiştirilmiş ve yeni antidemokratik yasalar getirilmiştir.

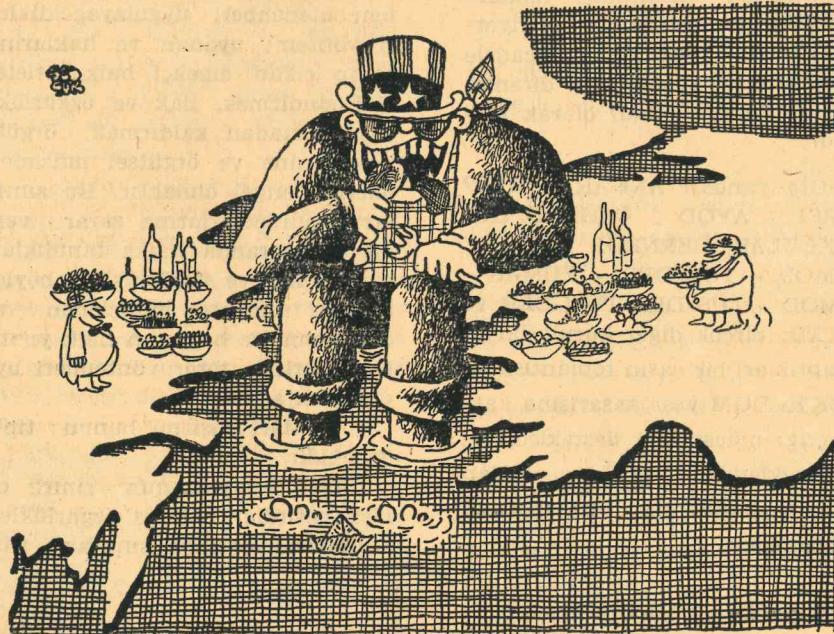
Bu kurumlaşma çabalarının en önemli odak noktası DGM yasa tasarısıdır. Bu yasa tasarısı ile kurulmak istenen mahkemeler, emekçi halk kitleleri, işçiler, devrimci aydınlar, halktan yana tüm kişi ve demokratik kitle örgütleri üzerinde daha acımasız ve amansız bir baskı düzeni kurmak için getirilmektedir. Tasarıya konulan tasfiye maddesi ile hakim

ve savcılar hükümet tarafından yeniden atanacak ve kurulacak mahkemeler amaca uygun hale, getirilecektir.

Sıkıyönetimsiz sıkıyönetimi gerçekleştirecek olan, bağımsızlıktan, hakim güvencesinden yoksun bu olağanüstü özel mahkemeler, emekçi halkımız ve halktan yana aydınlar üzerinde — bu güne kadarki uygulamaların da kanıtlaştığı gibi — bir baskı aracı olarak kullanılacaktır.

Şeriat devleti kurmak için örgütlenenleri ve bu yönde propaganda yapanları cezalandıran, 163 ncü maddenin tasarından çıkarılması da amacın bu olduğunu doğrulamaktadır.

Anılan nedenlerle bu basın toplantısını düzenleyen biz demokratik kitle örgütleri, DGM'lerinin kuruluşuna karşı ötedenberi sürdürdüğümüz mücadeleye sonuna kadar devam edeceğimizi ve DİSK tarafından bu yasa tasarısına karşı önerilen güçbirliğini ve girişilen eylemleri desteklediğimizi kamuoyuna duyururuz.» Dergimiz baskıda iken, TBMM'i DGM için olağanüstü toplantıya çağırılmıştı.



## DGM'LERİ SÖMÜRÜ ARAÇLARIDIR.

Öte yandan İzmir'de, İzmir Tabip Odası, Genel İş Sendikası, Devrimci Toprak İş Sendikası, İnşaat Mühendisleri Odası, Mimarlar Odası, Makine Mühendisleri Odası, Kimya Mühendisleri Odası, Ziraat Mühendisleri Odası, Töb-Der, Tüs-Der ve İlerici Kadınlar Derneği İzmir Şubeleri DGM konusunda şu ortak açıklamayı yaptılar :

«Egemen sınıflar, sömürlerini daha rahat sürdürebilmek sömürüye karşı işçi sınıfı ve tüm emekçi halkın verdiği mücadeleyi boğabilmek için Devlet Güvenlik Mahkemelerini «Sıkıyönetimsiz Sıkıyönetim» olarak gündeme getirmektedirler.

«1950 yılında Roma'da imzalanan ve Türkiye'nin de imzası bulunan İnsan Hakları ve Ana Özgürlüklerini Koruma Sözleşmesinin 6. maddesi «Yasal tarafından bağımsız bir mahkeme hakkı» nı temel bir hak niteliğinde kabul etmiştir. Bir mahkemenin tarafsız olmasını yargıçların atanma ve görevden alınmalarını hükümetlerin elinde olmasında siyasal iktidarların yetkisi bulunan yargı kuruluşlarının tarafsız ve bağımsızlığından söz edilemez. Bu nitelikteki kuruluşlar Anayasanın öngördüğü bağımsız mahkeme ilkesi ile açıklanamaz. Halbuki :

1) Devlet Güvenlik Mahkemeleri Yasasının 6. maddesinde yargıç ve savcıların atanmasının hükümet tarafından yapılacağı hüküm altına alınmıştır. Bunun da anlamı sömürücülerin istedikleri gibi yargılamasıdır. Anayasanın 132. maddesindeki «Hakimler Görevlerinde Bağımsızdır» ilkesine aykırıdır. Devlet Güvenlik Mahkemelerinde görev süresinin üç yıl ile sınırlandırılması ve bunun uzatılmasının hükümete bırakılması askeri hakimlerin terfi ve

kıdem durumlarında komutanlara bağlı olması bu mahkemelerin siyasal iktidara bağımlılığını daha da arttırmaktadır.

2) Yasalarımızdaki gözaltı süresi 48 saat olduğu halde DGM Yasasının 22. maddesi ile bu süre 15 güne çıkarılmış ve kişilerin 15 gün işkence altında tutulmasına kanuni bir kılıf hazırlanmıştır.

3) DGM Yasası ile yargılanan kişiler yargıçlar tarafından mahkemeden çıkartılıp giyaplarında karar alınabilmektedir. Gene aynı şekilde sanık avukatı duruşmadan çıkartılmaktadır. Siyasal ve düşünsel açıdan suç diye nitelenen davranışlarla ilgili ön araştırma yapmak polis bürolarına mahalli kolluk kuvvetlerine bırakılmaktadır.

Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen DGM görev yaptığı sürece emekçi halkımız ve halktan yana aydınlar üzerinde baskı aracı olmuştur. İleririci yurtsever, demokratik kuruluşlar kapatılmıştır. DGM yasa çıkartıldığında işçi ücretleri, memur katsayıları köylü ürünlerine verilen taban fiyatları dondurulacaktır. Buna karşı çıkan işçi sınıfının grevi, direnişeri memurların sendikal haklarını alma köylülerin taban fiyatlarını artırma ve topraksız köylülerin taban fiyatlarını artırma ve topraksız köylülerin toprak mücadelesi bu mahkemeler aracılığıyla engellenecektir.

Halkın daha iyi bir yaşam ve iletirli demokratik iktidar için verdiği mücadelesinde etkili güçlerden biri DGM olacaktır.

Tüm bu nedenlerle altta imza arı bulunan kuruluşlar olarak, DGM yasasına karşı verdiğimiz mücadeleyi sürdüreceğimizi, işçi sınıfımızın devrimci sendikal örgütü DİSK'in yapacağı tüm eylemleri sonuna kadar destekleyeceğimizi ve maddi manevi tüm gücümüzle yanında olacağımızı kamuoyuna açıklarız.



## Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresinde

### GENEL SAĞLIK SİGORTASINA KARŞI ÇIKILDI...

Doktorların ve diş tabiplerinin örgütleri olan Türk Tabipler Birliği'nin büyük kongresi, 30 Haziran - 1 Temmuz 1976 tarihleri arasında İstanbul'da yapıldı.

Ülkenin çeşitli bölgelerinden gelerek kongreye katılan delegeler, kişisel gözlemlerine dayanan açıklamalarda bulundular. Delegeler genel olarak kitlelere hizmet sunarken, onların içinde bulunduğu yoksulluk, gerilik ve kötü sağlık koşullarının görmezlikten gelinemeyeceğini, siyasal cinayetler ve baskı nedeniyle halkın tedirginlik ve bunalmı içinde olduğunu belirttiler.

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyinin 1975-1976 yılı çalışma raporu bu konuda şu görüşleri içermektedir :

«Anayasa'nın 14. cü maddesinde «Herkes yaşama, maddî ve manevî varlığını geliştirme haklarına ve kişi hürriyetine sahiptir» denilmektedir. Maddenin bu hükmü yaşama hürriyetini Anayasa hükmü olarak belirtmektedir. Oysa 1975-1976 yılı, ülkemizde can güvenliğinin kalmadığı bir dönem olmuştur. Öğrenciler, işçiler, öğretmenler ve aralarında meslektaşlarımızın da bulunduğu halk gurupları tecavüze uğramışlardır, çok sayıda yaralananlardan başka, elliden fazla yurtdaşımız hayatlarını kaybetmişlerdir. Demok-

rasinin gereği olan ayrı düşünce sahiplerine yöneltilen bu cana kıyıcı hücumlar, ülkemizde demokratik özgürlükleri kaldırmaya yönelen zorbalığın tırmanışıdır. Bu yolla özgür düşünce sahiplerini sindirmeye çalışanlar, giderek faşist bir rejimi amaçlamaktadırlar.. Can güvenliğinin sağlanması bir anayasa suçudur.»

Kongreye Merkez Konseyi tarafından sunulan ve üzerinde yapılan tartışmalarla kabul edilen raporda şöyle deniliyordu :

«Sermaye sınıfı iktidarları halk kitlelerinin sağlık sorunlarını çözme konusunda istekli ve yetenekli görülmemektedir. Sağlık sorunu hastalanan insanın hastanelerde ya da ayakta küçük bir zaman bölümü içinde hayatının tehlikeden kurtarılması demek olan tedavi edici doktorluk hizmetleriyle çözümlenemez. Bireyin hastalıktan korunması için gerekli her türlü kurumlara, beslenmeye, konut, iş ve toplumsal güvenlik örgütleriyle bir bütün oluşturmaktadır.»

Genel Kurulda yapılan konuşmaların büyük bir bölümü İlaç Sömürüsü ve bu sömürüyü daha da yoğunlaştıracak olan Genel Sağlık Sigortası üzerinde odaklaştı. Özellikle Ankara ve İzmir Tabip Odaları delegeleri bu iki konu üzerinde ısrarla durdular. Bu konuda konuşmacılar; bugüne dek

siyasal iktidarların sağlık sorunlarına olan bakış açılarının ilaç sanayii çıkarları doğrultusunda olduğunu vurgulayarak, sağlık sorununa kökten çözüm ararken, mutlaka sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesini, çağdaş tıp anlayı-

şı gereklerine aykırı bir yöntem olan sağlık sigortası yerine sosyalizasyonun yaygınlaştırılması yoluna gidilmesini, bu arada doktorları Sağlık hizmeti satan tüccarlar durumunda bırakmayacak bir ücret sisteminin getirilmesi gerektiğini belirttiler.

## Ankara Belediye Başkanı DALOKAY

### «ANKARA'DAKİ BULAŞICI HASTALIĞI MC İKTİDARI ÜRETİMİŞTİR» DEDİ.

Geçtiğimiz günlerde ülkemizde ölümlere de yol açan ve ilgililerce «Barsak Enfeksiyonu» olarak nitelenen bulaşıcı hastalık konusunda bir basın toplantısı düzenleyen Ankara Belediye Başkanı Vedat Dalokay, MC'nin başkent halkının kendisine oy vermediği için, kanalizasyonunu yaptırmadığını, bunun da Ankara'da salgına neden olduğunu açıkladı.

Ankara'daki büyükelçiliklerin hükümetin hastalık hakkında açıklama yapmasını istediklerini anlatan Dalokay, daha sonra şunları söyledi :

«Gerek SSYB, gerekse İl Sağlık Müdürlüğü ile yaptığımız temaslara sonucu yetkililerce verilen talimat gereği kentte yaptığımız taramalar, hastalığın boyutlarının genişlediğini ve özellikle yoksul semtlerde kent yaşamını tehdit eder hale geldiğini bize göstermiştir.»

Ankara Belediye Başkanı hastalığın yaygınlaşmasının bir nedeninin de son aylarda görülen enerji sıkıntısı yüzünden başkente yeterli su verilemeyeceği olduğunu,

buna karşın yetkililerin ölümlere yol açan hastalığı hafife aldıklarını belirterek şöyle devam etti :

«Kanalizasyonu olmayan bir kentte yaşıyoruz. Kanalı olmayan bir kentin kalın barsağı yok demektir. Başkentteki bütün pis sular kenti boydan boya kat eden Balgat, Dikmen, İncesu, Hatip, Bentderesi ve Çubuk çaylarının oluşturduğu Ankara Çayına aktmaktadır. Bunlar özellikle gecekondu semtlerinde açık, mikroplu ve hastalık saçan, hatta küçük çocukların oynadığı ve yüzdüğü açık dereler halindedir.

Bugüne değin DPT ve İller Bankasına yaptığımız bütün başvurulara rağmen kasaba belediyelerine bile yüzlerce milyon lira verebilen MC iktidarı iki milyonluk başkente bir kuruşu bile çok görmüştür. Bunun sonucu olarak hastalık kapımıza gelip dayanmıştır.

Hayali temeller atan iktidarın alışkanlıklarını kazanmış yandaşları varolan hastalığı da hayali yapmak sevdasındadırlar» diyerek ilgililerin konuya olan ilgisizliğinden yakınan Dalokay, hastalığa



karşı alınması gereken tedbirler konusunda şunları söyledi :

«Belediye Sağlık Müdürlüğü-müzün çabaları sonucu mahiyetini tam tayin edemediğimiz ancak yetkililerin çok iyi bildiği bir salgın hastalık vardır. Başkent halkının özellikle çocuklu ailelerin aile

ve çevre sağlığına çok dikkat etmeleri, içme sularını kaynatmalarını yaşı sebze ve meyvaları bol su ile yıkamaları, kent içinde görülen kanal ve pis su birikintisi ve patlamalarıyla en küçük kuşku uyandıran hastalık belirtisini bile ilgili organlara ve belediyemize öncelikle iletmeleri gereklidir.»

## « Yaygın Hastalıktan Bozuk Düzeni Sürdürmek İsteyenler Sorumludurlar »

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Erdal Atabek, son günlerde ülkemizin çeşitli yörelerinde başgösteren ve ilgililerce «Barsak Enfeksiyonu» olarak nitelenen yaygın hastalıkla ilgili bir demeç vererek, ilgililerin hastalığı saklamak yerine, halkı alınacak tedbirler konusunda geniş ölçüde uyarımları gerektiğini bildirdi.

Dr. Erdal Atabek demecinde hastalığın ortaya çıkmasına «milyonlarca kişinin sağlık koşullarına aykırı yerleşme bölgelerinde» yaşamasının neden olduğunu ileri sürüp, «Bu bozuk düzeni sürdürmeye çalışanlar, bu olayların sorumlularıdır» dedi.

Ankara Belediye Başkanı Vedat Dalokay'ın son uyarısına da değindiği demecinde Atabek özetle şöyle devam etti :

«Ankara Belediye Başkanı tarafından ve diğer bazı ilgililerce yapılan açıklamalar ve SSBY'ünca verilen bilgilerden bazı bölgelerimizde yayılan bir enfeksiyon

hastalığının bulunduğu anlaşılmaktadır. Hastalığın özellikleri, bir barsak enfeksiyonu olması, su ve besin maddeleriyle bulaştığı, bulaşma kaynağının yaygınlığı nedeniyle genişleme tehlikesi bulunduğu ve bazı koşullarda ölüm yol açtığı anlaşılmaktadır

Önemli olan, hastalığa yol açan mikrobu Kolera mikrobu olup olmaması değil, bu nitelikteki bir enfeksiyonun taşıdığı tehliktir. Hastalık kesinlikle saklanmamalıdır. Gereken tedbirler alınmalı, bu tedbirler halka duyurulmalıdır.

Aslında olay, her türlü sağlıklı çevre koşullarından yoksun bir yaşama itilen kırsal bölge ve kent insanların önemli bir sorununu yansıtmaktadır. Sağlığı ikinci plana iten halkı geçim sıkıntısı içinde kentlerde geçimini aramaya yönelen, bu nedenlerle sağlık koşullarına aykırı yerleşme bölgelerinde milyonlarca insanın yaşamasına yol açan bozuk düzen ve bu bozuk düzeni sürdürmeye çalışanlar bu olayların sorumlularıdır.»

## Salgın Hastalığın İsmi Açıklanmaması Toplum Sağlığının Yararına Değil Zararındır.

Bu arada konuyla ilgili bir basın toplantısı düzenleyen Tüm Sağlık Personeli Derneği (TÜS - DER) Genel Başkanı Hasan Fehmi Mavi, ülkemizde son günlerde görülen yaygın barsak hastalığının «tefiliğinin yetkililerce hafife alındığını, halktan gizlendiğini bu arada gerekli önlemlerin alınmaması yüzünden daha da yaygınlık kazandığını öne sürdü.

TÜS-DER Genel Başkanı basın toplantısında, bugüne kadar ülkede görülen salgın hastalıkların isimlerinin açıklanmamasının toplum sağlığının yararına değil, zararına olduğunu vurgulayarak, «söz konusu hastalığın isminin gizlenmesinin nedeni, Anayasa'nın 49'uncu maddesinin gereklerini yerine getirmeyen siyasal iktidarların, suçlarını gizlemekten başka bir şey değildir» dedi.

«Hastalık 1970 yılında Sağmalcılarda görülen hastalığın benzeridir. Bu yaz görülen hastalık 'Ogava' türüdür. Sağmalcılar'da görülenden daha az tehlikelidir. Ancak gene de öldürücü niteliği vardır. Hastalığın yetkililer tarafından hafife alınması halk sağlığını tehdit eder duruma gelmiştir. Belediye hizmetleri politik nedenlerle alışveriş haline getirilerek halk sağlığı ile oynanmaktadır. 1961 yılında çıkarılan Sosyalizasyon Yasası yeniden gözden geçirilip, tam olarak uygulanmadığı takdirde, koruyucu sağlık tedbirleri alınmış olacaktır» diyen

Hasan Fehmi Mavi sözlerini şöyle tamamladı :

«Halkın hastalık konusunda yeterince aydınlatılmaması, gerekli sağlık hizmetlerinin yerine getirilmemesi ve su, kanalizasyon gibi alt yapı tesislerinin yeterli olmaması halinde bu gibi salgın hastalıklar her yaz görülecektir.»

### ENFEKSİYON HASTALIKLARINDA ÖNDE GELİYORUZ

Öte yandan konuyla ilgili bir demeç veren İzmir Tabip Odası Genel Sekreteri Dr. Ataman Tangör, bebek ve ana ölümleri ile enfeksiyon hastalıklarında ülkemizin dünyada ön sıralarda bulunduğunu belirterek «Ülkemizde sağlık uygulamalarında koruyucu hekimliğin ikinci plana itilmesi sadece tedavi edici uygulamaya gidilmesi hayret vericidir» dedi.

Ülkemizde genç nüfusun egemen olduğunu ve ülkemizin enfeksiyon hastalıklarında, Dünya Sağlık Teşkilatı istatistiklerine göre dünyada ilk sıraları aldığını belirten İzmir Tabip Odası Genel Sekreteri Tangör, özetle şunları söyledi :

«Bu bulaşıcı hastalıkların yanında meninge enfeksiyonlar, çocuk felci, tifo, paratifo ve enfeksiyon hepatit gelmektedir. Genç nüfusun egemen olduğu bir ülkede hele bulaşıcı hastalıklar ön sıralarda ise temel ilke koruyucu hekimliği ön plana almaktır.»



## Odalarımız Yetkilileri bulaşıcı hastalık konusunda önceden uyarıyordu.

Türk Tabipler Birliği İzmir Tabip Odası, konuyla ilişkili olarak yetkili devlet kuruluşlarına salgıdan önce değişik zamanlarda uyarı ve işbirliği çağırısında bulunmuş ancak bugüne dek herhangi bir yanıt alamadığı gibi, bugünkü salgından bile geniş halk kitlelerinin korunması yolunda yeterli önlemlerin alındığına ilişkin bilgiler elde edememiş bulunmaktadır.

Bulaşıcı mide-barsak ve karaciğer hastalıkları, özellikle bunlar arasında çok tehlikeli olduğu bilinen tifo, kolera, dizanteri ve bulaşıcı sarılık hastalıklarının yayılmasında temel koşul, hastaların dışkılarının su ve besin maddelerine bulaşmasıdır. Bu bulaşma çevre sağlığı koşullarının kötülüğü oranında artma gösterir. Ayrıca ulaşım giderek hızlandığı günümüzde hastalığın ülkeler arasında taşınmasında kolaylaşmaktadır. Öte yandan bu hastalıkların tehlikeli olma niteliği, beslenme başta olmak üzere yaşama koşullarının bozukluğu oranında artmaktadır.

Ancak salgın hastalıkların ve özellikle bulaşıcı mide - barsak hastalıklarının, endüstriyel kalkınmasını tamamlamamış, sosyal güvenlik sorunlarına çözüm getirmemiş, sağlık güvencesinden ve tüm yaşam nimetlerinden yalnızca mutlu azınlığın, yada yurt ekonomisine, yurt yönetimine egemen toplum kesiminin yararlanabildiği ülkeler-

### GAZETE

BB NEZLE OLDU



TEHLİKELİ  
BAĞIRSAK  
ENFEKSİYONU  
ÖLÜMLERE  
YOL AÇIYOR

J.İ.İ.İ.

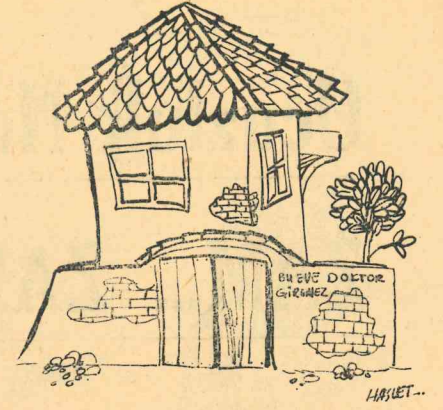
de, yalnızca yoksul ve en kötü ekonomik koşullarda yaşayan geniş halk kitlelerinin ızdırabı olduğu tıp ve sosyal bilimlerce iyi bilinen bir gerçektir.

1970 ekim kolera salgınının en büyük kırımı İstanbul Sağlıkçıları gecekondular semti gibi sosyo-ekonomik koşulları en kötü yörelerde yaptığı hatırlardadır. Kötü sosyo-ekonomik koşullarda bulunan köy ve gecekondular bölgelerinde sağlık koşulları şimdi de bir salgının en büyük zarar verebileceği düzeyde sürmektedir.

Bugün ülkemizin karşı karşıya bulunduğu öldürücülük oranı yük-

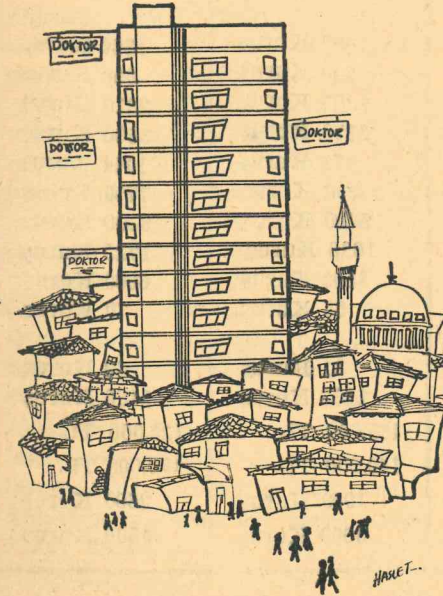
sek mide - barsak hastalığı salgını, hastalığın adı ne olursa olsun, aynı kurallar içerisinde yurdun en geri kalmış bölgelerinde ve büyük illerin en kötü sosyo - ekonomik koşullarında yaşamak zorunda bırakılan geniş halk kitlelerinde etkinliğini sürdürmektedir.

Bugün içinde bulunulan durum yoksul halk kitlelerinin temel sağlık koşullarından yararlanmak için, (hatta bir kolera salgını denemesinden geçtiği halde) yeterli önlemleri almayan egemen sınıflar ve onların yönetiminin bir ürünüdür. Bu sınıflar ve onların yöneticileri gereken önlemleri almadıklarından başka, haç kafilelerinin salgın kaynaklarına gidip bulaşmayı arttırmalarına siyasal kaygılarla izin vermede, buna karşılık salgının önlenmesinde temel olan yurt içi hastalık taşıyıcısı ulaşımın kısıtlanmasını da ekonomik çıkarlarına aykırı



rı görenek sağlamaktadırlar. Bugünkü salgının, kapsamı ve tehlikeleri ile, sözü edilen sınıfların tüm eylemlerinin sergilendiği kitle haberleşmesi organlarında geniş halk kitlelerinin bilgisine sunulmaması, bu sınıfların kendi çıkarlarına kitlenin yaşama hakkına üstün tutuşlarının bir başka örneğidir.

En az 6-7 yıldır öldürücü bir hastalığın ya da benzeri hastalıkların tehdidinde bulunan ülkemizde, yönetimi ellerinde bulunduran güçlerin geniş halk kitlelerinin anayasa gereği olan sağlıklı yaşama hakkını sağlamak için çaba göstermediği ve gösteremeyeceği anlaşılmalı birlikte, tüm halkın yararına olacak alt yapı hizmetlerinin yapılması, sosyo-ekonomik koşullar yüzünden insanların ölmesine izin vermeyecek önlemlerin gerçekleştirilmesi gerektiğini bir kez daha vurgulamak istiyoruz. Ayrıca bugünkü salgının niteliği, getirdiği tehlikeler, önleme yollarına değin geniş bir bilgi aktarma ve koruma kampanyasının tüm basın - yayın, TRT, sağlık örgütlerinin iş birliği ile daha fazla gecikilmeden başlatılması gerekmektedir.





# Ucuzluk Ne Zaman !..

## ZAM... ZAM... ZAM...

«Biz hükümette kaldığımız sürece hiç bir şeye zam yok»  
(Demirel'in 29 Eylül 1975 Sivrihisar konuşması)

Ö R N E K L E R	MC'den Önce Yıl 1974	MC Dönemi Eylül 1975	MC Dönemi Haziran 1976
EKMEK (Ankara'da tanesi)	125 Kuruş	200 Kuruş	250 Kuruş
BUĞDAY UNU (kilosu)	522 Kuruş	619 Kuruş	Kuruş
KOYUN ETİ (kilosu)	2435 Kuruş	2767 Kuruş	4500 Kuruş
YEMEKLİK MARGARİN (kilosu)	1240 Kuruş	1692 Kuruş	1850 Kuruş
SÜT (kilosu)	467 Kuruş	700 Kuruş	850 Kuruş
ZEYTİN (kilosu)	1466 Kuruş	1885 Kuruş	2810 Kuruş
REYAZ PEYNİR (kilosu)	2017 Kuruş	3170 Kuruş	3600 Kuruş
YOĞURT (kilosu)	627 Kuruş	978 Kuruş	1044 Kuruş
KAHVE (kilosu)	3567 Kuruş	3800 Kuruş	7700 Kuruş
ÇAY (kilosu)	3500 Kuruş	5000 Kuruş	9000 Kuruş
SABUN (kilosu)	1190 Kuruş	1628 Kuruş	1723 Kuruş
BÜTANGAZ (tüpü)	3500 Kuruş	3500 Kuruş	6000 Kuruş
ODUN (kilosu)	52 Kuruş	55 Kuruş	70 Kuruş
ELEKTRİK (kw) TEK satış fiyatıdır	31 Kuruş	31 Kuruş	49 Kuruş
BASMA (metresi)	1019 Kuruş	1133 Kuruş	1486 Kuruş
TRAKTÖR - resmi (tanesi)	85.000 TL.	105.000 TL.	120.000 TL.
karaborsa	—	140.000 TL.	180.000 TL.
ÇİMENTO - resmi (torbası)	1900 Kuruş	1900 Kuruş	2600 Kuruş
karaborsa	—	3000 Kuruş	4500 Kuruş

Bu rakamlar MC döneminde yayınlanan Devletin resmi rakamlarıdır.

## İlaç Fiatlarına Zam Değil, İndirim Yapılmalıdır.

Geçtiğimiz günlerde basına bir demec veren Ankara Tabip Odası Başkanı Dr. Hamdi Öğüş, ilaç şirketlerinin fiyat zammı taleplerini haklı bulmadıklarını belirterek, «İlaç fiyatlarında yüzde elliye varan indirimler yapılabileceğini» öne sürdü.

Dr. Hamdi Öğüş demecinde, ilaç fiyatlarının oluşumunda maliyetlerin şişirildiğini belirtirken, özetle şunları söyledi :

«İnsan sağlığının bir ticaret aracı olarak kullanıldığı ülkemizde, ilaç konusunda da büyük dolaplar döndürülmekte ekme gibi kullanılma esnekliği olmayan bu maddeye ilaç işverenleri zam yapmasını istemektedirler. Aslında ülkemizde ilaçlar pahalı satılmaktadır. Pahalı olmasının nedenlerinin başında, ithalatın denetim altında bulunmaması, ambalaj biçimi ve üretime doğrudan katkıda bulunmayan bazı gereksiz harcamalar gelmektedir. Maliyet fiyatını şişirip, kârı artırmak için ilaç hammaddeleri dünya piyasasından çok daha yüksek fiyatlarla ihale edilmektedir. Örneğin; dünya piyasası fiyatı 1.80 dolar olan belladon total kilosu 457.50 dolardan (254 katı), 6.00 dolarlık, Chlorothiazide kilosu 83.62 dolardan (62 katı), 57.00 dolar piyasa fiyatı olan Chlorbenzodiazpine'in kilosu ise 738.37 dolardan (13 katı), ithal edilmiştir. Bunlara ve daha nicelerine ait belgeler, Ticaret Bakan-



lığı arşivlerinde mevcuttur.

Böylece, maliyet şişirilerek söz gelişi 10 lira üzerinden 2 lira yerine, 200 lira üzerinden 40 lira kâr etmek yeğlenmektedir. Aradaki fark ise, fakir halkın cebinden çıkmakta ve önemli bir kısmı da, ilaç sanayinin dışa bağımlılığı nedeniyle, döviz olarak dışarıya akmaktadır.

Yine, kârı artırabilmek için cici bicili ambalajlar, pahalı şişeler kullanılmakta, reklâm eşantiyon dağıtma gibi gereksiz giderlerden kaçınılmamaktadır. İlaç üretimine hiçbir katkıda bulunmayan bu giderler ve kâr, satış fiyatının % 53'ünü oluşturmaktadır. Yani hammadde, yardımcı madde, sabit masraflar ve işçilik dahil olmak üzere 47 liraya mal olması gereken ilacın maliyeti şişirilmekte ve 100 liraya satılmaktadır.

Öte yandan ilaç firmaları, kurdurdukları paravan şirketlere yaptırdıkları ambalajları satın alıp, üstüne bir kez de kendileri kâr oranı katarak, kâr üstüne kâr etmektedirler. Kârın azalacağı gerekçesiyle hiçbir firma hastane tipi 500'lük, 1000'lük büyük ambalaja yanaşmamaktadır.



# Yörelere Arasındaki Sosyo - Ekonomik Farklılıklar Giderek Artıyor.

Geride bırakılmış ülkemizin yöreleri arasında, kapitalizmin eşitsiz gelişme yasası gereği, büyük farklılıklar vardır. Büyük şehirlerimizde görülen sefalet ve sefahat, ülke düzeyinde yöreler arasında da gözlenmektedir. Ülke ortalamalarına göre geri kalmış olan yörelerimiz, ülke kalkınmasında görece olarak daha küçük pay alırken; ekonomik, sosyal ve kültürel bakımdan gelişmiş yörelerle arasındaki fark daha da artmaktadır.

Geçtiğimiz günlerde, Devlet Planlama Teşkilatının «Kalkınmada Öncelikli Yörelere Dairesi»nce (KÖYD) «Planlı dönemde kamu yatırımlarının illere göre dağılımı» adı altında bir çalışma yayınladı. Değişik kararnamelerle Türkiye'de diğer bölgelere ve illere göre «daha az gelişmiş yöreler» olarak tesbit edilerek, kalkınmada öncelikle ele alınması gereken yöreler arasında sayılan 40 ilimiz Adıyaman, Afyon, Ağrı, Artvin, Bilecik, Bingöl, Bitlis, Burdur, Bolu, Çanakkale, Çankırı, Çorum, Denizli, Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Giresun, Gümüşhane, Hakkari, Kars, Kastamonu, Kırşehir, Kahramanmaraş, Mardin, Muş, Niğde, Ordu, Siirt, Sinop, Sivas, Tunceli, Tokat, Uşak, Urfa, Van, Yozgat, Edirne, Elazığ, Gaziantep ve Malatya'dır. Ayrıca bu kırk ilimizin dışında 27 il'e bağlı 50 ilçe de gene geri kalmış yöreler kapsamına alınmıştır.

KÖYD tarafından 50 ilçe dışındaki 40 il üzerinde yapılan, araştırma sonuçlarına göre; Toplam Yatırımların, Birinci beş yıllık plan döneminde yüzde 34,7'si,

ikinci beş yıllık plan döneminde yüzde 28,8'i, üçüncü beş yıllık plan döneminin ilk üç yılında ise yüzde 24,4'ü resmen «geri kalmış bölgeler» olarak belirlenen bu illerimizin payına düşmüştür.

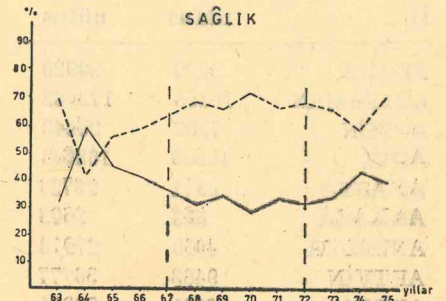
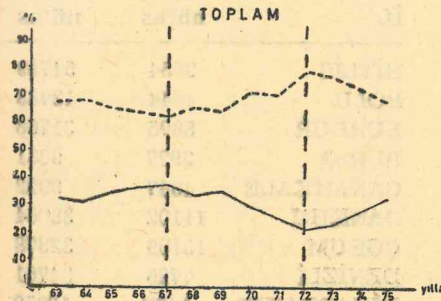
Araştırmada, kalkınmada öncelikli yörelerin toplam kamu yatırımlarından aldıkları payların, her plan döneminde düşüş kaydetmesi yanında, bu yörelerin kamu yatırımlarından sürekli olarak Türkiye ortalamasının altında pay almış oldukları ortaya çıkmaktadır.

Aslında ülkemizdeki istatistik verilerin, sağlıklı ve ayrıntılı olmayışı nedeniyle, araştırma sonucu ortaya çıkan tablonun şişkinliği, durumu olduğundan daha iyi göstermektedir. Ayrıca çalışma kararlaştırılmış kamu program yatırımları üzerinde yapılmış olduğu için, bu yatırımların gerçekleşme oranları birçok nedenlerden ötürü, bu yörelerde daha düşüktür. Bu iki olgu da hesaba katılırsa yöreler arası dengesizliğin daha da fazla olduğu ortaya çıkıyor.

Sonuç olarak; 1975 nüfus sayımına göre nüfusumuzun %41,81'inin, yani halkımızın yarısına yakın bir bölümünün yaşadığı bu illerimizin, alınmış olan kararlara rağmen devlet tarafından ihmal edildiği belgelenmektedir.

Planlı dönemde, yıllar itibarıyla sağlık hizmetleri ile ilgili program yatırımlarının; kalkınmada öncelikli yöreler ve bu yörelere göre nispeten gelişmiş sayılan yörelerdeki dağılımı, ile toplam kamu yatırımlarını gösteren tablo şu şekilde ortaya çıkıyor :

Yıllar itibarıyla sağlık program yatırımları	Kalkınmada öncelikli yöreler (40 il)	Diğer iller (27 il)	Sağlık için Toplam Kamu program yatırımı	Tüm sektörler için toplam Kamu Program yatırımları
1963	28.895	60.802	89.697	5.257.000
1964	98.567	67.090	165.653	6.315.616
1965	87.918	107.689	195.607	7.021.187
ilk üç yıl	215.380	235.587	450.957	18.593.903
1966	97.504	133.299	230.803	7.844.187
1967	82.142	143.467	225.609	8.579.460
1. Beş Y. Plan dönemi	395.026	512.353	907.379	35.017.815
1968	75.127	160.942	236.069	10.061.907
1969	100.761	187.294	288.055	11.398.724
1970	90.165	222.925	313.090	12.853.346
İlk üç yıl	266.053	571.161	837.214	34.313.977
1971	122.375	237.363	359.738	15.441.150
1972	125.474	264.098	389.572	21.212.734
II. 5 Y.P. Dönemi	513.902	1.072.622	1.586.524	70.961.861
1973	139.803	260.617	400.420	26.638.373
1974	303.582	413.727	717.309	39.614.358
1975	365.171	566.836	932.007	54.487.368
III. 5 Y.P. dönemi İlk üç yıl	808.556	1.241.180	2.049.736	120.740.099





## Ülkemizde Hekim Dağılımı

Devlet İstatistik Enstitüsünün çıkarmış olduğu 1975 istatistik yıllığında, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının verilerine dayanarak belirtildiğine göre 1974 yılında ülkemizdeki toplam Hekim, (Mütehassis Hekim, Pratisyen Hekim, Diş Hekimi) sayısı 25.137 dir. Bu hekimlerin 5539'u Ankara, 9337'si İstanbul ve 2615'i İzmir'de icrayı sanat eylemektedirler. Ankara, İstanbul ve İzmir'de bulunan toplam hekim sayısı 17.491'e ulaşmaktadır. Bu sayı var olan hekim sayısının % 70'ini oluşturmaktadır.

Yıllık açıklanan rakamlara göre, ülkemizde toplam 12.394 mütehassis hekimin 2.616'sı Ankara'da, 4787'si İstanbul'da ve 1234'ü İzmir'de oturmaktadır.

Hepsi 8474 olan pratisyen hekimlerin ise 2209'u Ankara'da 2.743'ü İstanbul'da ve 1059'u ise İzmir'de oturmaktadır.

İL	Hekim Diş Hekimi	
	başına düşen nüfus	başına düşen nüfus
ADANA	3600	20928
ADİYAMAN	16465	172882
AFYON	7902	28843
AĞRI	15346	168803
AMASYA	8371	22720
ANKARA	533	3603
ANTALYA	4060	27913
ARTVİN	9463	56777
AYDIN	3021	23351
BALIKESİR	3943	12927
BİLECİK	6801	19430
BİNGÖL	13069	104554

Tamamı ancak 4.269 olan dış hekimlerimizin, 714'ü Ankara'da, 1.807'si İstanbul'da, 322'si ise İzmir'de oturmaktadır.

Bu durumda dış hekimlerimizin % 67'si, Mütehassis hekimlerimizin % 70'i, pratisyen hekimlerimizin ise % 71'i 1975 yılı genel sayımına göre, nüfusumuzun ancak % 20'sinin yaşadığı üç büyük ilimize yığılmışlardır.

Devlet İstatistik Enstitüsünün çıkarmış olduğu 1975 yıllığındaki rakamlara ve 1975 yılında yapılan genel nüfus sayımı sonuçlarına göre yaptığımız hesaplamalar sonucu Ankara'da 533 kişiye bir hekim - 3.603 kişiye bir dış hekim, İzmir'de 724 kişiye bir hekim - 5.157 kişiye bir dış hekim, İstanbul'da 513 kişiye bir hekim - 2.139 kişiye bir dış hekim düşerken diğer illerimizde bu sayılar şöyle görülmektedir :

İL	Hekim Diş Hekimi	
	başına düşen nüfus	başına düşen nüfus
BİTLİS	9954	54749
BOLU	4644	13783
BURDUR	8895	31768
BURSA	2927	9231
ÇANAKKALE	4647	9922
ÇANKIRI	11102	38064
ÇORUM	13105	32378
DENİZLİ	7725	34761
DİYARBAKIR	1477	18050
EDİRNE	2938	9938
ELAZIĞ	4492	21987
ERZİNCAN	5474	14982

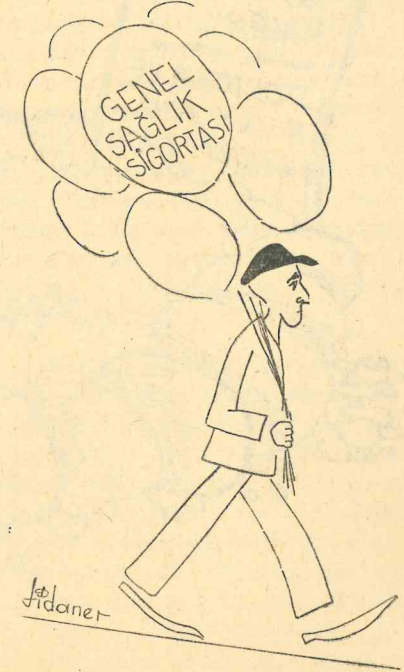
İL	Hekim Diş Hekimi	
	başına düşen nüfus	başına düşen nüfus
ERZURUM	2319	46822
ESKİŞEHİR	2833	16430
GAZİANTEP	5339	26499
GİRESUN	7340	27203
GÜMÜŞHANE	13663	47820
HAKKARİ	7013	42080
HATAY	4045	24010
İSPARTA	5751	21471
İÇEL	4015	15794
İSTANBUL	513	2139
İZMİR	724	5157
KARS	12759	63797
KASTAMONU	10657	20807
KAYSERİ	5068	35474
KIRKLARELİ	4003	15778
KIRŞEHİR	12209	23197
KOCAELİ	2205	7844
KONYA	5765	25427
KÜTAHYA	3753	21838
MALATYA	6560	28865
MANİSA	6803	17772
K. MARAŞ	12922	62025
MARDİN	11761	52926
MUĞLA	5352	25088
MUŞ	10085	21011
NEVŞEHİR	10825	41495
NİĞDE	17728	46093
ORDU	11028	31509
RİZE	3563	18608
SAKARYA	3875	13399
SAMSUN	5055	23199
SİİRT	8284	35395
SİNOP	17774	44435
SİVAS	9725	35194
TEKİRDAĞ	3622	10623
TOKAT	8845	21308
TRABZON	6069	34103
TUNCELİ	10885	54424
URFA	12209	46018
UŞAK	6535	22872
VAN	8978	48257
YOZGAT	17171	33197
ZONGULDAK	5282	15645

## SARILIK

Ülkemizdeki hekim dağılımı böylesine çarpık ve adaletsiz iken bu durumu daha da körükleyecek olan Genel Sağlık Sigortası konusunda, geçtik ilaç sahayinin çıkarları doğrultusunda ısrar eden MC çevrelerini, kendini en büyük işçi kuruluşu olarak tanıtmalarına rağmen giderek eriyen Türk-İş'in çalışma raporunda Genel Sağlık Sigortası konusunda şöyle denilmekte :

«Esasen gecikmiş olan bu hizmetin gerçekleşmesi için tasarının bir an evvel kanunlaşip, en kısa zamanda tüm yurdu kapsayacak şekilde bir çalışmaya girilmesinde artık zaruret görülmektedir.»

Uğraşlarını sol gösterip sağ çakarak sürdüren Türk-İş'in partilerüstü yönetimi (!) Genel Sağlık Sigortasını bir zaruret olarak görürken, bize göre pek sermayeüstü gözükmemektedir.





Genel Sağlık Sigortasını «zaruret» olarak gören anlayış işçi sınıfının çıkarlarını koruma iddiasında olan bir kuruluşun görüşü olamaz. Bu anlayış olsa olsa bu kanunun çıkmasıyla ana hedefi «kar-daha çok kar» olan ve de çok karlı çıkacak olan dışa bağımlı ilaç sanayii ile toplam kardan belirli bir pay alacak olan payidarların anlayışıdır.

Genel Sağlık Sigortasının çıkması ile ülkemizin sağlık sorununun çözümlenmeyeceği, üstelik daha da çarpıklaşacağı, çağdaş tıp anlayışına aykırı bir yöntem olduğu, son toplamda karlı çıkacak olan ilaç sanayii ile özel hastane sahipleri olduğu, bu arada güme gidecek olan halkımızın sağlığı ile anayasa'nın 49'uncu maddesi olduğu, bu derginin geçmiş sayılarının sayfaları arasında defalarca yazıldı.



MC çevreleri ve Türk-İş'in, Genel Sağlık Sigortasını «zaruret» olarak görmeleri, yapıları gereği doğal olmakla birlikte, doğal olmayan konuyu kulak ardı eden, vatan kurtaracak aslan pozundaki sağır duvarlardır.

Halkımız; yasa dışı bir yönetimle idare edilen TRT aracılığıyla günde üç öğün MC yetkililerinin ağzından konuyla ilgili olarak dolduruşa getirilirken, Tabip Odaları Bülteni haricinde kimseden ne bir ses ne de seda çıkmamaktadır. Bu durumda atı alan üsküdarı geçmek üzeredir. Nitekim Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı, başkanının ve üye çoğunluğunun CHP'lilerde olduğu Meclis Sağlık Komisyonundan bir çırpıda geçmiş, Bütçe-Plan Komisyonundan da geçerek gündemdeki yerini almıştır.

## SSK Genel Kurulu

Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Kurulu 28 Haziran — 2 Temmuz tarihleri arasında Ankara'da toplandı. Bilindiği gibi Genel Kurul kavramı, genel olarak bir örgütün en üst ve en yetkili organı anlamına gelmektedir. SSK Genel Kurulu ise bu anlamda bir Genel Kurul değildir. Yani SSK Genel Kurulu, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun en üst ve en yetkili organı değildir. Aksine hiç bir yetkisi olmayan bir genel kuruldur.

4792 sayılı SSK kuruluş yasasına göre, SSK Genel Kurulu işçi - işveren ve hükümet temsilcilerinden oluşmaktadır. Uygulamada işçi temsilcilerini Türk-İş, işveren temsilcilerini ise Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu seçmektedir. Yasa, işçi delegelerin işkollarından seçileceğini öngörmektedir. Yani seçim sendikalar eliyle yapılacak olsa bile, yasa gereği olarak işkollarında çoğunlukta olan sendikaların bu seçimi yapmaları gerekmektedir. Buna göre, metal-genel-haber - lastik - Kimya gibi pek çok işkolunda yetkili DİSK üyesi sendika delegelerinin genel kurula çağırılmaları gerekmektedir. Genel Kurulda Sosyal Güvenlik Bakanı Mahir Ablum bu konudaki eleştirilere peşinen şu karşılığı vermiştir: «DİSK'in niçin çağırılmadığı soruluyor. CHP dahil, bugüne kadar tüm hükümetlerin ve bakanların yaptığı işlem bu. Biz de değişik bir şey yapmadık, aynı şeyi yaptık.»

Gerek kuruluş yasasında gerekse 506 sayılı yasada belirlenmiş

kurullarla işçi sınıfının sosyal güvenliğini eksik de olsa üstlenmiş bir görünüm arzeden SSK'nin genel kurulunu, ilk elde gerçek temsilcilerinin katıldığı, gerçek anlamda bir Genel Kurul'a döndürmek, demokratik hedef olarak seçilmelidir. Şu an ki işlerliği ile yetkisiz olan bir genel kurula katılmakla, olumlu hiçbir sonuç alınamayacağını varsaymak yanlıştır. Bilimin ve gerçeklerin ışığında söylenmiş her doğru sözün ürün vermesi kaçınılmazdır. Aksi halde şu anda genel kurulu oluşturanlar ve onların ötesinde sermaye çevreleri işlerlikten hoşnut görünmemektedirler.

SSK yönetimi, iktidar temsilcileri ile, işveren ve işçi temsilcileri olmak üzere üç ayrı guruba verilmiştir. Yönetimdeki işçi temsilcileri her zaman (avırını sermayeden yana koyan Türk-İş'ten olması gerçeği yönetimin niteliğini kendiliğinden ortaya çıkarmaktadır. Ülke çapında da ittifak halindeki bu üçlünün faaliyetleri 30 milyara yaklaşan kurum varlığını sermayenin hizmetine en iyi bir biçimde sunma yolunda odaklaşmaktadır.

SSK'da halen uygulanmakta olan sisteme kapitalizasyon denilmektedir. Bu sisteme göre; Kurum, yıllık gelirlerinin bir bölümünü, ileride ödeyeceklerini karşılamak üzere biriktirerek, bu fonların % 40'ını devlet tahvillerine yatırmak zorundadır. Uygulamada ise bu oran çok aşılmış olup, toplam 15 milyar lirayı bulmuştur. (% 56) Bir kısmı bankalarda mevduat



olarak saklanmakta (3 Milyar TL) bir kısmı gayri menkullere yatırılmakta (2,5 Milyar TL.) Bir kısmı ise işçi meskenleri kredilerine verilmektedir. (5,2 Milyar TL.)

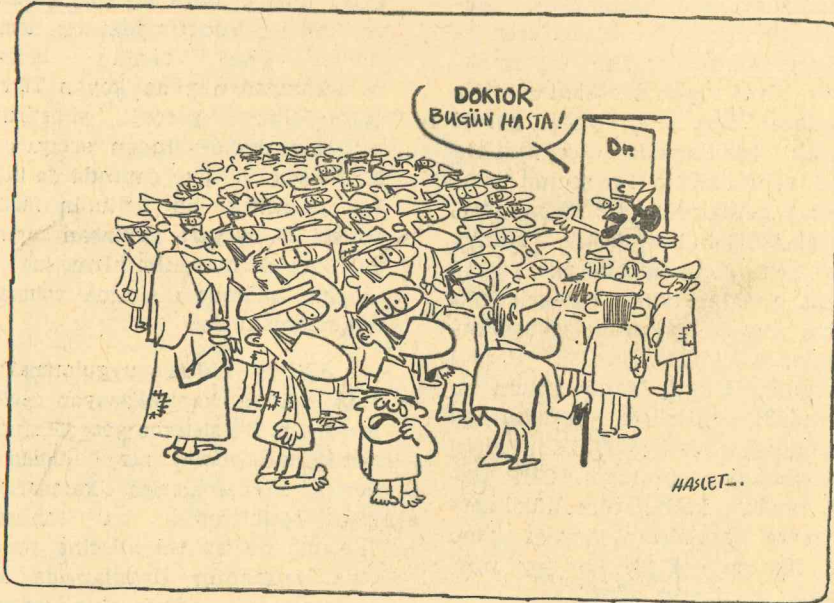
Sigortalı olması gerektiği halde işverenlerce sigortalı yapılmayan işçileri haksız bir biçimde «Kacak İşçi» diye niteleyen Sosyal Güvenlik Bakanı Mahir Ablum'un belirttiğine göre Şubat 1976 itibarıyla işverenlerin kuruma 1240.000 TL. pirim borcu bulunmaktadır. Bu borcun cezasının normal faiz hadlerinin çok altında olması nedeniyle, işverenler sigorta pirimlerini kuruma yatırmayarak ucuz kredi şeklinde kullanmaktadırlar.

Öte yandan SSK'nın gayrimenkule yatırdığı paralar karşılığında aldığı, emsallerine oranla gülünç denebilecek orandaki kira gelirinden de işverenler faydalanmaktadır. Bunun yanında SSK sağlık kurumlarında büyük amba-

laşlı ilaç kullanımının daha ucuz olacağına bilinmesine rağmen, ilaç şirketlerinin çıkarları doğrultusunda ilaç tüketim politikasında hala ısrar edilmektedir.

İşçilerin gerçek temsilcilerinin katılmadığı, işçi sınıfının özlem ve dileklerinin dile getirilmediği bu genel kurulda da bütün söylenenlerin aynı noktada birleştiği görüldü. Repertisyon ismi verilen yeni sistemde birleşilen nokta; kurum fonlarının sanayi yatırımlarına yöneltilmesi, yani % 51'i kamu, % 49'u özel hisseye sahip yönetimi ise karma ekonominin doğal sonucu tamamen özel kesimin elinde olan sanayi yatırımlarına. Bu durum, «fabrikalar açıyoruz», «yeni iş sahaları yaratıyoruz» prezervatifi içinde SSK fonlarıyla sermaye sınıfını desteklemek anlamına gelmektedir.

Aslında her iki sistemde de işçiler patronlarına kredi açmaktadırlar.



## Ülkemizde İş Kazaları Birer İş Cinayeti Niteliğindedir

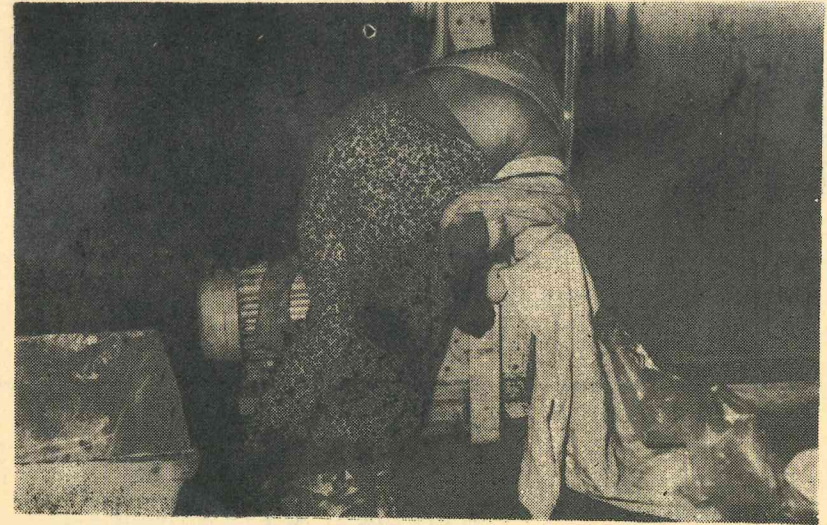
İzmir Tabip Odası, DİSK İzmir Bölge Temsilciliği, İzmir Barosu, TÖB-DER, TÜM-DER, İleri-İleri Kadınlar Derneği İzmir Şubeleri ile TMMOB'ne bağlı Makine, İnşaat, Ziraat, Kimya ve Maden Mühendisleri ile Mimarlar Odası İzmir Şubeleri, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği konusunda geniş kapsamlı bir ortak çalışma başlattılar. Girişimin amacı, odalar arası kurul sekreterliği tarafından şöyle açıklandı:

«İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği konusunu, çalışma hayatı içinde yer alanların bilincine çıkarma yönünde çalışmalar yapmak, konunun içinde yer alan işçi, işveren vekili, denetçi konumunda olan kişilerin örgütleri aracılığıyla

la bilgilendirilmesini sağlamak, İş koşullarının sağlığa uygun ve güvenlik içinde geliştirilmesi, yürürlükteki işçi sağlığı ve iş güvenliği yasaunun uygulattırılması ve ileriye dönük biçimde genişletilmesi yönünde çalışmalar yapmak.»

Açıklamada, sorunların gerçek ve tam çözümünün bağımsızlık ve demokrasinin bulunduğu bir düzende mümkün olacağı ve bu çalışmaların ekonomik, demokratik haklar mücadelesinin bir parçası olduğu vurgulanırken, özetle şöyle denilmekte idi:

«Kapitalist sistemin kaçınılmaz gereği olarak, ülkemizde iş kazaları birer iş cinayeti niteliğindedir. Sadece daha fazla vurgun ve kar amacı güden tekelleri para





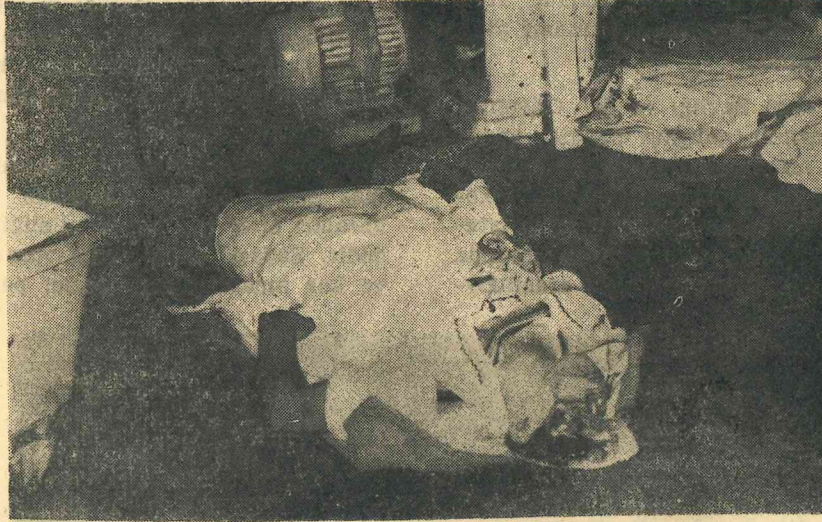
babaları ve kapitalistler, mevcut iş mevzuatına bağlı buyurucu hükümlerin önemli bir kısmını hiçe saymakta ve uygulamak da istememektedirler.

İş güvenliği ve işçi sağlığı açısından özellikle yeraltı maden, inşaat, montaj yükleme - boşaltma ve tekstil işkollarının durumu yürekler acısındır. Bu durumu göz önüne alarak iş koşullarının sağlığa uygun ve güvenlik içinde geliştirilmesi yürürlükteki işçi sağlığı ve iş güvenliği yasının uygu-

lattırılması ve ileriye dönük biçimde geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapmayı amaçlıyoruz.

Çalışmalarımızın uzun vadeli ve sabır isteyen çalışmalar olduğunu gözden ırak tutmadan, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda, işçi sınıfının gerçek sendikal örgütü olan DİSK öncülüğünde bir çalışma dönemi başlattık.

Bütün bu çalışmalar sonucunda elde edilen veriler değerlendirilerek kitapçık halinde toplanacak ve yayınlanacaktır.»



İzmir'de ölümle sonuçlanan bir iş kazasının ya da iş cinayetinin bir rastlantı sonucu anında çekilmiş fotoğraflarıdır.

**TOB'a** ABONE OLUNUZ  
ABONE BULUNUZ

## Diriler yarı aç gezerken :

### MC ÖLÜLERİ MAAŞA BAĞLADI

«...Bütün bunların yanı sıra 65 yaşını doldurmuş muhtaç ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlayarak onları sosyal güvenceye kavuşturduk.» türünden demeçleri bir müddettenberi TRT haber bültenlerinde, MC sözcülerinin ağzından dinlemekten gına geldi.

Bir kere istatistikler ülkemizde ortalama insan ömrünün 56 olduğunu göstermektedir. Bu durum karşısında bu yıl yasalanan «sosyal içerikli yasalardan (!) olduğu iddia edilen, 65 yaşın üzerindeki muhtaç ve kimsesiz vatandaşları aylığa bağlayan yasa, ölümleri maaşa bağlayan bir yasa olarak nitelenebilir.

65 yaşın üzerindeki vatandaşlarımız arasında eskaza hayatta kalabilenlerin ise, bu yasa ile «mâmur ve müreffeh» olabilmeleri için bir süre daha ömür törpülemeleri gerekecektir. Şöyle ki. yasanın 9.cu maddesince «Bu kanun yayınlandığı tarihi takip eden mali yıl başında yürürlüğe girer» denilmektedir. Yani, yasanın yürürlüğe giriş tarihi 1977 yılının Mart başı olmaktadır.

Bu yasadan yararlanmak isteyen yoksul, güçsüz ve de kimsesiz vatandaşlarımız, gelecek yıl Mart ayından sonra aylık alabilmek için önce kendisine bakmakla yükümlü kimsesi bulunmadığını ispatlayacak, sonra iş görme ve çalışma gücünden yoksun olduğunu «tam teşekküllü hastane sağlık kurulu

raporu» ile belgeleyecek, daha sonra ise «muhtaç» olduğunu il ve ilçe idare heyetlerinden alacağı belgelerle kanıtlayacaktır. Bütün bunların yanında sosyal güvenlik kurumlarından, o kişinin «her ne nam altında olursa olsun» bir gelir ya da aylık almadığını gösterir bir belge istenecek, ayrıca kendisine nafaka bağlanmadığı mahkeme kararı ile, böyle bir geliri olmadığı da kesinleştikten sonra, yaşlı düşkün vatandaş gene ölmez de sağ olursa katsayı 9'a göre 540 TL. aylığı almaya hak kazanacaktır.

#### BİR GÜN BELKİ HAYATTA..

540 TL'nin verilmesi ise; «Bu arada uygulanacak yöntem» Maliye ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarının düzenleyecekleri bir yönetmelikle saptanmasından sonra olacaktır. Bu yönetmelik; yasanın yürürlüğe gireceği 1977 Mart ayından sonra — altı ay içinde — Danıştay'a gönderilecek, danıştay bu yönetmeliği uygun bulup onaylarsa, öte yandan 1977 bütçe yasasında bir madde ile bu yasanın uygulanması ertelenmezse; «bazı yoksul ve kimsesiz yaşlı kişiler» de bu arada kara toprağı boylamazlarsa, bir olasılık 1978 yılının ucunda 540 TL. maaş alıp sosyal güvenceye kavuşmuş olacaklardır.



## Türkiye'nin Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları

### GİRİŞ

Sağlık denince akla ilk gelen hastalıklardır. Sağlık ve hastalık kavramını daima beraber düşünmeğe alışmışsınız. Bu biçim düşünmeğe o kadar alışılmıştır ki, çoğu kez sağlık sadece hastalığın olmayışı diye tanımlanır. Bu alışkanlık sonucu, sağlık sorunları denince de akla önemli veya önemsiz bir sürü hastalık adı gelir. Bu bir bakıma anlamlıdır da. Çünkü, iş verimi sorunu bir yana bırakılırsa, bizi sağlık ile ilgilendiren neden, hastalıklar ile hastalıkların ve travmaların sonucudur.

Hastalıklardan hangisinin daha önemli olduğuna gelince, bu sorunun cevabı bakış açısına göre değişir. Bir hasta için kendi hastalığı gerçekte önemsiz de olsa, en önemli hastalıktır. Çalıştığı hastanenin dört duvarı dışında ne olduğunu düşünmeğe alışmamış hekim için, en önemli hastalık teşhis ve tedavisi güç olan veya nadir görülen vakalardır. Ülke veya bir başka deyimle toplum için en önemli hastalığın ne olduğuna gelince; sosyal tıbbın büyük kuramcısı Alfred Grotjahn (1869-1931) hastalıkların önem sırasını saptamak için şu kuralı koymuştur:

«En çok öldüren, en çok sakat bırakan ve en çok görülen hastalıklar toplum için en önemli hastalıklardır.»

### HASTALIKLAR AÇISINDAN ÖNEMLİ SORUNLAR

Toplumumuz için hastalıkların önem sırasını Grotjahn'ın koyduğu kural açısından değerlendirelim. Tüm Türkiye'de ölüm oranlarını gösteren en son istatistik bilgiler 1966-67 yılına aittir.<sup>2</sup> Kırsal bölgede ölüm nedenleri için tek kaynak Etimesgut sağlık bölgesinin istatistikleri, İl ve ilçe merkezleri için de Devlet İstatistik Enstitüsü'nün yıllık yayınlarıdır.<sup>3,4</sup> Bu üç kaynak da (Tablo 1) gösteriyor ki, ülkemiz için en önemli sorun çocuk

Tablo 1 — Türkiye'de Çocuk Ölümleri ve Diğer Ülkelerle Kayıslama

ÜLKE ADI	0-4 Yaş Grubunda Ölüm yüzdesi (*)	Bebek Ölümü Bin Canlı Doğumda
Türkiye		
Kırsal	54.9	168
Kentsel	38.8	113
Toplam	50.9	153
İsveç	1.4	12
Kanada	5.5	19
Bulgaristan	6.2	21
Yunanistan	7.6	32
Filipinler	41.8	71
Meksika	44.2	68
Tayland	24.3	26
Şili	29.1	91

(\*) Baz her yaşta ölenlerin toplamı, Kaynak : 2 ve 5.

ölümleridir. İsveç'te 0-4 yaş grubunda ölenlerin tüm ölenlere oranının yüzde 1,4 olduğu göz önüne alınırsa bizdeki yüzde 51 oranının ne kadar büyük olduğu daha iyi belli olur. Bebek ölüm oranlarını diğer ülkeler ile kıyaslırsak çocuk ölümleri arasında bebek ölümlerinin en önemli sorun olduğunu görürüz (Tablo 1). Ölüm nedenlerine gelince gerek Etimesgut bölgesi istatistikleri, gerekse Devlet İstatistik Enstitüsü'nün topladığı veriler (Tablo 2) bir aylıktan büyük çocuklarda en önemli nedenin pnömoni, ikinci önemli nedenin enterit olduğunu göstermektedir.

Diğer yaş gruplarına gelince; 5-44 yaşlar arası ölüm oranları, her ülkede olduğu gibi, bizde de çok düşüktür (Tablo 3). Ülkemizde 5 yaşından yukarı nüfusta ölüm oranlarında her köy ve kentler arası, köyler aleyhine, büyük fark vardır. Şehirlerde ise durum, gelişmiş ülkelere çok yakındır. Ölüm nedenlerine gelince, iki istisna dışında en önemli on ölüm nedeni diğer ülkelere farksızdır. (Tablo 4). İki istisna enfeksiyon hastalıkları ve adam öldürmedir. Enfeksiyon hastalıkları arasında da, su ve besinle bulaşan hastalıklar başta gelmektedir. Belirtilmesi gereken bir diğer noktada, ülkemizde 15-34 yaş grubunda en çok öldüren hastalıklar listesinde dördüncü sıradaki hastalığın tüberküloz oluşudur.



Tablo 2 — Türkiye'de 1970 Yılında İl ve İlçe Merkezlerinde 0-4 Yaş Grubu Çocuklarda Ölüm Nedenleri

Hastalıklar	Sayı	Yüzde
Erken neonatal	7.715	21,8
Geç neonatal	4.113	11,6
Doğum travmaları	789	6,7
İnfeksiyonlar	4.697	39,7
Diğer	6.347	53,7
Post neonatal	17.322	48,9
1-4 yaş grubu	6.231	17,7
Pnömoni	12.052	51,1
Enterit	6.372	27,1
Kazalar	686	2,9
Beslenme yetersizliği	241	1,0
Diğer	4.205	17,9
<b>TOPLAM</b>	<b>35.381</b>	<b>100,0</b>

Kaynak : 4

Tablo 3 — Türkiye ve Seçilmiş Dört Ülkede Yaşa Özel Ölüm Oranları (Binde)

Yaş Grupları	Türkiye Köysel (1966-67)	Türkiye Kentsel (1970)	İsveç (1971)	Batı Almanya (1971)	İtalya (1971)	ABD (1971)
0	180,7	93,4	11,7	23,4	30,0	19,6
1-4	17,6	4,9	0,4	1,0	1,0	0,4
5-14	2,1	0,8	0,3	0,5	0,4	0,4
15-29	2,8	1,2	0,8	1,2	0,8	1,4
30-44	4,8	2,6	1,6	2,0	1,7	2,6
45-59	12,9	8,9	5,6	7,3	9,9	8,9
60-74	42,8	34,1	23,3	30,4	27,2	29,2
75 +	115,2	113,1	101,6	117,0	121,1	99,0
<b>TOPLAM</b>	<b>14,8</b>	<b>7,6</b>	<b>10,2</b>	<b>11,9</b>	<b>9,7</b>	<b>9,5</b>

Kaynaklar : 2, 3, 4 ve 5.

Tablo 4 — Türkiye'de İl ve İlçe Merkezlerinde 5 Yaşından Yukarı Nüfusta Ölüm Nedenleri

Hastalıklar	Sayı	Yüzde
Kalp hastalıkları	27.251	39,4
Neolazmlar	7.205	10,4
M.S.S. damar lezyonları	5.710	8,3
Kazalar	4.225	6,1
İnfeksiyon hastalıkları	3.739	5,4
Pnömoni	1.435	2,1
Siroz	777	1,1
Adam öldürme	777	1,1
Nefrit ve nefrez	688	1,0
Diyabet	685	1,0
Diğer	16.683	24,1
<b>TOPLAM</b>	<b>69.175</b>	<b>100,0</b>

Kaynak : 4

### NE İÇİN KORUNULABİLEN HASTALIK VE ÖLÜMLER TÜRKİYE'DE ÇOK GÖRÜLÜYOR?

Bir hastanın tedavisi için, hastalığın nedenini bulmak tedavi hekimliğinin temel kuralıdır. Aynı kural Toplum Hekimliği içinde geçerlidir. Toplumda en çok öldüren en çok sakat bırakan, en sık görülen hastalıkları kontrol edebilmek için de, ne için sık görüldüğü veya öldürdüğünü bilmek gerekir. Ülkemizde en önemli sorunun, çocuk ölümleri olduğunu ve özellikle pnömoninin en çok öldüren hastalık olduğuna değinmiştik.

Ne için bizde pnömoni ölümleri yüksekde İsveç'te değil? Ne için infeksiyon hastalıkları, örneğin su ve besinle bulaşan hastalıklar bizde bir sorun da, Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde değil. Neye yaşlılarda beklenen hayat süresi bizde sosyalist ülkelere göre daha kısa? Bu soruları kısaca yanıtlamak istersek derizki: Çocuklar ve özellikle kırsal bölgede yaşayan çocuklar ölüyor, çünkü hastalandıkları zaman tedavi edilme olanağından yoksundurlar. Karda, kışta öksüren ve ateşli bir çocuk saatlerce kucakta veya açık bir araba veya traktör römorkunda şehre getirilebilir mi?

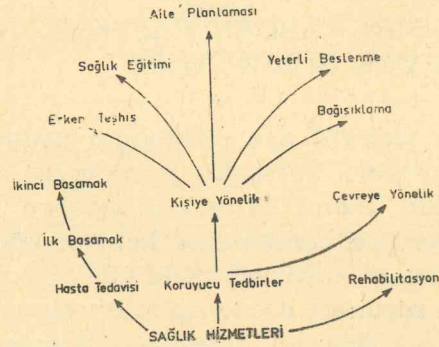
Su ve besinle bulaşan hastalıklar yaygın; çünkü yerleşme yerlerinin çoğunda yeterli ve dışkı ile karışmamış su yok, ap-tehane ve lâgım sorunu çözülmemiş, besin kontrol hizmetleri



başarısız. Yaşlılarda beklenen hayat süresi diğer ülkelere oranla kısa. Çünkü halkımız gelişmiş ülkeler halkları düzeyinde tıbbi bakımdan yararlanamıyor.

O halde temel nedene doğru bir adım atar ve dikkatimizi hastalıklardan verilen hizmete çevirebiliriz. Gerçekten sağlık sorunlarına çözüm yolu bulabilmek için doğru yol, onları birbirinden ayrı hastalık sorunları olarak ele alarak çözümü değil, sağlık hizmetlerini bir tüm olarak geliştirmeyi sorun olarak ele alarak çözümü değildir. Ülkemizde şimdiye kadar yapılan ve yapılmakta olan uygulama-sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı hariç - sıtmayı, veremi, çocuk sağlığını, kanseri sorun olarak ele alıp çözümlenmeye uğraşmaktadır.

Sorunu, hizmet açısından ele almak için sağlık hizmetlerini tanımlamak ve bu hizmetlerin ülkemizde ne kadar geliştiğini değerlendirmek gerekir. Sağlık hizmetlerinin neler olduğu şekil 1'de görülmektedir. Şimdi bu hizmetlerin ülkemizde ne ka-



dar geliştiğine bakalım. Batı ülkelerinde ve sosyalist ülkelerde ilk basamak hasta bakımı (\*) her hastanın kolaylıkla yararlanacağı biçimde toplum içinde örgütlenmiştir. Bir hastanın bu basamakta hizmet gören hekim tarafından görülmeden, ikinci basamağa (hastanede tedavi) gitmesi olanaksızdır. Hastaneciliğin ve uzmanlaşmanın en yaygın olduğu Amerika Birleşik Devletlerinde bile, en büyük şehirlerden en seyrek nüfuslu kırsal bölgelere kadar 2000 kişiye 1 genel pratisyen düşer! Çok görülen ve çok öldüren hastalıkları kontrol için, ilk basamak tıbbi bakımı geliştirme zorunluğu vardır. Ülkemizde ise, ilk

(\*) İlk basamak hasta bakımı «Primary care» teriminin karşılığıdır. Hastanın ilk başvurduğu hekimin hizmeti anlamındadır. Bu hekim gelen hastaların çoğunu evde ve ayakta tedavi eder. Gerekenleri hastaneye yollar.

basamak hasta bakımı sadece şehirlerde vardır ve halkın bu hizmetten yararlanması sınırlıdır. Bu basamakla ikinci basamak arasında iş birliği ise çok zayıftır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programında sağlık ocaklarının kurulması, hastaların hastaneye ocak hekimi tarafından sevki ilk basamak hasta bakımı hizmetini halkımızın köyde ve kentte, kolayca kullanabilmesi için atılan adımdır.

Hastane hizmetlerine gelince; Türkiye yatak sayısı bakımından az gelişmiş ülkelerin sınırının çok ilerisindedir. Ancak laboratuvar ve hemşirelik hizmetleri, hastane hekimlerinin tutumu gibi nedenlerle, bu hizmetin kalitesi düşüktür.

Çevreye yönelik sağlık hizmetlerine gelince, su, lağım, çöp, karasinek ve konut gibi sorunların çözümlendiği yerler varsa da, bu sorunlar önemini korumaktadır.

Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerden beslenme durumu, diğer gelişmekte olan ülkelere göre çok iyi olmasına karşın, özellikle çocuklar için halâ büyük sorundur. BCG ve çiçek aşısı uygulanmasında büyük başarı sağlanmasına karşın, polio, difteri, boğmaca gibi hastalıkların önemli sayıda görülmesi, sık sık kızamık salgınları çıkması bu hizmetteki noksanın kanıtıdır. Aşırı doğurganlık, mutlu azınlık için sorun olmaktan çıkmıştır. Ancak, işçi, çiftçi gibi çoğu az gelirli aileler için, olumsuz etkisini sürdürmektedir. Tüberküloz hariç erken teşhis hizmetleri etkili olacak şekilde örgütlenmemiştir. Halka etkili biçimde sağlık eğitimi yapılamamaktadır.

Özet olarak diyebilirizki, halka çeşitli sağlık hizmetleri götürülmektedir. Son 50 yılda bu hizmetler sürekli olarak gelişerek daha yaygın ve daha nitelikli biçimde sunulmaktadır.<sup>6</sup> Bununla beraber birer sorun olarak görülen ve kontrol edilmesi mümkün hastalıkları ve ölümleri önleyecek düzeye erişilememiştir. Bu durumda kendimize bir soru daha sorabiliriz. «Ne için Türkiye'de sağlık hizmetleri istenen düzeye erişememiştir?»

#### SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞEMEMESİ VE KULLANILAMAMASININ NEDENLERİ

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin gelişmemesi nedenleri incelenince, genel olarak 3 temel neden olduğu görülür: Yeter sayı ve nitelikte sağlık personeli olmayışı, örgütlenme hataları ve ülkenin mali gücünün yetersizliği. Mali güç yetersizliği, tesis noksanı, araç ve gereç noksanı, işletme harcamaları için ödenek yetersizliği şeklinde kendini gösterir. Acaba Türkiye'de insan gücü örgütlenme hatası ve mali güç yetersizliği nedeni ile mi sağlık hizmeti gelişmemiştir?

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri tüm ülkeye yayıldığı za-



man, kırsal bölgede 2000-3000 hekimin çalışması gerekecektir.

Halen Türkiye'de 20.000 hekim çalışmakta ve Tıp Fakültesinden yılda binden fazla hekim mezun olmaktadır. Halen kırsal bölge de, yeter sayıda köy ebesi ve sağlık memuru vardır. O halde sorun sayısal yetersizlik değildir. Hekimden yararlanmada sorun, hekimlerin büyük merkezlerde yığılması, (Tablo 5) uzmanlaşmaları ve yanlış eğitim sonucu hastanelerde çalış-

**Tablo 5 — Türkiye'de Şehir, Kasaba ve Köylerde Hekim Dağılımı (1965)**

Yerleşme Yerinin Nüfusu	Yerleşme Yeri Sayısı	Nüfus (Milyon)	Hekim Sayısı	Hekim başına Nüfus
0-10.000	36059	22,1	956	23,063
10001-25.000	122	1,9	725	2,592
25001-100.00	63	2,8	1495	1,843
100001 den fazla	14	4,7	7335	642
<b>TOPLAM</b>	<b>36258</b>	<b>34,5</b>	<b>10.511</b>	<b>2.968</b>

Kaynak : Devlet İstatistik Enstitüsü, Özel bilgi.

maya şartlandırılmalarıdır. Koruyucu hekimlik hizmetlerinin en önemli görevlisi olan köy ebeleri yönünden sorun, okul eğitimlerinin, görevlerini iyi yapacak şekilde yürütülmemesi ve en önemlisi, hizmet yerinde hekimlerin destekleyici denetimden yoksun olmalarıdır. Demek oluyor ki, köy ebelerinin görevlerini iyi yapamamalarının önemli nedeni, yine hekim dağılım ve hizmetindeki aksaklığın sonucudur.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi sorununa ayrıntılı olarak başka yazılarda değinilmişti. "8" Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesindeki örgütlenme modeli, çağdaş örgütlenme eğilimlerine uyan, ülkemizin gereksinme ve olanakları ile bağdaşan bir modeldir.

Türkiye'de tesis yetersizliği de söz konusu değildir. Etimesgut bölgesinde, 10.000 kişiye 10 hasta yatağı ile yeterli bir hizmet yapılmaktadır. Türkiye'de 10.000 kişiye 25 yatak vardır. Bu konuda da sorun, tesislerin iyi dağılmış olmaması ve verimli işletilememeleridir.

Finansman sorununu hükümetin mali gücü yönünden inceleyerek, hükümetlerin mali gücünün çok daha iyi bir hizmet için yeterli olduğunu görürüz. 1974 yılında Etimesgut bölgesinde sağlık ocağı hizmetlerinin kişi başına maliyeti 44 lira idi. Buna göre, koruyucu hekimlik hizmetleri ile evde - ayakta tedavi hizmetlerini, tüm ülkede aynı düzeyde yapmak için, gereken harcama yaklaşık olarak 1,5 milyar civarındadır. Bu miktar genel bütçenin yüzde 1'dir.

Bir ülkede sağlık düzeyinin yükselmesi için, hizmetin var oluşu yeterli değildir. Halkın onu kullanabilmesi için gerekli koşulların da, oluşması gerekir. Halkın var olan hizmetten yararlanması, 3 etkenin etkisi altındadır. Bunlar, halkın ekonomik gücü, kültürü ve sağlık tesisinin kişinin oturduğu yere uzaklığıdır.<sup>11</sup> Türkiye gibi geliri düşük ve gelir dağılımı aşırı ölçüde dengesiz olan bir ülkede tüm halk, kendine yapılan hizmete para ödeyerek, hizmetten yararlanamaz. Hizmetten ancak parası olan bir azınlık yararlanır. Kültüre gelince, Taylor kültürü şöyle tanımlar : «Kültür, insan tarafından, içinde yaşadığı toplumun bir üyesi olarak, toplumdaki elde ettiği bilgi, inanç, sanat, ahlak, kanun kuralları, gelenek, alışkı ve geleneklerin meydana getirdiği karmaşık tümüdür.» Halk, genellikle köyde yaşayanlar kendileri ve özellikle çocukları için hekimden gerektiği ölçüde yararlanmaya alışmamışlardır. Bu kendi kusurları değildir. Çağlar boyu çevrelerinde hizmetinden kolaylıkla yararlanacakları hekim bulunmayan bir toplumda bu alışkanlığın doğması elbette beklenemez. Kültür ile ilgili ikinci nokta, halkın sağlık ile ilgili konularda, bilgi, tutum ve uygulamalarındaki hatalarıdır. Çevresinde sağlık konusunda kendilerini eğitecek hekim ve sağlık personeli bulunmayan kimselerin, hatalı davranışlarını doğal karşılamak gerekir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişmemesi nedenlerini, öncelikle çözümlenmesi gerekli sorunun ne olduğunu saptama amacı ile tekrar gözden geçirirsek, en önemli iki nedenden birinin hekimlerimizin halk hizmetinde gerektiği şekilde çalışmamaları olduğunu görürüz. İkinci neden de, hükümetlerin sağlık hizmetine önem verdiklerini iddia etmelerine rağmen, bunun gerçek olmayışıdır. Hükümetler her alanda olduğu gibi, hizmetin gerektiğini yapma yerine, baskı gruplarını tatmin etmeyi yeğ tutmaktadırlar. Burada sözü edilen baskı gruplarından biri, muayenehane hekimliğinde çok para kazanan hekimler, diğeri para ve nüfuzları ile hekim ve devletin tesislerinden kolayca ve geniş ölçüde yararlanmağa alışan azınlıktır.<sup>7</sup>

## SONUÇ

Sağlık sorunlarımızın doğuşunun ve çözümlenememesinin temel nedenlerinden en önemlisi, hekimlerin istihdamı sorunu olduğuna göre hekimlerin, hizmetin gerektirdiği biçimde, yurt içinde dağılımları için ne yapmak gerekeceği sorusunun yanıtını bulmak gerekir. Ne için hekimler büyük şehirlerde toplanıyorlar? Uzmanlaşmayı yeğ tutuyorlar? Koruyucu hekimlik hizmetinde çalışmak istemiyorlar?



Bunun tek nedeni hizmet üretim ilişkileridir. Hekimlik hizmetinin üretilmesinde pazar ekonomisi kuralları hakim olunca, bunun doğal sonucu, hekimin, kazancın çok olduğu yere ve alana kaymasıdır. Bu bir ekonomi kanunudur. Yasama organlarının koyduğu kanunlar ile, insancıl hisleri harekete geçirmekle, sonuç değiştirilemez. Zorunlu hizmet kanunları da bu nedenle işlemez.

O halde ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişmesi için yapılacak ilk iş, hekimlik hizmetini -bazı istisnalar dışında- hekimlerin belirli ve sabit bir ücret karşılığı yaptıkları, bir kamu hizmeti haline getirmektir. 1961 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununda, kamu sektöründe çalışan hekimlerin muayenehane kapama zorunluğu ve mukavele ile istihdam edilmeleri ilkesinin kabulünün nedeni bu düşüncedir. Kanunun bu hükmü 1963 ve 1964 yıllarında uygulanmış, 1965 den sonra hükümetler bir sıra ödünler vererek işi, kanunun bu maddesini uygulamamağa kadar getirmişlerdir.

Sağlık hizmetleri, satılan bir hizmet olmaktan çıkarılıp verilen bir hak haline getirilince, hizmetten yararlanmayı önleyen, halkın ekonomik gücünün yetersizliği de olumsuz bir etken olmaktan çıkacaktır.

Hizmet üretim ilişkilerinin değiştirilmesi yanında sağlık personelinin eğitimleri üzerinde de durmak gerekir. Hekimler, hemşireler ve ebeler, eğitimleri süresince tıp merkezlerinde veya en azından bir hastanede çalışmak için şartlandırılmaktadır. Örneğin, altı yıl fakülte hastanelerinde sofistike bir hasta bakımından başka birşey görmeyen bir tıp öğrencisinden, bir sağlık ocağının basit olanakları içinde, mesleki yönden tatmin olması nasıl beklenebilir. Bu çeşit öğretim gören hekimler, pnömoni ve enterit tedavi ederek, yüzlerce kişinin hayatını kurtarmanın da şerefli bir hizmet olduğunu kabul edememektirler.

Bir İngiliz hekimi olan Leeson'un, az gelişmiş ülkelerde tıp hizmet ve eğitimini değerlendirdiği bizi uyarmalıdır.<sup>10</sup> Leeson diyor ki: «Az gelişmiş ülkelerde tıp eğitimi neo-kolonializm'in örneklerindedir. Az gelişmiş ülkeler, tıp merkezleri kurmağa ve batı standartında hekim yetiştirmeğe özendirilmektedirler. Tıp merkezleri, gelişmiş ülke tıp araç, gereç, ilaç sanayiine iyi bir pazar olmakta, burada yetişen hekimler de gelişmiş ülkeler için ucuz hekim gücü kaynağı teşkil etmektedir.»

Tıp fakültelerinde öğrencilere, hekimlerin ilk görevinin kişileri hastalık ve sakatlıktan korumak olduğunu, bundan sonra toplum içinde çalışarak sık görülen ve çok öldüren hastalıkları

evde ve ayakta tedavi etmenin geldiğini, teşhis ve tedavisi güç hastalıkların hastanede tedavisinin üçüncü sırayı aldığını, görerek ve yaşayarak anlayacakları bir ortam yaratılmalıdır.

Bu tedbirleri almadan, hekimlerin yurt içinde dengeli bir biçimde dağılmalarını, köyde ve kentlerde tüm hastaların hekim hizmetinden gerektiği şekilde yararlanmalarını, ilk basamak hasta bakımı hizmetleri ile hastanede bakımın ahenkli bir şekilde birlikte çalıştırılmasını, köy ebelerinin hekimlerin denetimi ile ana çocuk sağlığı, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi koruyucu hizmetleri geliştirmeleri, sağlık memurlarının hekimlerin yakın denetimi altında, çevre sağlığı ve sağlık eğitimi hizmetlerini yürütmeleri beklenemez. Kısa bir deyimle ekip ruhu yaratılamaz. Ekip çalışması sağlanamaz.

Yukarıda sayılan tedbirler, her şeyi birden düzeltecek sihirli değnek değildir. Hükümetler uzun yıllar bu ve hizmetle ilgili diğer örgütlenme, insan gücü ve finansman ve işletme tedbirlerini bilimci bir görüşle çelişkisiz ve disiplinli bir şekilde uygularlar ise, sağlık sorunlarımız az gelişmiş ülkeler düzeyinden kurtarılabilir ve gelişmiş ülkeler düzeyine yükseltilebilir.

#### KAYNAKLAR :

- 1 — Hanlon, J.J. - **The Principles of Public Health Administration** (5 th edition C.V. Mosby Co., 1969)
- 2 — Heperkan, Y. ve arkadaşları - **Türkiye Nüfus Araştırmalarından elde Edilen Hayati İstatistikler**. Hıfzıssıha Okulu, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1970)
- 3 — Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1970-1974 Faaliyet Raporu Toplum Hekimliği Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi (1975)
- 4 — **Hayati İstatistikler - İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler, 1970 Devlet İstatistik Enstitüsü, Yayın No. 642 (1972)**
- 5 — **Demographic Year Book, 1972. United Nations, New York.**
- 6 — Fişek, N. H. ve Dirican, R. - **Halk Sağlığında 50 Yıl, IV. Bilim Kongresi, 5-8 Kasım 1973, Ankara.**
- 7 — Fişek, N. H. - **Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesini Engellenen Faktör, 1970, Türk Tabipler Birliği Yıllığı. (sahife 7-15)**
- 8 — Fişek, N.H. - **Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları XXI. Milli Türk Kongresi, 20-26 Eylül 1970, Bursa**
- 9 — Fişek, N.H. - **Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik Hizmetlerinin Planlanmasında Örgütlenme Modelleri XXIII. Milli Türk Tıp Kongresi, 24-28 Eylül 1974, İzmir.**
- 10 — Leeson, J. - **Social Science and Health Policy in Preindustrial Society. International Journal of Health Services, 4 (3), 437 (1974) Türkiye**



## İlaç Gangsterleri

Demokratik Partinin Türkiye'yi çok partili döneme geçi-rip iktidara gelmesinden sonra, Türkiye'yi küçük Amerika yapma savında olan Menderes ve yandaşları, gümrük kapılarını ve ülke sınırlarını yabancı sermayeye alabildiğine açtılar. Bir aşağılık kompleksi ile Türkiye'nin kendi olanakları ile kalkınamayacağına inanmışlardı ve bunun için de kolumuza yabancıların girmesini ve onların desteği ile yürümemizi yeğliyorlardı.

Yabancı sermaye, tüm olanakları ile topu, tüfeği, propogandası ve işbirlikçileri ile Türkiye'ye balıklama atladı. Bugün, bu yürekler acısı geri kalmışlığımız, bu ezilmişliğimiz hep bundandır işte. Bugün savaşıyor uçaklarımıza yakıt verilmiyorsa, bugün parasını ödediğimiz silâhlar bile binbir nazla bize veriliyorsa ve bugün Türkiye bir baştan bir başa yabancı sermayenin denetimi altında bulunuyorsa bunların hepsinin nedeni o 1950'lerin yabancı sermaye tutkusundan doğmuştur.

Yabancı sermaye benzini ile, demiri ile, çimentosu ile, arabası ile Türkiye'ye koşar adım girerken, bu sermayenin en acımasız dalını oluşturan ilaç sanayi de, bir çırpıda Türkiye'yi parselledi. Yabancı sermayeye tanınan kapitülasyon koşullarına eş olanaklar, kısa sürede Türkiye'de el atılmadık tek sanayi dalı bırakmadı.

Ve çok uluslu yabancı sermayenin gangsterleri, çeteleri, en kötü mamüllerini, en işe yaramaz artıklarını Türkiye'de pazarladılar.

Bayer'i ile, Roche ile, Pfizeri ile, Squib'i ile, Schering'i ile, Abbott'u ile vb. soyguncu firmaların tümü ile, Türkiye talana uğradı.

Etkin propoganda gücü Türk halkını, en gereksinme duyduğu ilâçlara değil de, tüketimi çok kolay olan ve kârı da ona göre çok fazla olanlara alıştırdı. Örneğin, saadet hapları adı altında hiç bir tedavi etkisi olmayan pek çok uyduruk ilâç su gibi, ekme gibi satılmağa başlandı. İlaçların hiç bir tedavi edici etkisi olmadığı bir yana, bir de alışkanlık yapması, daha ileri dönemlerde uyuşturucu maddelere alıştırmaya gibi kötülüğü de vardı. Ama büyük pankartlar, gazete ilânları, prospektüslerle saadet haplarının erdemi öylesine işlendi ki, artık her kadının çantasında, her erkeğin cebinde birer tüp bulunmağa başladı.

Öte yandan vitamin tüketimini arttırmak için de aynı kampanya uygulandı. Hiç gereksinme duyulmayacak efervesan tabletler, çiğneme tabletleri, ampuller öylesine piyasayı doldurdu ki, bakkalarda, pazarlarda bile bu çok uluslu firmaların ilâçlarını bulmak olanağı doğdu.

Böylece yoksul Türk halkının sağlığı ve parası yok olmağa başladı. Denetimden uzak, fiyat kontrolü hiç olmayan bu firmalar halkımıza 8 kapsül tetrasiklini 1960'larda 80 liraya sattı. 1960 ihtilâlinin getirdiği bir kararname ile bu seksen liralık ilâçların fiyatı bir gecede sekiz liraya inince hiç kimse utanmadı, hiç kimse hesap sormadı ve bu yabancı sermayenin işbirlikçisi yerli ilâççılardan hiç birisi de başını öne eğmedi.

Başını öne eğmek ne söz! Bir de bu yerli işbirlikçiler bu halk düşmanı ilaç üreticileri öbürleri ile işbirliğine girerek keselerini biraz daha şişirebilmek için birbirleri ile yarışa çıktılar.

Yabancı sermaye ile lisans, royalty, patent anlaşmaları yapıldı. Dünyanın en pahalı ilâçları Türkiye'de üretildi. Yabancı firmanın ana fabrikasından en pahalı fiyatlarla alınan ham maddeler, en pahalı fiyatlarla Türk halkına satıldı. Bir örnek: Belladon Total Alkoloidleri, Tüm İktisatçılar Birliği'nin yayınladığı broşürde belirtildiği gibi % 25400 gibi yüksek bir fiatla yurda sokuldu.

Özvarlığını iki yıl içinde üç kez devreden, kısa sürelerde yüz milyonluk cirolara ulaşan ve hiç bir yararlılığı olmayan ilâçları durmaksızın üreten firmalar ve bunların sözcüleri utanmadan, sıkılmadan ve halktan korkmadan Türkiye'de dünyanın en ucuz ilâçlarının satıldığını söyleyip durdular.



Ve bugün Türkiye ilaç gangsterlerinin elinde tam bir çıkmaza sokulmuştur. Halkın sağlığı acımasız bir kısılcacın içine sokulmuş ve yoksul halk ilaç bulabilmek için damını, davarını satar olmuştur. Bir doz kanser ilacını satın alabilmek için, işbirlikçi firmaların istediği parayı damın, davarın satılması bile karşılamamaktadır.

Menderes ve yandaşlarının devamını olduğunu söyleyen bir anlayış sırt okşamakta ve bu yabancı firmalarla işbirlikçileri yerli firmaların soygununa kimse dur diyememektedir.

Soygun amansızdır, gangsterler en son yöntemlerle halkı soymaktadırlar. Kendilerine karşı çıkanları da her türlü yola başvurarak devreden çıkarmakta ustadırlar.

Peki, kim önleyecek bu soygunu? Kim halkın sağlığına sahip çıkacak? Bir avuç çıkarıcının, amansız soyguncunun cinayetlerine kimse ses çıkarmayacak mı? Halkın sağlığını sömürerek, halkın sağlığını yok ederek holding imparatorlukları kurarlara hiç kimse ses çıkarmayacak mı?

Çıkaracak elbette? Hesabı bir gün hiç kuşkusuz halk soracaktır. Bu unutulmaya!

**Sayın Abonelerimiz**  
**Aboneliğinizi Yenileyiniz**  
**Sayın Okuyucularımız**  
**Abone Olunuz**

Posta Çeki No. : 96482

dr. ihsan ünlüer

## Kendi Haplarımızı Kendimiz Yapacağız

«SİNAMEKİ LAÇ HOLDİNG» Avrupa'dan davultozu ve neftyağı ithaline başlayınca 2500 ton zırnık gümrükte kaldı...

Gümrük komisyoncusu «Yüzde On Hüsnü» — Ben adama zırnık koklatmam, diyor.

Süs ve parfümeri yerine sağlığımız için gerekli ilaçlar ithal edilecek. İthal listesinin başında «Yeni Harman İskoç Viski, 9 ton Mateksas Konyak, 10 ton Amonyak, 250 ton Manyak, 8 kilo Tiryak...»

«SİNAMEKİ HOLDİNG» ilaç fabrikalarının şişelere doldurduğu «HIYAROMİSİN» hapları montajı, elektrik ceryanının kesilmesi yüzünden durunca imalat şefi Hüsnü Hapypar :

«— Haplarımızı drajelemek için şekerleme yerine tekerleme yapıyoruz. Baylar lütfen, kendi haplarımızı kendimiz yapalım» dedi.

Mehmet efendi «Eşantiyon Eczanesi»nin kalfası Potasyum Cemal'e bir ilaç kutusunun koparılmış kapağını uzatarak «— Bu kuvvet şurubundan bana bir tane verir misiniz?» demiş. Ve Cemal de ona kuvvetlenmesi için bir adet kuvvet şurubu vermiş. Amma Mehmet Efendi eczaneden aldığı ilacın üzerindeki yazıyı Gazi Osmanpaşa İlkokulundaki torununa okuttuktan sonra bunun başka bir ilaç olduğunu anlayınca ilacı kaptığı gibi eczaneye getirerek Potasyum Cemal'e çattı:

«— Oğlum Cemal bir yanlışlık yapmışsın sen evladım. 'Zıbarın Fare Zehiri' vermişsin..»

«— Ne olacak sanki. İkisinin terkinde de arsenik toksin gargara var. Fareleri öldürür amma insanlarda kansızlığa iyi gelir.»

«— Aman evladım ya yanlışlıkla bunu içmiş olsaydım?»

«— Hiç merak etme Mehmet amca. Sen kaç kilosun söylers misin?»

«— Son zamlardan sonra tartıldım tam 33 kilo 125 gram evladım.»

«— Tamam. Bir yerli fare 3 kilo geldiğine göre ölmen için



bu haplardan 36 tane yutman gerekiyor. Yani sen 36 fareye bedelsin demek.»

«— Allah Allah.. Ama hiç insan fare ile kıyaslanır mı?»



«— Elbette kıyaslanır ya. Bir ampul için '250 mumluk' diyoruz. Şu Şevrole motoru 8.000 beygir kuvvetinde diyoruz. İnsan vücudunda fizyolojik rolü olan hormonların ve de bazı ilaçların etkisini de böyle bazı hayvanlarla kıyaslayarak deyimlemişler. Bir fareyi bir sıçanı, bir kobayı, bir tavşanı etkileyecek miktara 'bir fare ünitesi, bir tavşan ünitesi, bir köpek ünitesi' demişler...

Mehmet efendi düşündükten sonra :

«— Demek ki ben 36 fare ve yarım beygir değerindeyim.» dedi.

Mehmet Efendi bu kez «Birinci sınıf 12 parmak barsağı hastalıkları Mütehasısı Praticienne Docteur Medicine Dr. Frankeştayn'a» gitmiş. O da bir reçete vermiş ona:

Sinameki sulfat.... Çenç gram,  
Davultozu nitrat.... Çorç gram,  
Katakulli tartarat.... Yek gram  
Minare gölgesi: şeş gram  
Kıymalı maydanoz  
Truva gram salyangoz  
Fifti gram zamkinoz  
Odistile su dö Terkos.

Eşantiyon Eczanesi kalfası Potasyum Cemal, «Piyasada kıyma bulunmadığı için maalesef hapınız yapılmayacak» dedi.

Mehmet efendi di, «Maalesef zamlı hapi yutmayacağım» diye üzülüyor.

## aziz nesin

### Fırça Kılı

Dayımı hiç sevmem. Cimrinin biridir. Eğer altmış yaşından sonra başına o korkunç hastalık gelmeseydi, biz dayımın ne kadar zengin olduğunu bilemeyecektik. Onu da, ailemizin öbür kişileri gibi orta halli bir insan bilirdik. Başına o hastalık belâ olup da, canını kurtarmak için avuç dolusu para dökmeye başlayınca, işte o zaman dayımın ne kadar zengin olduğunu anladık. Parası olduğu halde hastalanıncaya kadar yoksul biriyim gibi yaşamasına bütün aile kızdık.

Dayımın göbek noktasıyla, kuyruk sokumu arasında, ama yeri tastamam belli olmayan bir derdi vardı. Göbekte kuyruk sokumunu düşünün, ikisinin arası iki karış var, yok. İşte bu iki karışlık yerde hastalığın nerede olduğunu hekimler bitürlü bulamıyorlardı. Gökbilimciler, gökyüzünde bizden milyonlarca kilometre uzaktaki yıldızların adresini bize söylerken, doktorların, dayımın göbeği ile kuyruk sokumu arasındaki hastalığın yerini bulamamaları, tıbbı olan güvensizliğimi doğruluyordu.

Dayım,

— Sanki içimde bir sürü kedi köpek var, diyordu. Kedilerle köpekleri bir çuvala doldursanız, çuvalın ağzını da kapasanız, hayvanlar nasıl birbirlerini tırmalar, ısırırlarsa, benim içimi de öyle tırmalıyorlar.

Hiç şüphesiz dayımın içinde ne kedi, ne de köpek vardı. Dayım, gençliğinde «Servet-i Fünun» dergisine okur mektupları yazdığından, içimde kedi köpek var diye, edebî teşbih yapıyordu. Keşke dayımın içinde kedi köpek olsa. O zaman serseri köpekleri, sokak kedilerini öldürmek için belediyenin yaptığı gibi, dayımın içindeki kedi köpeklere zehirli et parçaları atar, zavallıyı bu dertten kurtarırdık.

Bitakım hastalar vardı, ağrıyan yerlerini bilmezler. O zaman hastalığın adresini bulmak işi de doktorlara düşer. Oysa dayım, hastalığının yerini de biliyor :

— İşte burası!... diye, göbeği ile kuyruk sokumu arasındaki iki karışlık yeri gösteriyordu.

Dayım, doktorlara bu kadar da kolaylık gösterdiği halde onlar yine ne hastalığın yerini bulabiliyorlar, ne adını biliyorlardı.



Dayım, gitmedik doktor bırakmadı. Hastalıktan kurtulmak için o kadar para harcadı ki, biz onun zenginliğini ancak böyle anladık.

Birisi daha tıpkı dayımın hastalığına uğramış. Bir profesör doktor onu bu hastalıktan kurtarmış. Dayımı hemen bu profesör doktora götürdük. Profesör doktor muayeneden sonra,

— Ülser, dedi.

Bir sevindik, bir sevindik. Bir insanın ülser olması, ne olduğunu bilmemesinden daha iyidir. Ben, okuldaki biyoloji bilgime dayanarak,

— Dayımın hastalığı göbeği ile kuyruk sokumu arasında. Ülser midede olur. Göbekte kuyruk sokumu arasında bir hat çekerseniz, mide bu hattın yukarısında kalır... diye bilgiçlik ettimse de, doktor:

— Hakkınız var, fakat dayınızın midesi sarkmış, bu hattı üç santim geçmiş, dedi.

Profesör doktor, hemen ameliyat gerektiğini söyledi. Dayım, ağrıdan sızdan kurtulmak için ameliyat oldu. Bu ameliyat hastalığın artmasından başka bir işe yaramadı. Doğru mu, yalan mı, bilmem, bize ameliyat sırasında operatörün yanında bulunan hemşirenin söylediğine göre, karnı yarıldıktan sonra dayımın midesinde ülser bulunmamış. Hattâ doktor o kadar şaşırılmış da.

— Ben şimdiye kadar binlerce mide yardım, ama hayatımda böyle taş gibi sağlam mide görmedim, demiş.

Böyleyken, bu kadar eziyetimiz boşa gitmesin, hiç olmazsa aldığımız ameliyat parasını hak edelim diyerek, dayımın midesinin yarısını kesip atmışlar. Asistan doktor,

— Ülser yok, sapaşğlam mideyi neden kesiyoruz? diye profesöre itiraz etmiş. Profesör de,

— Mide netâmeli bir organdır. Her ne kadar şimdi ülser yoksa da, ilerde ülser olabilir. Midenin yarısını kesip atmakla ilerdeki ülser tehlikesini yarı yarıya azaltmış oluyoruz, diyerek asistana yeni bir tıp dersi vermiş.

Dayım yarım mideli olarak ameliyattan kalktı. Ama hastalığı iki kat arttı. Bunun üzerine uzman bir dahiliyeciyi salık verdiler.

— Öyle bir doktor ki, dediler, eğer öleli yirmidört saati geçmemişse, ölüyü bile diriltir.

Gerçekten dedikleri kadar varmış. Dahiliyeci, dayımı muayene eder etmez, hastalığın böbreklerde olduğunu bir bakışta anladı.

— Böbrek ameliyatı gerekir, dedi.

Dayımın karnını ikinci kez yardılar. Doktor şaşkınlıkla böbreklerin sapaşğlam olduğunu görmüş. O kadar sağlam ki, böyle iki sağlam böbrek bir tek adama çok gelir diye, bir tanesini kesip almaya karar vermişler. Her ne kadar ameliyatı yapanlardan bir genç doktor,

— Şu sapaşğlam böbreği nasıl kıyıp da keseceksiniz, maşallah Griniviç saati gibi tıkr tıkr işliyor, demişse de, dahiliyeci,

— Eger böbreğini kesip çıkarmazsak, bu adam kendisini ameliyat ettiğimize inanmaz. Havadan paramı aldılar, der. İlerde herhangi bir anlaşmazlığa meydan vermemek için, bak kestiğimiz böbrek işte bu, diye kendisine gösteririz. Elimizde bir kanıt bulunsun... diyerek dayımın böbreklerinden birini kesip çıkarmış.

Dayımın bu ameliyattan tek böbrekle canını kurtarmış olduğu ve ameliyat sırasında kendisini öldürmedikleri için de ayrıca para verdikten başka, gazetelere, ameliyatı yapan doktorlardan o hastahanenin kapıcısına kadar hepsine teşekkürlerini bildiren ilânlar vermişti. Ne bu ameliyat, ne de teşekkür mektupları işe yaradı. Dayımın ağrıları büsbütün arttı. Bir tanıdığımız,

— Ben onaltı kere ameliyat oldum, bütün iç organlarımı söktüler, yeniden taktılar. Hiçbir işe yaramadı. En sonunda, falan doktor beni tedavi etti, dedi.

Hemen dayımı falan doktora götürdük. Dayım başından geçen tıbbi macerayı anlatınca doktor güldü. Dayıma,

— Sizi yanlış yerinizden ameliyat etmişler. Sizde bağırsak düğümlenmesi var, dedi.

Buna benim de aklım yattı. Dayım o kadar cimridir ki, bağırsakları da sarfiyatı önlemek için düğümlenmiş, hattâ kördüğüm olmuş olabilir.

Dayımın üçüncü kez karnı yarıldı. Doktor, bağırsaklarını görünce şaşırılmış, elinden neşteri, bıçağı atıp,

— Bu ne biçim bağırsak, ben hayatımda bu kadar uzun bağırsak görmedim! diye bağırmış.

Dayımın bağırsakları sekiz - on kişiye yetecek uzunluktaymış. Ben oldum olasıya tabiattaki eşitsizliklere içerlerim. İnsanların boyları da böyledir. Kimisinin hakkı yenmiş, boyu kısa kalmış, onlardan arta kalanlar da başka birine boy vermiş, uzamış da uzamış. Kimbilir kaç insanın bağırsağının kısa kalması bahasına dayımın bağırsakları bu kadar uzamış.

Doktor, her ne kadar dayımın bağırsaklarında bir düğümlenme görmemişse de, hazır açmışken bağırsaklarının fazlalığı



ğını alayım diye dayımın bağırsaklarına estetik ameliyatı yapmış.

Her ne kadar dayımın bağırsakları, normal insanın bağırsak uzunluğuna geldiyse de hastalığı da büsbütün arttı.

Ankara'da bir doktor salık verdiler. Dayıma,

— Eğer o da tedâvi edemezse, hiç boşuna uğraşma, artık tedâvi olamazsın, demektir. Ondan sonra kaldır kendini denize at! dediler.

Ankara'daki doktor, dayımın başından geçen tıbbi macerayı dinledikten sonra güldü, hastalığını da şıp diye buldu:

— Kör barsak iltihabı...

Dayımın karnını bir daha yardılar. Ve zavallının körbarsağının, iltihaplanma şöyle dursun, sâf bir genç kız kalbi kadar temiz olduğunu gördüler. Ama bir kez karın açılmışken, eli boş dönmek tıba saygısızlık olacağından dayımın körbarsağını söküp çıkardılar.

Zavallı dayımı hastalıktan sanki bu tertemiz körbağırsak koruyormuş gibi, körbağırsağı çıkar çıkmaz dayımın hastalığı besbeter arttı.

Dayım, ondan sonra, kim, nerede bir doktor salık verdiyse oraya koştu. Her tedâvi, her ameliyat, dayımın hastalığını ağırlaştırmaktan başka hiçbir işe yaramadı Ben, dayım gibi bir memurun nasıl olup da o kısa ömründe doktorlara yetiştirecek kadar para biriktirebilmiş olmasına hâlâ şaşarım. Hava yerine rüşvet alsa, ekmek yerine rüşvet yese, bir insan yine de bu kadar para biriktiremez.

Dayımın içinde kesilip biçilmedik yer kalmadı. Çift olan bütün iç organları teke indiği gibi, kimi organları kısaltıldı, fazlaları alındı, körbağırsak gibi işe yaramayanları da çıkarıldı. Öyle ki, ameliyatlardan önce altmış kilo gelen dayım, içerisi boşaltıla boşaltıla, çift uzuvları teke indirile indirile otuzsekiz kiloya düştü.

Dayım artık iyi olmaktan bütün umudunu kestiği sırada yeni bir doktor salık verdiler. Çıkmayan canda umut vardır demezler mi! Dayım da son umutla bu doktora gitti. Doktor, dayımın tıbbi macerasını dinledikten sonra acı acı gülerek:

— Size yazık olmuş, hastalık, bademciklerinizde, dedi.

— Haddim olmayarak bir maruzatım var, dedim, dayımın hastalığı böbreğiyle kuyruk sokumu arasında bizce bilinmeyen bir noktadadır. Bâdemciklerin bu bölgeyi nasıl etkilediğini anlayamıyorum.

Doktor,

— Onu ben de pek anlayamıyorum, dedi. Yalnız bâdemcik-

ler esasen bir işe yaramaz, fazlalıktır. Onları çıkarmakta hiçbir sakınca yoktur. Esasen dayınızın içinde bâdemcikten de başka alınacak bişey kalmamış. Herhalde sakatlık bâdemciklerindedir. Bir kere onları da alalım, yine iyi olmazsa o zaman düşü-

nürüz.

Dayımın bâdemciklerini söktüler. Bu da bir işe yaramadı. Artık dayımın vücudu, dikiş yerlerinden balık ağına dönmüştü. Doktorlar yeni bir ameliyat için bıçak bile kullanmıyorlar, dikişleri sökünce, dayımın içi, karnıyarık gibi yarılıveriyordu. Bu dikişler yalnız bir işe yarıyordu: Dayım ağrıların zoruyla eskisi gibi bağırıp çağırıyordu. Çünkü biraz zorlansa dikişler pathiyordu.

Artık dayım,

— Hey ulu Tanrım, şu insanın vücudunu, üst delikten alt deliğe kadar neden fermuarlı yaratmazsın, ki doktor kulların rahatça açıp baksınlar, diye abuk sabuk söylenmeye başlamıştı.



Dayıma salık verilen doktorlardan biri, dayımda artık ameliyat edilecek bir santimlik boş yer bulunmayınca,

— Guddeler bozuk, size hormon tedavisi gerekir, hormonlarınız aşırı çalışıyor, diyerek affedersiniz, dayımın yumurtalıklarından birini almak gerektiğini söyledi. Doğrusu bu kadar ek-



sik organla nasıl olup da dayımda hormon aşısı olduğuna şaş-  
tım. Ama doktor,

— Vücutta hormon guddelerinden başka çalışacak organ  
kalmamış, mecburen hormon faaliyeti artmış, dedi.

Dayım,

— Aman şunların ikisini birden al da kurtulayım! diye  
yalvardıysa da doktor, bunun tıbbı ve insaniyete aykırı oldu-  
ğunu söyleyerek, dayımın yumurtalıklarından yalnız bir tane-  
sini aldı.

Bu da işe yaramadı. Ne olduysa, zavallı dayımın yumurta-  
lığına oldu.

Derken efendim, dayım, kendimi öldürüp kurtulmaktan  
başka çıkar yol olmadığına karar verdiği bir sırada, tıpkı dayı-  
mın maceraları başından geçen, sonra bir doktorun tedâvisiyle  
hastalıktan kurtulan biri, dayıma kendisini tedâvi eden dok-  
torun adresini verdi. Dayımın tıbbi macerasını dinleyen doktor  
güldü,

— Yazık olmuş dedi, sizin içinizden çıkan organlarla, sizin  
gibi bir adam daha yapılabilirdi!

Doktor, dayımın ayaklarını muayene etti.

— Hastalık nasırlardan geliyor, nasırlarınızı keseceğim,  
dedi.

Doğrusu dayımda da, nasırlardan başka kesilecek birşey  
kalmamıştı. Ben, hiç olmazsa zavallı dayımın nasırlarını olsun  
kurtarabilmek umuduyla,

— Aman doktor, göbekte kuyruk sokumu arasındaki böl-  
genin nasırla ne ilgisi var? diye bağırardım.

Doktor,

— Vücut bir bütündür, dedi. Meselâ serçe parmağınızda  
dolama olsa, yalnız dolama olan yer mi acır, yoksa bütün vü-  
cudunuz mu acı çeker, baştan aşağı mı hasta olursunuz? dedi.

Dayımın bütün nasırlarını kestiler. Bu nasır kesmenin dok-  
tora yararı olduğu kesinse de, dayımın hastalığına hiç bir ya-  
rarı olmadı.

Dayım, Etibba odasından doktorların listesini getirip bak-  
tı. Bu liste içinde tedâvisini görmediği yalnız iki uzman hekim

kalmıştı. Önce birine gitti. O, dayımın nasıl hâlâ yaşayabildiği-  
ne şaşıtı.

— Siz insanlıktan çıkmışsınız. Tıp ilminin kuvvetine bakın  
ki, tıbbın sayesinde siz bile yaşayabiliyorsunuz, dedi.

Listedeki son doktor, hastalığın dişlerdeki apsedan ileri gel-  
diğini söyledi. Dayım kurtulurum umuduyla dişlerini de söktür-  
dükten sonra,

— Aman, boşala boşala uçacak gibi oluyorum, dedi.

Dayım yaşamasına yaşıyordu ama, bir ruh haline gelmişti. Bir  
gün bana,

— Son kalan paramı Avrupalı bir doktora vermek istiyorum,  
dedi.

Dayımla Paris'e gittik. Orada tanıdığımız kimse olmadığı  
için, kapısının üzerinde doktor levhası gördüğümüz ilk yere  
girdik. Parisli doktor, dayımı dinledi, sonra muayene etti. Baş-  
ladı gülmeye. Doktor gülmekten yerlere seriliyordu. Neden son-  
ra kendine gelebilen doktor eline bir cımbız aldı. Dayıma,

— Ağızınızı açın! dedi.

Dayım ağızını açtı. Doktor, cımbızı dayımın ağızına soktu.  
Sonra cımbızı çıkardı. Dayıma,

— Nasılsınız? dedi.

Dayım,

— Çok iyiyim, ağrım, sızım kalmadı, dedi.

Doktor :

— İşte sizin hastalığınız, diye, cımbızın ucundaki beyaz bir  
kılı gösterdi.

— Bir daha dişinizi yıkarken dikkat edin, dedi, fırçanın kılı  
boğazınıza saplanmış.

Paris'ten döndük. Dayımın hiç bir hastalığı kalmamıştı.  
Ama parası da kalmamıştı. Sapasağlamken altı ay sonra öldü.  
Artık parasızlıktan mı öldü, yoksa eski ameliyatlarından yarım  
kaldığı için mi öldü, bilmiyorum. O kadar ameliyattan sonra  
daha da yaşıyacak değildi ya...



## Sağlık Sayrılık

Dr. Muzaffer Hacıhasanoğlu

İnsan oğlu sahip olduğunun değerini yitirince anlar ancak. Acısız, zorluksuz, rahat bir biçimde yaşarken sağlık nerden aklına gelsin. Ağrılar, soluk daralmaları, yorgunluklar, başdönmeleri, duyamamalar, görememeler başlayınca kuşku, tedirginlik, korku çıkar gelir bir yerlerden. Yatağa bağlı olarak geçen günler mahpus damında geçmiş günler gibidir sanki. Sayrı olmasa evinden çıkmayacak kişi bile dışarı çıkmak, gezmek ister sayrılığında. Kıskanır sağlamların özgürlüklerini. Sayrılık bağlar insanı, bazı şeylerden yoksun kılar. Yasak edilen şey büyür gözde. Bir bölük sayrı, belki de bu yüzden kabullenmek istemez sayrılığını; çevresi, hekim bakımından en zor sayrılar bunlardır; «Kendini sağlam bilen hastanın tedavisi olmaz.» demiş Eddy Fisher. Günlerce hastanede ya da evde yattıktan sonra dışardaki gün ışığı, hafif esinti sarhoş eder insanı: «His var mı bu âlemde nekahat gibi tatlı?» demiş Yahya Kemal.

Eflatun sağlık üzerinde duran filozoflardan biri; sağlam kafanın sağlam vücutta bulunacağına inanıyor; sağlığın savsanmasını bağışlamıyor: «Sağlıktan daha tatlı bir şey yoktur derler. Ama hasta olmadan önce hiç de öyle düşünmezler. «Kanunî Sultan Süleyman'da, Emerson da sağlığın dünyanın en değerli şeyi olduğu savındalar.

Rahatça soluk alabilmek, yiyebilmek, görebilmek, duyabilmek, vücuttan atılması gereken fazlalıkları atabilmek; bütün bunları yaparken kimsenin yardımına gereksinmemek; yaşamak...

İnsan oğlu genellikle bencildir ya sayrılaşınca bencilliği daha da artar. Kendisi vardır, sayrılığı vardır sanki, yeryüzünde başka bir olay yoktur; önüne gelene anlatmadan edemez, onların da önemsemelerini ister. «Hasta, cemiyet hayatının bütün iyiliklerinden istifade etmek ister, buna mukabil kendisinin de başkalarına hizmete, onları anlamağa, sevmeğe mecbur olduğunu kabul etmez. Kendisini dünyanın merkezi sayar; çektiği ıstırapın, hafif de olsa, herkesinkinden fazla olduğunu söyler. Bunun böyle olmadığını bilir; bilir ama bildiği için kendi kendine isyan eder. 'Falanın hastalığı benimkinden çok tehlikeli bir hastalık; o, belki de kurtulamayacak, ölecek... Ama ba-

na ne? Benim için benim çektiğim ıstırapın bir mânâsı var, ancak o gerçek...' Hastalar daima hodbin, bunun için de sevimsizdir.» demiş Nurullah Ataç. Çok gördük böylelerini; tüm koğuşun ilgisini çekmek için inleyenleri, bağırانları, zilden elini çekmeyenleri, hastabakıcıyı, hemşireyi kırıp geçirenleri, bakımdan, tedaviden memnun olmayanları, süreğen sızlanıcıları... Yok mu acılara katlanmasını bilenler? Başkalarını rahatsız etmemek için ellerinden geldiğince dayananlar? Var kuşkusuz, yazarın yaptığı bir genellemedir. Gerçekte bağırmanın, sızlanmanın bir yararı da yoktur sayrı için, kendini yorduğuyla kalır. İnedikleri, tuhaf sesler çıkardıkları zaman rahatladıklarını söyleyen sayrılar gördüm; çevrenin ilgisi içindi yaptıkları; yoruluyorlardı.

Ağrılar, sıkıntılar olmasa farkında olmaz insan sayrılığının; çaresini arama yoluna gitmez. Ateş, ağrı, halsizlik, döküntü, şişlik, hepsi de uyarı zilleridir.

«İnsan kendi kendinin hekimi olmalı.» demiş atalarımız. Bacon ne diyor: «Bu konuda hekimlik kurallarının ötesinde bir bilgelik, insanın kendi deneyleriyle, kendisine neyin yararlı neyin zararlı olduğunu, sağlığını koruyabilmesinde hangi ilacın en iyi geldiğini öğrenmeştir.» Ona göre yaşlanmak kaçınılmaz bir şeydir, insan oğlu yaşamını yaşına göre ayarlamasını bilmelidir; yaşlandıkça kaçınılmazdır aşırılıklardan.

Sağlıklı olmanın yollarını öğretmeyi sürdürüyor Bacon : «Yemek, uyku, iş zamanlarında her tasadan uzak, neşeli olabilmek uzun yaşamının en etkili yollarından biridir. Tutkularla, ruhsal etkinliklere gelince, çekememezlikten, kuşkulu korkulardan, için için yiyen öfkeden, ince eleyip sık dokumadan, aşırı sevinç ve coşkunluktan, içe atılan üzüntüden sakın. Umutlar edin, sevinçten çok neşeye yakın ol. Her türlü kıvancı tatmaya bak, ama hiç birinde işi taşkınlığa vardırma, yenilikler karşısında hayranlık şaşkınlık duy, kafayı göz kamaştırıcı zenginlikte örneklerle besleyecek tarih, masal, doğa gözlemleri gibi şeyler oku.» Duygularını dizginleyebilmek elinde midir insanın? Çevrenin, dış etkenlerin insan sağlığındaki önemini çağında ortaya koymuş Bacon -1561-1626-. Kıvancı tadacaksın, kıvamında bırakacaksın; zor bir iş... İnsan oğlu isteklerine gem vuramamıştır kolayca. «İçe atılan üzüntüden sakın!» Bağırıp çağırabilenler, kavga edebilenler, deli dolu geçinenler rahat ederler yeryüzünde, daha da sağlıklıdırlar. Herkes işi arsızlığa vurabilir mi?



Montaigne ilaçtan da perhizden de hoşlanmıyor :«Acıyı acıyla gidermeyi sevmem. Hele insanı hastalıktan daha fazla rahatsız eden ilaçlardan nefret ederim. Karnınız ağrıyor diye kendinizi istiridye yemek keyfinden yoksun ettiniz mi, derdiniz birken iki olmuş demektir.» Onun gibi ilaçtan, perhizden hoşlanmayan sayrılar çoktur. Uygulamazlar verilen ilaçları; perhizi bir iki gün yaparlar; sızlanırlar yine de. Beğenmezler hekimi değiştirirler. «Hekiminiz uykuyu, şarabı ve eti sizin için zararlı görüyorsa üzülmeysin; ben size onun gibi düşünmeyen bir başka hekim bulurum.» demiş Montaigne.

Sayrılıktan daha da kötü olan sayrılık korkusudur. En ufak ağrıyı kötüye yoran kişiler vardır; yaşamı zehir ederler kendilerine; günde en az iki üç kez ölür, yeniden dirilirler. Gerçek sayrılara ilaç, perhiz, istirahat etkisini gösterir oysa sayrılık sayrılarına hiç bir şey yarar sağlamaz.

Sağlıkla sayrılık arasında koşturup duran kişidir hekim; sağken unutulur, sayrıken akla gelir. Zor günlerin, zor anların adamıdır ya kıymetini bilen az çıkar, eleştirenler daha çoktur. «Bir hekimin, bir başka hekimin reçetesini, hiç bir şey eklemeyen ya da eksiltmeden kullandığını gören olmuş mudur dünyada? Bundan anlaşılıyor ki hekimler ünlerini, dolayısıyla kendi yararlarını hastalarının yararından daha çok düşünüyorlar.» demiş Montaigne. Gördük başka hekimlerin reçetelerini yırtanları, cahillikle suçlayanları; görmedik dersek yalan söylemiş oluruz. Ne sağladı bu yaptıkları o hekimlere? Ünleri mi arttı? Sayrılarını, iyileştirdikleri sayrılarını mı arttı? Başkasını kötülemekle yücelemeğe kişi. Böylelerinin başarıları saman alevi gibi parlar geçer. Sağlıkla sayrılık arasında koşturup dururken hekimliği yüceltecek yine hekimlerdir; halka davranışlarıyla, kendi aralarındaki bağlarla.

Montaigne, Denemeler, Türkçesi : Sabahattin Eyüboğlu, Cem Yayınevi, 1972

Bacon, Bütün Denemeler, Türkçesi: Akşit Göktürk : Cem Yayınevi, 1974  
Le Petit Philosophe de Poche, Gabriel Pomerand, Livre de Poche, 1962

Özlu ve Güzel Sözler: Derleyen, Şerif Oktürk, Milliyet Yayınları 1943  
Nurullah Ataç, Günlerin Getirdiği - Karalama Defteri, Varlık Yayınevi, 1967.

## Doktorlar, Hemşireler ve Tüm Sağlık Personeli Emekçidirler

*Ramis Doğan*

TÜS - DER Genel Sekreteri

Üretici güçler geliştikçe, insanoglu el tezgahlarını bırakarak fabrika denilen büyük iş yerlerinde çalışmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde de tekniğin, bilginin gelişmesi sağlık hizmetini muayenehanelerin dar duvarlarından çıkararak koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmiş, tedavi edici sağlık hizmetlerinin de, hastaneler dediğimiz büyük sağlık tesislerinde yerine getirilmesi sürecini hızlandırmıştır. Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için hastane gibi iş yerlerinin ve bu iş yerlerinde bazı araç ve gereçlerin bulunması zorunluluğu doğmuştur. Yani üretim araçlarının gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Üretim araçlarının kolektif mülkiyetinin bulunduğu toplumlarda, bu üretim araçları toplum için kullanılmış, sağlık hizmeti parasız ve yeterli biçimde topluma ulaştırılmıştır. Fakat, kapitalist ülkelerde kamusal sağlık hizmeti üretimi yerine satılan ve alınan hizmet üretimi esası geliştirilmiştir. Diğer üretim çalışmalarında olduğu gibi sağlık hizmetleri üretiminde de bu araç ve gereçlerin mülkiyetine sahip olan çok azınlık bir sermaye sınıfı ve bu sınıfın kontrolündeki devlet, sağlık personelinin sahip oldukları bu araçlarda çalıştırarak, personelin ürettiği sağlık hizmetini satmışlar, böylece kâr elde etmeğe ve bu personeli sömürmeğe başlamışlardır. Bu işleyiş içinde hekimler ve diğer sağlık personeli, insanın vazgeçilmez hakkı olan «Sağlıklı olma hakkı»nı sağlayan hizmeti üreten emekçiler durumuna geçmişlerdir.

Ülkemizde de hekimler ve diğer sağlık personeli emekçi durumundadırlar. Sağlık personeli ve hekimler, tıptaki teknik gelişmelere ve ülkemizdeki kapitalistleşme sürecine paralel olarak serbest çalışmayı yavaş yavaş da olsa terk ederek kamuya ait veya özel hastanelerde sağlık hizmeti üretmektedirler. Üretilen bu hizmet alınıp satılmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinde kamusal sağlık hizmeti yerine, hizmetin satın alınması



ilkesinin hakim olduğu Genel Sağlık Sigortası yasalastığı zaman sağlık hizmetleri satılacaktır. Bu satılmadan doğan gelirler ise, büyük hastanelere sahip olan bir avuç sağlık sömürücüsünün eline geçecektir. Doktorlar ve diğer sağlık personeli de bu bir avuç sömürücünün sömürdüğü gerçek emekçiler durumuna geçeceklerdir. Kaldı ki; bugün de kamu kesiminde çalışan doktorun ve sağlık personelinin verilmeyen emeklerinin karşılığını da sermaye çevreleri, kontrollerindeki devletten yararlanarak dolaylı yollardan kredi vb. adlar altında ceplerine indirmektedirler. Durum böyle olunca «Sağlık Personeli haklarını nasıl koruyacaktır?, haklarını nasıl alacaktır?»

Bu konuda işçi sınıfı bize yol göstericidir. İşçi sınıfı uzun yıllar süren mücadelelerden sonra sömürüyü sınırlama, kısıtlı da olsa haklarını alma mücadelesini sendika denilen örgütlerin çatısı altında birlik ve dayanışma içinde vermektedir. Sağlık personeli de günden güne yoğunlaşan sömürüye karşı, sömürüyü sınırlama mücadelesini ancak ve ancak sendikal haklarını aldığı zaman verecektir. Ve yine sağlık personeli, Grevli - Toplu sözleşmeli sendikal hakları alma mücadelesinde kendisini zayıf düşürmeye yönelik bölme çalışmalarına asla itibar etmeyerek, doktoru, hemşiresi, sağlık memuru, hizmetlisiyle birlikte, nasıl sağlık hizmetlerinin üretimini ortak yapıyorlarsa, mücadeleyi de ortak vermektedirler. Vereceklerdir.

Tüm Sağlık Personeli Derneği işte bu mücadelenin içinde doğmuştur. Kamu yönetiminin partizan eğilimler uğruna tedirgin edilmesi, sağlık personeli üzerinde yoğunlaşan yer değiştirme, görevden alma ve görevine son verme biçiminde yapılan ve kamu hizmetleri düzenini bozan, çalışma güvencesini ortadan kaldıran baskılar Tüm Sağlık Personeli Derneği'nin gelişmesini engelleyememektedir. Onbinlerce ilerici, yurtsever Doktor, Hemşire, Sağlık Memuru ve hizmetli TUS-DER bayrağı altında Grevli-Toplu Sözleşmeli Sendikal haklarını alma mücadelesine katılmaktadır.

Grevli-Toplu Sözleşmeli Sendikal haklarımızı tüm çalışanlarla birlikte vereceğimiz mücadele sonunda mutlaka alacağız. O halde; Doktor, hemşire, sağlık memuru, hizmetli yani sağlık emekçisi arkadaş, TUS-DER bayrağı altında, tüm çalışanlarla birlik ve dayanışma içinde,

GREVLİ TOPLU SÖZLEŞMELİ SENDİKA HAKKIMIZ İÇİN İLERİ.....

## araştırma-derleme

### Sosyal Sigortalar Kurumu'nun Sağlık Hizmetleri

*İnt. Dr. Caner İdanev*

#### GİRİŞ

Bu yazıda Türkiye'nin en önemli sosyal güvenlik örgütü olan Sosyal Sigortalar Kurumu'nun kimlere, hangi sağlık hizmetlerini, ne ölçüde götürdüğü incelendi. Varılan sonuçlara göre, iki milyona yakın çalışan ile beş milyonu aşkın eş ve çocuklar, SSK'nın sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Ancak, götürülen sağlık hizmeti bütünüyle sağıtıcı (tedavi edici) hekimlik yönündedir. Koruyucu hekimlik hizmetleri çok yetersizdir. Kurumun elindeki büyük parasal olanaklara karşın, sağıtıcı hizmetler de yeterince verimli ve etkili değildir.

SSK, bildirge vermeyen işyerlerinin izlenmesinde başarı sağlayamamaktadır. Tarım işçileri sigorta kapsamına girmemiştir. Sigorta kapsamında olan işkollarından da, özellikle inşaat işkolunda yüksek oranda kaçak işçi çalıştırılmaktadır. Kadın işçiler arasında kaçak çalıştırılma oranı, erkek işçilerden daha yüksektir.

#### SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirgesi, 1948'de sosyal güvenliği, bireyin, «Yaşlılık, hastalık, malüliyet, dul ve yetimlik, işsizlik ve insan iradesi dışında oluşan başka her türlü risklere karşı güven içinde olmasıdır» diye tanımlamış. Sözü geçen riskler, daha çok ücretli çalışanlar için söz konusu.

İlk sosyal güvenlik örgütü, 1881-1889 yıllarında Almanya'da «Kamu Sigortaları» adıyla kuruldu. Bu ülkeyi Danimarka, Yeni Zelanda, İngiltere, Fransa izledi. ABD'de çok sonraları, 1935'de «Sosyal Güvenlik Kanunu» çıkarıldı.



Sosyal güvenlik kavramının ilk kez 1941'de İngiltere'de Beveridge Planı ile tanımlandığı belirtiliyor. Bu plana göre; devlet, toplumun bütün bireylerine asgari bir yaşama standardı güvencesi sağlamalı ve bireylere aynı zamanda kişisel çabalarıyla bu asgari geçinme sınırının üstünde, bir gelir sağlayabilme olanağı verecek önlemleri almalı idi (1). Aynı görüş, 1948 BM İnsan Hakları Bildirgesi'nde de yer aldı.

## TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK

Sosyal güvenlik hakkı, 1961 Anayasası'nın 48'inci maddesinde şöyle tanımlanıyor: «Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilâtı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir.»

Bu amaçla kurulmuş olan örgütlerden, BAĞ-KUR 850.000 kişiyi kapsamaktadır. 1950'de kurulmuş olan Emekli Sandığı da 1970'de 557.000 kişiyi sigortalamaktaydı. Türkiye'nin en büyük sosyal güvenlik örgütüyse, SSK'dır. 1946'da İşçi Sigortaları adıyla göreve başlayan bu örgüt, 1949 yılında 74 yataklı bir hastaneyle üç dispanser açtı. 1951'de 3 hastane, 7 dispanser, 11 sağlık istasyonu kurmuştu (2). 1965'de adı Sosyal Sigortalar Kurumu olan bu örgütün 1975'de 16.443 yataklı 209 sağlık kurumu var. Yine 1975'de SSK, 1.82 milyon işçiyi sigortalıyor,

## SOSYAL SİGORTALAR KANUNU

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 1965'de yürürlüğe girmiş. Kanunun ikinci maddesi, «Bir hizmet akdine dayanarak, bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar, bu kanuna göre sigortalı sayılırlar» diyor. Ancak, üçüncü maddeyle, bu nitelikleri taşıyan kimi işçiler, örneğin tarım işçileri sigorta kapsamı dışında bırakılıyorlar. En çok sosyal güvenliğe gereksinmesi olan, güç koşullar altında çalışmak zorunda kalan tarım işçilerinin sigorta kapsamı dışında bırakılması, en azından anayasanın eşitlik ilkesine uymamakta.

Kanunda sigortalar altı başlık altında toplanıyor:

1 — İş kazası ve meslek hastalığı, 2 — Hastalık, 3 — Analık, 4 — Malûllük, 5 — Yaşlılık, 6 — Ölüm sigortaları.

Kanunun sekizinci bölümü primlerden söz ediyor. Bilindiği gibi, kurumun en önemli gelir kaynağı olan primleri işçi ve işveren ortak olarak ödemekte. Primlerin, işçi ücretinin yüzdesi olarak, oranları şöyle :

	İşçiden	İşverenden	Toplam
İş kazası-meslek hastalığı	0	0,5-6 (Tehlike sınıfına göre)	0,5-6
Hastalık	5	6	11
Analık	0	1	1
Malûllük - Yaşlılık - Ölüm	6	7	13
<b>TOPLAM :</b>	<b>11</b>	<b>11,5-20</b>	<b>25,5-31</b>

Yani, prim gelirlerinin % 34,8 - 43,1'i sigortalının ücretinden kesiliyor, % 56,9 - 65,2'si de işverence ödeniyor. Ama, işverenlerin bir kısmı prim borçlarını kuruma ödememekte. 1975 yıl sonu bilançosuna göre, işverenlerin prim borçları üç milyar dokuzyüz milyon TL'na ulaşmış. Bu rakamın yüksekliği, SSK'nın bu konuda yeterli denetimi yapamadığını düşündürüyor.

Sosyal Sigortalar Kanunu'nun bir kaç ilginç maddesi de şunlar :

- \* 123'üncü maddeye göre, kurumun sağlık kurumları, eczaneler, ilâç fabrikası açma yetkisi var.
- \* 124'üncü maddeye göre, kurum istediği zaman sigortalıları muayene edebilir, koruyucu önlemler alabilir.
- \* 130'uncu madde ile de kuruma yasanın uygulanıp uygulanmadığının denetlenmesi yetkisi verilmiş.

Bu maddeler şimdikinden daha dikkatli uygulanır, daha etkin bir duruma getirilirse, SSK'nın sağlık hizmetlerinin de daha olumlu yönleneceğini sanıyoruz.

Sosyal Sigortalar Kanunu ile ilgili olarak yüksek mahkemelerden çıkmış kararlar bir kitapta derlenmiş (3). Bu kararların hangi maddeler için daha çok verildiğine baktığımızda ilginç sonuçlar elde ediyoruz. Bu kararların % 17,36'sı, yani 622 kararın 108'i 79. maddeyle ilgili. Bu maddeye göre, işveren gerekli belgeleri kuruma vermezse, kurum ölçümleme ile prim tutarını saptıyor. Bu prim miktarına itiraz eden işveren de Prim İtiraz Komisyonuna başvurabiliyor.

Yüksek mahkeme kararlarını yasanın bölümlerine göre ayırırsak, kararların % 32'sinin primlerle ilgili olduğunu görüyoruz (Tablo. 1). Burada, hukuk alanında bu yasanın en çok tartışılan bölümünün primler olduğu anlaşılıyor.



Tablo. 1. Yüksek Mahkeme Kararlarının Sosyal Sigortalar Kanununun Bölümlerine Göre Dağılımı

Kanunun ilgili bölümü	Verilen karar sayısı	%
VIII — Primler	198	31,83
II — İş Kazası - Meslek Hast. Sig.	185	29,74
I — Genel Hükümler	82	13,18
X — Ortak Hükümler	52	8,36
III — Hastalık Sigortası	44	7,08
Öteki Bölümler	61	9,81
<b>T O P L A M</b>	<b>622</b>	<b>100,00</b>

Bugün Sosyal Sigortalar Kurumu, Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı bir genel müdürlük olarak çalışıyor. 39 şubesi, 66 ödeme bürosu, 3 bölge sağlık müdürlüğü, 4 prim itiraz komisyonu, belli başlı idari örgütünü oluşturmaktadır. SSK'da 1975'de 39.567 kişi çalışmakta. Sağlık personeli, bu kadronun % 62,24 kadarını kapsıyor. SSK'da çalışanların içinde sağlık personelinin oranının giderek azalması dikkati çekiyor (Tablo. 2.).

Tablo. 2. SSK Personeli

Yıllar	SSK personeli	SSK sağlık personeli	Sağlık personelinin oranı (%)
1973	32.195	20.775	64,37
1974	35.617	22.220	62,39
1975	39.567	24.628	62,24

Kaynak : SSK 1973-1974-1975 Çalışma Raporları ve Bilançoları

SSK gelirleri 1975 yılında 15,58 milyar TL'na ulaşmış. Gelirlerin % 86'sını prim gelirleri oluşturmaktadır (Tablo. 3.). Ancak, prim tahsil oranının yüksek olduğu söylenemez, % 86,02. İşverenlerin prim borçlarının 3,895 milyar TL. olduğunu burada yeniden düşünmek gerekir sanıyoruz.

Tablo. 3. SSK 1975 Gelirleri Dağılımı

Gelir türü	Miktarı (milyar TL.)	Oranı (%)
Prim gelirleri	13,49	86,59
Tahvil-Tasarruf Bonusu	1,17	7,51
Faiz	0,41	2,63
Kira	0,19	1,22
Çeşitli	0,32	2,05
<b>TOPLAM</b>	<b>15,58</b>	<b>100,00</b>

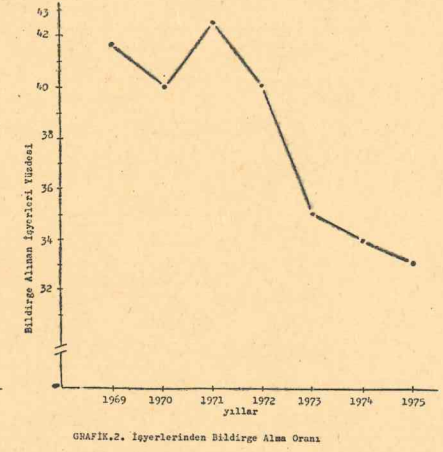
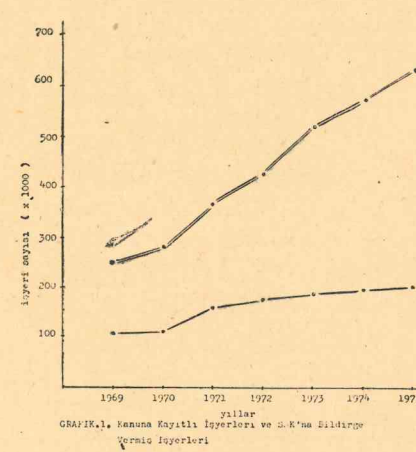
Kaynak : SSK 1975 Çalışma Raporu ve Bilançosu.

Kanun kapsamına kayıtlı işyerleri sayısı, 1975'de altı yüz elli bine yakın. Ama bu işyerlerinden bildirge vermiş olanların sayısı ikiyüz bini ancak geçiyor. Bildirge verme oranı, 1969'da % 41,72 iken, 1975'de % 31,97'ye düşmüş. Son yedi yıllık bildirge verme oranı ortalaması da ancak % 37,83 olabilmış. (Tablo. 4. ve Grafik. 1., 2.).

Tablo. 4. Kanun Kapsamına Kayıtlı İşyerleri ve Bildirge Vermiş İşyerleri

Yıllar	Kanun Kapsamındaki İşyerleri	Bildirge Vermiş İşyerleri	Bildirge Verme Oranı (%)
1969	248.473	103.652	41,72
1970	279.405	109.391	39,15
1971	364.240	154.812	42,50
1972	429.453	174.344	40,60
1973	526.305	184.427	35,04
1974	578.714	195.429	33,86
1975	642.672	205.441	31,97
		7 yılın ortalaması :	37,83

Kaynak : SSK 1974-1975 Çalışma Raporları ve Bilançoları



Bildirge verme oranının düşük olmasının bir nedeni olarak, kayıtlı işyerlerinden bazılarının kapanmış olması gösterilebilir. Ancak bu neden, işyerlerinin üçte ikisi gibi çok yüksek bölümden bildirge alınmamasının tek nedeni olamayacağı gibi, oranın giderek düşmesini de açıklayamaz. Bildirge alma oranının düşüklüğü, SSK kayıtlarında şu nedenlere bağlanıyor (4) :  
«a — Kanun kapsamındaki işyerlerinden, mevsimlik ve muvakkat olanları yılın belirli aylarında faaldir ve işçi çalıştırmazlar. Bu nedenle her ay bildirge alınmamaktadır. Örneğin, inşaat sektöründeki işyerleri, bildirge verme oranı en düşük işkolu olmaktadır.



b — Faal olduğu ve kanun kapsamına alındığı halde, işyerlerinin her ay vermeleri gerekli aylık bildirgeleri yasal süre içinde vermeyen işverenlerin takibi ve bildirge alma işlemleri şubelerce yavaş yapılmaktadır.

c — Bir işçi çalıştıran işyerlerinin kapsama alınmaları sonucu artan işyerleri sayısı bakımından işyerlerinin takibi zor olmaktadır. (Altını ben çizdim - CF).

Buradan da anlıyoruz ki, SSK, işyerlerinin ve işverenlerin denetimini yeterince yapamadığını bilmekte. Yukardaki gerekçeler her yılın çalışma raporunda yineleniyor. Ama, her nedense SSK bir türlü bildirge verme oranının azalmasını önleyemiyor.

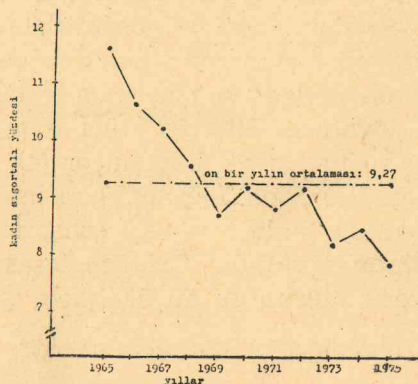
Sigortalı işçilerle ilgili bir başka ilginç veri de, sigortalı kadınların durumu oluyor. Sigortalılar arasında kadınların oranı çok düşük. Son on bir yıl ortalamasına göre sigortalıların ancak % 9,27'si kadın. Üstelik bu oran yıldan yıla azalmakta. 1965'de kadınların oranı % 11,64 iken, 1975'de bu rakam % 7,85'e kadar düşmüş. (Tablo. 5., Grafik. 3 ve 4.) Güçleşen ekonomik

Tablo. 5. Sigortalılar Arasında Kadınların Yüzdesi

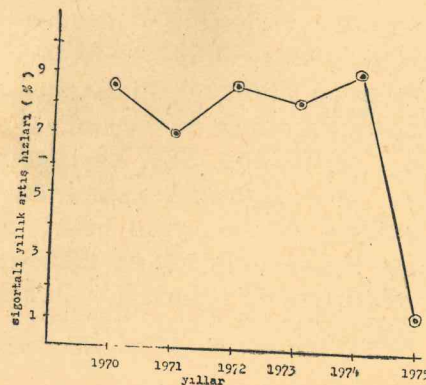
Yıllar	Kadın Sigortalı Yüzdesi
1965	11,64
1966	10,64
1967	10,22
1968	9,55
1969	8,72
1970	8,93
1971	9,04
1972	8,90
1973	7,99
1974	8,46
1975	7,85

on bir yılın ortalaması : 9,27

Kaynak : SSK 1974-1975 Çalışma Raporları ve Bilançoları



GRAFİK 5. Sigortalı İşçiler İçinde Kadınların Yüzdesi



GRAFİK 6. Sigortalı Yıllık Artış Hızları

koşullar nedeniyle artması gereken kadın işçi oranının azalması, ancak, kadın işçilerin erkeklerden daha fazla kaçak çalıştırılması ile açıklanabilir.

SSK'ya kayıtlı işçi sayılarının yıllık artışlarına baktığımızda da, 1974'te % 9,15 olan yıllık artış hızının 1975'de % 1,30'a düştüğünü görüyoruz (Tablo. 6. Grafik. 5.).

Tablo.6 . Sigortalı İşçi Sayıları

Yıllar	Sigortalı Sayısı	Yıllık artış hızı (%)
1950	342.000	—
1955	533.216	11,18
1960	620.900	3,29
1965	921.428	9,68
1970	1.313.500	8,51
1971	1.404.816	6,95
1972	1.525.012	8,56
1973	1.649.079	8,14
1974	1.799.992	9,15
1975	1.823.338	1,30

Kaynak : SSK 1974-1975 Çalışma Raporları ve Bilançoları

Tablo. 7. Kadın-Erkek Sigortalı İşçiler

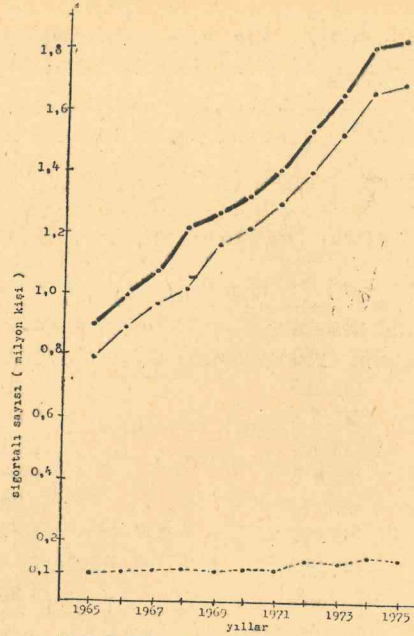
Yıllar	Kadın Sigortalı	Erkek Sigortalı	TOPLAM
1965	104.278	791.524	895.802
1966	105.540	885.970	991.510
1967	109.256	960.131	1.069.387
1968	115.184	1.090.991	1.206.175
1969	109.975	1.151.881	1.261.856
1970	117.284	1.196.216	1.313.500
1971	116.449	1.288.367	1.404.816
1972	135.663	1.389.349	1.525.012
1973	131.860	1.517.219	1.649.079
1974	152.316	1.647.682	1.799.998
1975	143.176	1.680.162	1.823.338

Kaynak : SSK. 1975 Çalışma Raporu ve Bilançosu.

## SİGORTA HİZMETLERİ

Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre, «İş kazalarıyla meslek hastalıkları, hastalık, analık, malûllük, yaşlılık ve ölüm hallerinde bu kanunda yazılı şartlarla sosyal sigorta yardımları sağlanır» (Madde. 1.). Bu amaçla kurulan SSK da hizmeti yürütebilmek için, kendi sağlık örgütlenmesini sağlamak zorunda kaldı; çünkü bu hizmete yetecek sağlık örgütlenmesi Türkiye'de yoktu. Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri değil yeni bir ücretsiz hizmeti karşılamak, varolan gereksinmeye yetmemekteydi.





SSK, kendi sağlık örgütlenmesini yaparken, hizmet götüreceği kesimin özel sağlık sorunlarını hiç gözönüne almadı. Hizmetin işçi sağlığına yönelik olmaması, verimi çok düşürdü ve düşürmekte.

SSK sigorta giderleri içinde, iş kazası ve meslek hastalıklarına ayrılan pay da giderek azalmakta. Eğer Türkiye'de iş güvenliği sağlanmış olsa, meslek hastalıklarının tanısı ve sağlığını üzerinde yeterince duruluyor olsa, bu gelişme olumlu sayılırdı. Ancak bugünkü koşullarda, iş kazası-meslek hastalıkları sigortasının giderinin payındaki azalmayı biz, bu konuya gereken önemin verilmemesi ile açıklıyoruz. (Tablo. 8.).

**Tablo. 8. Sigorta Giderleri İçinde İş Kazası - Meslek Hastalıkları Sigortasının Payı**

Yıllar	A) Toplam Sigorta Giderleri (Milyar TL.)	B) İş kazası-meslek hastalığı sigortası gideri (milyar TL.)	B/A (%)
1973	8,37	0,75	8,95
1974	7,95	0,54	6,79
1975	10,81	0,50	4,60

Kaynak : SSK 1974-1975 Çalışma Raporları ve Bilançoları.

SSK'nun en çok kişiyi kapsayan sigortası, hastalık - analık sigortası oluyor. 1975'te bu sigortadan yararlananlar 7,28 milyon kişiye ulaşmış. Ama işin bir püf noktası var. Bu 7,28 milyon kişinin tümünün sigortadan yararlanma oranları aynı değil. Bunu, kişi başına yararlanma oranlarına bakarak anlayabiliyoruz. Bir işçi yılda 4 kez hastalık sigortasından yararlanmakta. Ama eş ve çocukları, yılda bir kez bile bu sigortadan yararlanamıyorlar (Tablo. 9.).

**Tablo. 9. Hastalık Sigortasından Yararlananlar ve Kişi Başına Yararlanma Oranları (1975)**

Hastalık sigortası kapsamına girenler	milyon kişi	Yılda kişi başına yararlanma
Sigortalı işçiler	1,823	4,00
Eş ve çocuklar (hesabi)	5,3	0,75
Malütlük, yaşlılık, sürekli işgöremezlik geliri alanlar	0,154	3,39

Kaynak : SSK 1975 Çalışma Raporu ve Bilançosu.

SSK'nın sigorta hizmetleriyle ilgili rakamlar, Türkiye'de iş kazalarının çok yüksek oranda görüldüğünü de ortaya koyuyor. 1975'te her on sigortalıdan birisi iş kazası geçirmiş (5). Sigortalı işçilerin, aslında iş güvenliği en yüksek olan işçiler olduğu düşünülürse, kaçak ve sigorta kapsamı dışında tutulmuş işçiler arasında iş kazalarının daha da yüksek olduğu rahatça söylenebilir.

İş kazalarının bu denli yüksek olmasına karşın, meslek hastalıkları sayısı çok düşük. İki milyona yakın sigortalı işçi içinde 1975'te ancak 305 meslek hastalığı tanısı konabilmiş. 1974'te 221, 1973'te 159 meslek hastalığı görülmüş. Eğer Türkiye'de iş güvenliği sağlanmış, işçiye koruyucu sağlık hizmeti götürülmüş olsaydı, bu rakam sevindirici olurdu. Ama bugünkü koşullarda, meslek hastalıklarının az görülmesi, olsa olsa tanı konamamasından, meslek hastalıklarının yakalanamamasındandır. Bu düşüncenin bir kanıtı da şu : Son yıllarda tanısı konan meslek hastalıklarının tümü de akciğer hastalıkları. Eğer sağlıklı denetlemeler yapılabilse, başka tür hastalıkların görülmemesi olanaksız. Ayrıca, 1975'te görülmüş 305 meslek hastalığından 301 tanesi, madenle ilgili işyerlerinde saptanmış. Buradan, maden işyerleri dışında meslek hastalıklarının denetlenmediği ortaya çıkıyor.

Sonuç olarak; SSK'nın sigorta hizmetleri nitelikçe olsun, nicelikçe olsun yetersiz kalmaktadır.



## SAĞLIK KURUMLARI

**SSK Sağlık Örgütü :** 1975 rakamlarına göre, SSK'nın 209 sağlık kurumu, 16.443 yatağı, 24.628 sağlık personeli var (Tablo. 10.) Yine 1975'te 10.000 sigortalı başına 87 yatak düşüyor. Sağlık kurumları fiili giderleri, 1975'te 2,015 milyar TL. olmuş. Sigortalı ailesi başına sağlık kurumu gideri olarak 1105 TL. düşüyor.

Tablo. 10. SSK Sağlık Kurumları

Kurum	Sayı	Yatak Sayısı
Hastane	63	14.547
Sanatoryum	3	1.896
Dispanser	64	—
Sağlık İstasyonu	79	—
TOPLAM	209	16.443

Kaynak : SSK 1975 Çalışma Raporu ve Bilançosu.

**SSK Sağlık Personeli :** Kurum personelinin % 60'tan fazlasının sağlık personeli olduğunu belirtmiştik. Bu personelin dağılımı Tablo. 11.'de görülüyor. Tablodan anlaşıldığına göre, SSK'nın elindeki eczacı ve diş hekimleri oldukça az.

Bunlardan başka, SSK'nın anlaşmalı çalıştığı hekim ve kurumlar da var. 1975'te 347 hekim, 927 kurum hekimi, 28 röntgen uzmanı, 170 diş hekimi, 20 sağlık kurumu SSK ile anlaşmalı çalışmaktalar.

1975'te toplam 4469 hekim SSK için çalıştığına göre, bir hekim başına 408 sigortalı aile düşmekte. Türkiye için bu rakam oldukça olumlu. Yine 1975'te SSK'nın toplam 302 diş hekimi var. Her diş hekimine 6.038 sigortalı aile düşüyor.

Tablo. 11. SSK Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	Sayı
Uzman hekim	2.218
Pratisyen hekim	510
Asistan hekim	439
Diş hekimi	132
Eczacı	256
Memur	874
İşçi	20.199
TOPLAM	24.628

Kaynak : SSK 1975 Çalışma Raporu ve Bilançosu.

**SSK Sağlık Hizmetleri :** Kurumun sağlık hizmetlerinde iki önemli gösterge olarak, sigortalı başına düşen yatak - gün ve sigortalı başına düşen poliklinik sayılarını alabiliriz. Bu iki göstergeden, son üç yıllık sağlık hizmetlerinde önemli bir değişiklik olmadığı söylenebilir (Tablo. 12.). 1975'te sigortalı başına yaklaşık iki yatak - gün, yine sigortalı başına sekiz poliklinik düştüğünü görüyoruz.

Tablo. 12. SSK Sağlık Hizmetleri

Yıllar	Sigortalı başına yatak-gün	Sigortalı başına poliklinik
1973	1,93	8,64
1974	1,78	7,98
1975	1,94	8,33

Kaynak : SSK 1974-1975 Çalışma Raporları ve Bilançoları.

## SONUÇ

Sosyal Sigortalar Kurumu, çalışanlara önemli haklar sağladığı iddiasında. Ancak, konuya biraz daha yakından bakıldığında, gerçeğin böyle olmadığı görülüyor. Birincisi, tarım işçileri gibi kimi işçiler yasa kapsamına girmiyorlar. Bu yüzden yasanın çağdaş sosyal güvenlik kurallarına uygun olduğu söylenemez. İkincisi, yasa uygulanmıyor. İşverenler bildirge vermekten kaçındıkları için, inşaat gibi bir çok işkolunda işçiler kaçak çalışmak zorunda bırakılıyor. Milyonlarla sayılan kişinin işsiz gezdigi bir ülkede, işverene sigorta için direktmek çok zor. Kaçak işçiler konusunda SSK müşaviri sayın Selahattin Turla şöyle yazıyor : «Günümüzde yasal istisnaların dışında hizmet bağıtı ile çalışan yüz binlerce yapı işçisi, apartman kapıcısı, tezgahhtar, garson, hamal, çırak, şöför, kalfa, bağımsız olarak çalışan esnaf, sanatkar, vs... halâ Anayasal sosyal güvenlik hakkından yararlanır duruma getirilememiştir.

Çünkü unutulmuşların bu bölümü, genellikle demokratik düzende baskı unsuru olma niteliğini sağlayacak örgütler (sendika, federasyon, konfederasyon, dernek, cephe, oda, birlik, baro vs.) kuramadıkları için, seçimlerde ülkenin en büyük oy potansiyeli olmalarına rağmen, bu Anayasal haktan, modern anlamda insanlık hakkından yoksun bırakılmaktadırlar.» (6).

Üçüncüsü, kadınların kaçak çalıştırılma oranı daha da yüksektir. Bunu, sigortalılar içinde kadınların oranının çok az olmasından anlıyoruz. Üstelik bu oran yıldan yıla azalıyor. Gerek kadın, gerek erkek işçilerin kaçak çalıştırılmamaları içinse, SSK'dan ciddi bir çaba gelmiyor. Dördüncüsü, işyerlerinin de-



netimi sağlıklı bir biçimde yapılamıyor. Bunu da, bildirge verme oranının düşük olmasından, giderek de azalmasından anlıyoruz.

Beşinci olarak da çırakların sosyal güvenlikten yoksun olması dikkati çekiyor. Küçük yaştan başlayarak çalışmak zorunda kalanlar, hiç bir sigortadan yararlanamamakta. Bu konudaki boşluğun da doldurulması gerekiyor.

Bütün bu gerçeklerin ışığında, SSK'nın çalışanların ancak bir kısmına hizmet götürdüğü, şimdilik Türkiye'de çalışan kişilerin ancak en örgütlü kesimlerinin sosyal güvenlik haklarını elde edebilmiş olduğu ortaya çıkıyor.

SSK, bir çok ülkedeki uygulamanın tersine, kendi sağlık örgütünü kendisi kurup işletiyor. Prim gelirleri oldukça yüksek, böylece sağlık hizmetlerine çok para ayrılabilir. Daha yüksek ücret verebildiği için de, SSK, öteki sağlık örgütlerinden hekim çekebiliyor. Bu yüzden SSK'da hekim sayısı yeterli görünüyor. Öte yandan SSK'nın sağlık için büyük paralar harcaması, kamuoyunda «İşçilerin sağlık sorunları çözümlendi» izlenimini yaratıyor. Oysa durum o kadar parlak değil. Sağlık hizmetlerinin niteliği hiç de yeterli değil. Bunun temel nedeni, koruyucu hizmetlere hiç önem verilmemesi. SSK'nın koruyucu hekimliğe hiç önem vermediğini hizmetin şu özelliklerinden anlıyoruz:

— İşe giriş muayeneleri yapılmıyor. Bilindiği gibi, İş Kanunu, ağır ve tehlikeli işlerde işe giriş ve aralıklı muayeneleri yapmakla görevli kuruluşlar arasında SSK'yı da sayıyor. İş Kanunu'nun 79. maddesine göre, bu muayeneleri, işyeri hekimi, İş Sağlığı Dispanserleri, bunların olmadıkları yerlerde de sırayla SSK, sağlık ocağı, hükümet ya da belediye hekimleri yapmak zorunda. Ama bu kuruluşların İşçi Sağlığı Dispanserleri hiç kurulmamış, öteki kuruluşlar da bu görevi hiç üstlerine almamışlar.

— Ana - çocuk sağlığı ve nüfus planlaması hizmetleri verilmiyor. Analık sigortasının sağladığı hizmetler de yeterli sayılamaz.

— Sağlık personeline iş sağlığı konularında eğitim yapılmıyor.

Koruyucu hekimliğe önem verilmeyişinin sonucu olarak, meslek hastalıklarının tanısı yeterince konulamıyor, iş kazaları yüksek oranda görülüyor, SSK polikliniklerinde ilaç tüketimi çok fazla oluyor. Bütün bu nedenler, sağlık hizmetinin maliyetini çok yükseltiyor. Yani, sigortalı işçi, ödediği paranın tam karşılığını sağlık hizmeti olarak alamıyor.

Bütün bunlardan başka, SSK'nın konusuyla ilgili öteki kuruluşlarla ortak çalışma yapamadığı görülüyor. İşyeri hekimle-

riyle olsun, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM) ile olsun, işbirliği kurulamamış durumda. SSK, yalnızca hasta olduğunu söyleyerek gelen sigortalının muayene ve tedavisi ile ilgileniyor.

## ÖNERİLER

SSK sağlık hizmetlerinin işçilere daha yararlı olabilmesi için neler yapılmalı? Bu sorunun yanıtını iki başlık altında toplayabiliriz :

1 — Kısa dönem için öneriler,

2 — Uzun dönemde gerçekleştirilecek temel öneriler.

1 — Kısa dönem için öneriler :

a — Sağlık hizmetlerinin doyurucu bir düzeye getirilmesi için alınacak önlemler. Bunları şöyle sıralayabiliriz :

— Muayene süresi arttırılmalı. Bugün SSK'nda hekim sayısı yeterli olduğu halde hekim dağılımı bozukluğu nedeniyle, 50-60 hasta iki-üç saatte muayene edilmekte. Bu kadar sürenin hasta muayenesine yetmeyeceği ortada.

— Hekimlere iş kazaları, meslek hastalıkları konularında eğitim verilmeli.

— Kurum içi denetim arttırılmalı, bütün personelin, özellikle de hekimlerin tıbbi ve idari yönden denetlenmesi gerekiyor. Böylece, zaman zaman büyük gazetelere dek yansıyan yolsuzluk söylentileri de ortadan kalkacaktır (7).

b — Koruyucu hekimliğe önem verilmesiyle ilgili uygular. Bunlar da şöyle sıralanabilir :

— İşe giriş muayeneleri yapılmalı,

— Ana - çocuk sağlığı ve nüfus planlaması programları uygulanmalı,

— Erken tanı amacıyla aralıklı muayeneler yapılmalı,

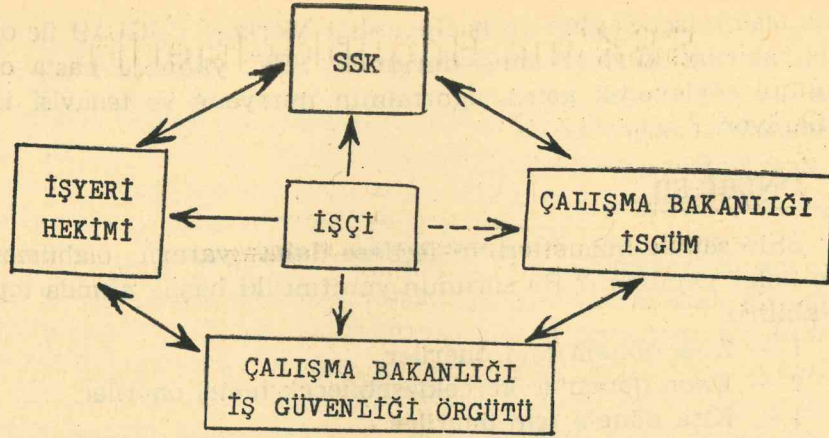
— Hekimler koruyucu hekimlik yönünden eğitilmelidir.

c — İşverenlerin denetimi, işyerlerinin denetimi sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi, yasa kapsamına giren işçilerin kaçak çalıştırılmaları önlenmelidir.

d — SSK'nın ilgili kuruluşlarla işbirliği yapması sağlanmalıdır. Bu öneriyi bir sonraki sayfadaki şemada görebilirsiniz.

Bugünkü uygulamada, işçi yalnızca hasta olduğu zaman SSK'ya başvurabilmekte. İşyeri hekimleri de çoğu zaman sağlık hizmeti götürecekleri yerde, sevk kağıtlarını imzalayan kişi olarak kalmaktalar. Önerilen yeni durumda, işyerinin koruyucu hizmetleri işyeri hekiminin sorumluluğunda olmakta. Sağlam işçiye işyeri hekimi, hasta işçiye SSK sağlık hizmeti götürmekte. Aynı zamanda, SSK ile işyeri hekimi işbirliği halinde





çalışmaktalar. İSGÜM ve İş Güvenliği Örgütü de ortak çalışmaya katılmaktalar. İşçi, bazı durumlarda bu iki örgüte de doğrudan başvurabilmekte.

**2 — Uzun dönemde gerçekleştirilebilecek temel öneriler :**

a — Sosyal güvenlik, tüm çalışanları içerecek geniş kapsama kavuşturulmalı, bunun için gerekli yasal değişiklikler yapılmalı,

b — Sağlık hizmetleri için bütün Türkiye'yi kapsayan bir tek örgüt kurulmalı, SSK'nın sağlık kuruluşları da bu örgüte devredilmelidir. Bu örgüt herkese parasız sağlık hizmeti sağlamalıdır. Bu da ancak sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesiyle olabilir, sanıyoruz. Böyle bir uygulamayla kaynaklar akılcı ve planlı olarak kullanılabilir, herkese gereksinmesine göre sağlık hizmeti verilebilir.

**KAYNAKÇA**

- 1 — ÇUBUK, Doç. Dr. Ali; Sosyal Politika - Sosyal Güvenlik - Sosyal Sigortalar ve İş Hukuku, AİTİA, Ankara, 1975
- 2 — YÖRÜKOĞLU, Doç. Dr. Nihat; SSK'nda Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi, SSK Bülteni, Sayı. 1. ve 2., Ocak-Şubat ve Mart-Nisan 1975
- 3 — ÖNOL Metin. PUSAT Ziya Gökalp; ACARBAY Yılmaz; Sosyal Sigortalar Kararları, Ankara, 1970
- 4 — a) SSK 1973 Çalışma Raporu ve Bilançosu, Ankara, 1974  
b) SSK 1974 Çalışma Raporu ve Bilançosu, Ankara, 1975  
c) SSK 1975 Çalışma Raporu ve Bilançosu, Ankara, 1976
- 5 — a) SSK 1973 İstatistik Yıllığı, Ankara, 1974  
b) SSK 1974 İstatistik Yıllığı, Ankara, 1975  
c) SSK 1975 İstatistik Yıllığı, Ankara, 1976
- 6 — TURLA Selahattin; Sözümona Zorunluluk, Cumhuriyet Gazetesi, 17 Mayıs 1976, sayfa. 2.
- 7 — SAĞANAK Aykut; Maden İşçilerinin Sağlığı Üzerinde Oynanan Oyunlar 1-2-3, Cumhuriyet Gazetesi, 17-18-19 Mayıs 1976.
- 8 — TOPUZOĞLU Dr. İsmail; TONGUÇ Dr. Engin. Çalışma Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Tüm-Sağlık Bakımı Projesinin Getirdiği Yenilikler, Sigorta Sağlık Dergisi, yıl: 15 no: 2, 1973.

## SSK'nın Bugünkü İşlerliği

*İzmir Tıbbi Odası  
Halk Sağlığı Bürosu  
İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Ekibi*

SSK işçi güvenliğini sağlamak amacıyla kurulmuştur. 1946'da «İş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası» 1950'de «Hastalık ve analık sigortası» ve «İhtiyarlık sigortası» gerçekleşmiş, bunlar 1964 yılında 506 sayılı yasa ile hükme bağlanmıştır. Kurum çalışmalarında genellikle özerk bir niteliğe sahiptir

Kurumun üst kademesinde görev yapan bir müdürler kurulu vardır. Bu kurul yönetim kurulu niteliğinde olup, 2 işveren, 2 işçi, bir hükümet, bir de kurumda çalışanların seçtikleri kişiden oluşmuştur. Ve kurum genel müdürü de başkanlık eder. İlk göze çarpan 7 kişilik yönetim kurulunun 4 kişisinin işveren ve bürokratik kesimden gelmiş olması gerçeğidir. 2 işçi Türk-İş tarafından atanır. Kurumu çalışanlarının seçtiği temsilci dışında, demokratik yöntemlerle yönetim kuruluna gelen bir tek kişi yoktur. İşçi primleri ile işçinin geleceğini ve sağlığını güvence altına almak için kurulmuş olan bu kurumda; yönetimin burjuvazi ve onun hizmetinde olan bürokrasinin elinde olduğunu görüyoruz.

SSK'nın 1974 yılı geliri 10,5 milyar lirayı bulmaktadır. Kuruma ödenen primlerin % 55'inin işveren tarafından ödendiği gözükmekteyse de, aslında işveren bu ödediği primi masraf hanesine kaydederek devlete verdiği vergiden düşmektedir. Oysa işçi doğrudan doğruya primi devlete ödemekte karşılığında da yalnızca sosyal güvenliğinin sağlanmasını beklemektedir.

SSK gelirinin % 47,5 gibi bir oranı işçi sağlık harcamaları, diğer sigorta harcamaları, yönetim giderleri, emlak, bakım, işçi meskenleri vb. yerlerde de kullanılmakta geriye kalan % 52,5'lik bir birikimin bir kısmı ihtiyat akçesi olarak bankalara yatırılmakta, bir kısmıyla devlet tahvilleri satın alınmaktadır.

Kısaca işveren işçisi için ödemiş görüldüğü primleri hem devlete ödediği vergiden düşmekte, hem de kredi olarak tekrar kullanma olanağına kavuşmaktadır. Kurumun işçi güvenliğinden tasarruf ederek özel sektör hizmetine sunduğu olanaklar 20 milyar TL'yı bulmaktadır. Bu büyük bir sayıdır ve milli gelir dağılımında işçiye ayrılmış pay olarak görünen bölümden yine işverenin kesesine dönen kısmı göstermektedir.

Mali blâncosunu kısaca verdığımız SSK'nun bakım ve sa-



ğıtımının nasıl olduğunu yaptığımız anketle araştırdık. Sorularımıza şu yanıtları aldık :

- % 22,3 SSK'da bakım ve sağıtım çok iyidir.
- % 35,6 Sağlık personeli iyi çalışmadığı için yeterli değildir.
- % 37 Sağlık personeli az, hasta sayısı çok olduğu için yeterli değildir.
- % 1,4 SSK'nun mali olanakları az olduğu için yeterli değildir.

Görüldüğü gibi işçilerin % 78'i SSK hastanelerinden memnun değildir. Bunun nedenlerinin başında doktor sayısının çok az olması ve hasta sayısının fazla olması gelmektedir. Polikliniklerde bir doktora yüzlerce hasta düşmekte, mesai saatleri içinde her hastaya bakabilmek için doktorun yalnız hastanın yakınmasına göre ilaç yazdığı, muayene bile etmediği olmaktadır.

SSK'nun bazı kanun maddelerini gözden geçirelim.

Madde 2 : «Bir hizmet akdine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar bu kanuna göre sigortalı sayılırlar. Bu kanunda belirtilen sosyal sigorta yardımlarından sigortalılar ile bunların eş ve çocukları ve sigortalıların ölüm-lerinde bu kanuna göre hak sahibi kimseleri yararlanırlar.»

Bu madde sigortalı sayılabilmek için istem aramamış, sadece işveren yararına çalışmış olmayı yeterli saymıştır. Çalıştırılanlar için bir yaş sınırı koymamış, hizmet sözleşmesi aramamıştır.

Madde 6 : «Çalıştırılanlar, işe alınmalarıyla kendiliğinden sigortalı olurlar. Sigortalılar ile bunların işverenleri hakkında sigorta hak ve yükümleri sigortalının işe alındığı tarihten başlar. Bu suretle sigortalı olmak hak ve yükümünden kaçınılamaz ve vazgeçilemez.»

Bunun anlamı, yasa koyucu sigortalı olmak için işe alınmayı biricik koşul saymaktadır. Yasa ancak hizmet sözleşmesi ile çalışanlar sigortalı sayılabilir dememektedir.

16 yaşından küçük, 16-18 yaş arasındaki çocukların hizmet sözleşmesi olmadığı için sigortalı sayılmamaları, bazı iş yerlerinde boğaz tokluğuna çalışan, kendisine yer açılmasını bekleyen işçilerin hizmet sözleşmesi yoktur diye SSK Yasasından yararlanmaması daha önce söylediğimiz madde 2 ve 6 ile çelişmektedir.

İşçi çalıştıran her işyeri yasal olarak işyeri bildirgesi vermek zorundadır. Bu güne kadar Türkiye'de işyerlerinin bir çoğu kaçak işçi çalıştırmakta direnmiş, bildirimde bulunmamış, bunların sayıları gittikçe artmıştır.

Kaçak işçi çalıştıran işyeri oranı (%)

1971	57
1972	59
1973	65
1974	66

Kaçak işçi oranı her geçen gün daha çok artmaktadır. İşverenin bu kaçak işçiler için ödemesi gereken sigorta primi işverenin cebine kalmaktadır. Buna bir de düşük ücret uygulaması eklenince işverenin ne kadar kârlı çıkacağı anlaşılır.

Bazı kimseler «işveren işçinin iş kazasına uğraması nedeniyle kurumun yaptığı tüm giderleri ödemektedir, öyleyse işvereni hapis cezası altında tutmak yersizdir» demektedirler. Bu kabul edilemez. Ödenen tazminatlar hiç bir zaman işçinin yaşamından yitirdiklerinin karşılığı olmamıştır.

Ayrıca eli kopan, gözü kör olan bir işçinin hayat boyu çekeceği acıları ödeyebilir mi? Bir yanda işverenin ihmali ile kopan kol, bacak, parmak, kör olan göz, sağır olan kulak, ruh sağlığını yitirmiş vücut, diğer yanda ihmalcinin paraları.

SSK'nun 3. maddesi sigortalı sayılmayanları sıralamıştır. Bunlardan bazıları :

A) Tarım işlerinde çalışanlar (tarım sanatlarına ait işlerde veya tarım işyerlerinde yapılan ve tarım işlerinden sayılmayan işlerde yahut tarım işyeri sayılmayan işyerlerinin park, bahçe, fidanlık ve benzeri işlerinde çalışanlar hariç).

Örneğin: nişasta elde etmek, bitkisel yağ elde etmek, sirke, pekmez, şarap elde etme tarım sanatı sayılıyor, nişasta elde edenler sigortalı, nişastanın hammaddesini buğday, pirinç, mısır üretenler sigortasız sayılıyor.

Tarım işlerinde çalışanlar sözünden tarım işçileri anlaşılmalıdır. Üretime emeğinden başka katkıda bulunmayan tarım işçilerinin durumu Anayasanın 48. maddesine aykırı düşmektedir. «Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin görevlerindedir.»

D) Ev hizmetlerinde çalışanlar,

H) Meslek ve sanat okullarında tatbiki mahiyette yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler.

I) Yalnız ceza ve ıslah evleri içindeki atelyelerde çalışan mahkûmlar vb.

Ayrıca Türk uyruklu olmayanlar, çıraklar, sakatlık ve emekli aylığı alanlar eksik sigortalı sayılırlar.

Emek gücünden başka bir şeye sahip olmayan işçiye karşılık, sermaye yoğunlaşmış bir toplumsal güçtür. Dolayısıyla



sermaye ile emek arasındaki pazarlık hiç bir zaman adil koşullarda meydana gelmez. İşçilerin tek toplumsal gücü sayıdır. Onun için birleşmelidirler.

Sendikaların doğuşu kendilerini hiç olmazsa, esir durumundan bir parça olsun kurtaracak, pazarlık koşullarına sahip olmak için işçilerin girişimleri sonucu oldu. Demekki sendikaların ilk hedefi günlük ihtiyaçlara ücret ve işgücünün uzunluğuna dayanıyordu.

Bugün ise, sendikalar; özgün amaçlarının yanısıra, artık daha büyük çıkarları olan tam kurtuluş için işçi sınıfını örgütleme merkezleri halindedir. Proleteryanın sosyo-ekonomik mücadeleye örgütleri olan sendikalar işçilerin ilk bilgilenmelerini sağladıkları merkezler durumundadır.

Günümüzde toplum birbirine düşman iki büyük temel sınıfa ayrılmıştır. Bir yanda emeğin kullanımının tüm araçlarına sahip olan kapitalistler, öte yanda kendi emek güçlerinden başka hiçbir şeye sahip olmayan emekçilerdir. Emekçilerin emeğinin ürünü her iki sınıf arasında bölüşülmek zorundadır ve sürüp giden mücadele işte bu bölümün üzerindedir. Toplumun 2 büyük sınıfı arasındaki mücadele zorunlu olarak politik bir mücadele durumunu alır. Sınıfın sınıfa karşı mücadelesinde, uğruna mücadele edilen bir sonraki hedef siyasi iktidardır. Sınıfın sınıfa karşı politik mücadelesinde örgüt en önemli silahtır. İşçilerin direnişleri doğrudan doğruya kendi yaşama koşullarından doğar. İşçiler mücadele sırasında çok büyük fedakarlıkta bulunsalar bile, bu direnişleri sayesinde daha iyi yaşama düzeyi sağlayabilirler.

İşçi örgütleri ve en başta sendikalar giderek daha geniş proleterya kitlelerini örgütlü mücadeleye çekerek işçi direnişini daha planlı ve daha sistemli duruma getirirler. Çeşitli türde kitle sendikalarının varlığı ile grevler inatçılışır, her çatışma daha büyük boyutlara ulaşır.

Toparlarsak işçi sınıfının mücadelesi içerisinde sendikaların yüklendikleri 3 temel görevden birincisi ekonomik mücadeleye örgütleri olmaları, işçilerin günlük her türlü ekonomik çıkarlarını kararlılıkla savunmaları, ikincisi ise siyasi mücadelenin dışında kalmayıp, o mücadele içinde görevlerini yerine getirmektir. Üçüncüsü kendi sınıfının iktidarı için gerekli eğitimi yapmaktır.

İşçilerin sağlıklarını korumada ve güvenliklerini sağlama da sendikalara önemli görev düşmektedir. Toplu sözleşmelerle daha iyi sağlık koşulları sağlamak, işçinin alım gücünün artması, böylece daha iyi yaşam şartlarına kavuşmasını temin etmek sendikaların görevidir.

## Türkiye'de Ana Çocuk Sağlığı

*İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu*  
*Ana - Çocuk Sağlığı Gurubu*

Ana Çocuk Sağlığı kavramının ne olduğunu anlayabilmemiz için öncelikle halk sağlığını tanımlamamız gerekir. Halk sağlığı sağlık hizmetlerinin topluma yaygın ve eşit olarak ulaştırılmasıdır. Bu hizmetleri götürmeden önce, ülkenin sağlık durumunu gösteren, güvenilir istatistik ve araştırmaların yapılması gerekir. Ancak bundan sonra, uygun bir planlama ve uygulamayla gerekli sağlık hizmetleri topluma götürülebilir. Oysa bugün Türkiye'de, ülkenin sağlık sorunlarına ışık tutacak bu istatistikler, hem sayıca çok azdır, hem de yapılmış olan az sayıda istatistiklerin bilimselliği pek fazla değildir.

Bunu bir kaç örnekle açıklayalım.

İstatistik çalışmalarında yanlış kaynakları, iki grupta toplanabilir.

1. Bilgi verene bağlı yanlışlar,
2. Bilgi toplandıktan sonra yapılan değerlendirme hataları.

Aşağıdaki sayılar D.İ.E.'nin 25 Ekim 1970 genel nüfus sayımının sonuçlarını bildiren 659 sayılı yayının ikinci sayfasındaki tablodan alınmıştır.

19 yaşında toplam nüfus	482.723	34 yaşında toplam nüfus	280.062
20 » » »	1049.484	35 » » »	829.562
21 » » »	478.399	36 » » »	364.311
.....	.....	.....	.....
24 yaşında toplam nüfus	420.604	69 yaşında toplam nüfus	58.061
25 » » »	859.265	70 » » »	318.836
26 » » »	377.281	71 » » »	45.127
.....	.....	.....	.....

Tablo incelendiğinde özellikle 9 yaşından sonra, 5 ve 0 ile biten yaşlardaki nüfusun, kendilerinden hemen önce ve sonra gelen yaşlardaki nüfus sayısından çok fazla olduğu görülür. Örneğin 70 yaşındakilerin sayısı, 69 ve 71 yaşındakilerden yaklaşık olarak 6-7 defa daha fazladır. Bu farkı açıklayacak hiç bir mantıki neden yoktur. Kanımızca bu durum, vatandaşlarımızın büyük çoğunluğunun, kendi doğum tarihlerini kesin olarak bilmemelerinden ileri gelmektedir. Bu nedenle toplumumuzda yapılacak nüfus çalışmalarında değerlendirmeleri, 5 yıllık yaş grupları üzerinden yapmak, bizi daha doğru sonuçlara götürecektir.

Yanlış kaynaklarının ikincisi, toplanan bilgilerin değerlendirilmesinde ortaya çıkmaktadır. Örneğin, D.İ.E.'nin 1972 yılında yapılan «Hayat İstatistikleri, İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm-



ler» isimli 723 sayılı yayının, 120 - 122. sayfalarında «Ölümlerin seçilmiş 50 neden ve yaş gruplarına göre dağılım» tabloları vardır.

43 nolu ölüm nedeni: «Yeni doğmuş çocuklardaki enfeksiyonlar» dir. Tablo incelendiğinde, 75 yaşından büyük 7 kişinin bu nedenle öldüğü görülür.

45 no'lu ölüm nedeni: «Psikozdan bahsedilmeksizin ihtiyarlık (senilite) iyice tarif edilmeyen ve meçhul kalan sebepler» dir. Bu tabloya göre 0-1 yaş grubunda 592 bebek ihtiyarlık nedeniyle ölmüştür.

Görülüyor ki, 75 yaşına gelmiş bir kişiyi yeni doğan çocuklardaki enfeksiyonlardan, 1 yaşına girmemiş çocuğu ihtiyarlıktan öldürebilen bu verilere dayanılarak yapılan çalışmalarda çok dikkatli olmak gerekmektedir.

Örneklerimizi, WHO örgütünün Türkiye'nin çocuk ölümleriyle ilgili verilerin, bilimsel olmadığı gerekçesiyle kabul etmediğini söyleyerek kapatıyoruz.

### BEBEK ÖLÜMLERİ

Bir ülkenin sağlık durumunu belirleyen en önemli ölçütlerden birisi, o ülkede görülen bebek ölüm hızıdır. Bebek ölüm hızı; belirli bir yerde, bir yıl içinde, bir yaşından küçük çocuklar arasında görülen ölüm sayısının, aynı yıl içinde, aynı yerdeki canlı doğuma oranı olarak tanımlanır.

1962 yılında Rahmi Dirican'ın, Yozgat ilçe ve köylerinde yaptığı bir araştırmaya göre, bebek ölüm hızı binde 167,2 dir. Bu konuda Türkiye çapında yapılan araştırmalar olmadığından, yapılan bölgesel çalışmalara göre bu oranın binde 150'nin üstünde olduğunu tahmin edebiliriz. Diğer ülkelerin bebek ölüm hızı oranlarına bakacak olursak.

A.B.D. de binde 24,9

S.S.C.B. de on binde 23

Çekoslovakya'da binde 21,4

Ayrıca ülkemizde 0-5 yaş arası ölümler tüm ölümlerin % 50,9'unu kapsamaktadır. Bu oran bölgesel bir takım farklılıklar göstermekte olup örneğin, Yozgat ilçe ve köylerinde % 64,5'a çıkabilmektedir. Eğer bir ülkede canlı doğanların büyük bir kısmı, hayatın ilk yıllarında hatta ilk aylarında ölüyorsa, o ülkede beslenmenin yetersiz ve dengesiz olduğu, çevre koşullarının yaşamaya uygun olmadığı ve sağlık hizmetlerinin yeterince halka götürülmediği düşünülür.

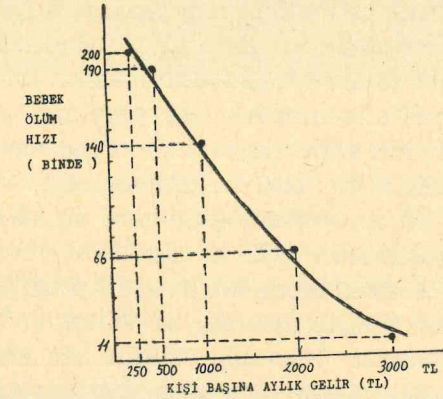
Türkiye'de bebek ölüm hızı, diğer ülkelere göre çok yüksektir. Ancak bu oran genel bir ortalama olup, gerçek durumu

aksettirmekten uzaktır. Çünkü bir yandan satın alma gücü düşük olan geniş emekçi yığınlarının, sağlık hizmetlerinden, yeterince yararlanamaması, diğer yandan bu kitlelerin, içinde yaşadığı çevre koşullarının kötülüğü, bebek ölüm dağılımında gelir gruplarına göre bir farklılık görülmesine yol açmaktadır.

Bu konuda İzmir Tabip Odası Ana Çocuk Sağlığı grubu olarak 1753 kişi üzerinde yaptığımız araştırmada gelir dağılımına göre çocuk ölümlerinin durumu şöyledir :

### BEBEK ÖLÜM YÜZDESİ

0-250	250-500	500-1000	1000-2000	2000-3000	3000 faz.
%	%	%	%	%	%
% 20	% 19	% 14	% 6,6	% 1.1	% 1



Kişi başına düşen aylık geliri 3000 TL'nin üzerinde aileler ana ve çocuk sağlığı konusundaki sorunlarını özel doktor, ya da hastanelere giderek çözümlenmektedirler, buna ek olarak yetersiz beslenme ve kötü çevre sağlığı koşulları gibi sorunları olmadığından, bu kesimde bebek ölümleri çok az olmaktadır. Bu da gösterir ki, sağlık hakkının parayla alınır satılır bir duruma getirildiği ülkemizde bu hakka ancak belirli bir azınlık sahip olabilmektedir.

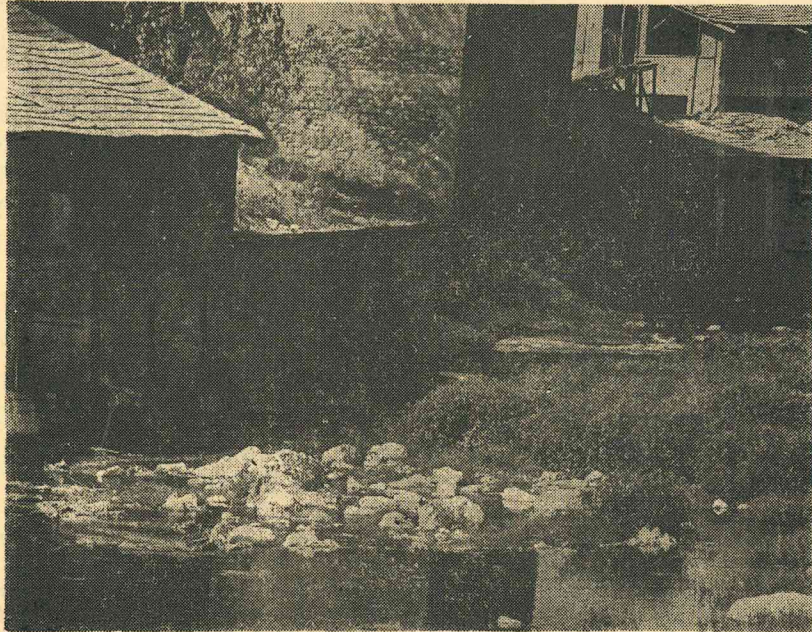
Çok büyük bir kısmının önlenmesi mümkün olan çocuk ölümlerinin nedenleri arasında, sosyal çevre ve bunun belirlediği fizik ve biyolojik çevre koşullarının iyi olmayışı yanında, kötü ve yetersiz beslenmenin de yeri çok büyüktür. Ayrıca bunlara ek olarak annenin bu konudaki eğitimsizliği, de, önemli bir nedendir. Şimdi bu etkenleri tek tek inceleyelim :

Kötü ve yetersiz beslenmenin AÇS içerisindeki yeri konusunda İzmir Tabip Odası AÇS grubunun incelenmesi TOB'un 8' inci sayısında yer almıştır. Bu yüzden yazımızda sadece anketimizden çıkan bir sonucu vermekle yetineceğiz.



Türkiyede kişi başına düşen günlük hayvani protein miktarının 16 gr olduğu çeşitli istatistiklerle belirtilmiştir. Oysa bizim anketimizde kişi başına aylık geliri 0—250 TL. olan gurupta bu miktar 4.35 gr olarak saptanmıştır. Bunun yanı sıra en yüksek gelir gurubunda aynı miktar 56.79 gr olarak bulunmuştur. Bu büyük fark Türkiye'nin bugünkü düzeninin kimlerin karnını doyurup, kimleri aç bıraktığını ortaya koymaktadır. Çocuk ölümlerinde diğer önemli olan sosyal çevrenin belirlediği fizik ve biyolojik çevre koşullarını incelediğimiz Gümüşpala semtinden örneklerle açıklamaya çalışacağız :

Kapitalizmin Türkiye'de gelişmesi köyden kente göç olgusunu da beraberinde getirmiştir. Bunun sonucu olarak büyük şehirlerin çevresindeki gecekondu semtleri her geçen gün biraz daha artmaktadır. Böyle bir gecekondu bölgesi olan Gümüşpala'nın hiç bir yerinde kanalizasyon yoktur, su bile sokaklardaki çeşmelerden alınmaktadır. Evlerin % 90'ının helaları bahçede olup kirli bulaşık suları sokağa akmaktadır. Buranın bir mahallesi olan Maraş mahallesinin ne yolu yapılmış ne de buraya elektrik getirilmiştir. Alt yapı hizmetlerinin hiç birinin görülmediği bu bölgede bir AÇS merkezi bulunmaktadır. Ve bu merkez Sağlık Bakanlığının AÇS yönetmeliğine göre bu bölgede temel ilkesi koruyucu hekimlik olan AÇS hizmetlerini yürütmek zorundadır. Merkezin böyle bir bölgede koruyucu hekimliği nasıl yürüteceği doğrusu büyük merak konusudur. Nitekim bir süre önce Maraş semtinde başlayan kızamık salgını bir anda bölgeye



yayılmıştır. Oysa bu gün kızamığın aşısı ülkemize girmiştir ve halen bu AÇS merkezince de uygulanmaktadır.

Sonuç olarak, bu bölgede sadece AÇS merkezi açmakla o bölgedeki Ana ve Çocukların sağlıklarının korunacağını düşünmek büyük bir hatadır. Öncelikle alt yapı hizmetlerinin götürülmesi ve bu bölge insanlarına yaşam hakkını sağlamak gerekir. Sorunu bir az daha genelleştirmek için anketimizin sonuçlarına bakalım.

AYDA KİŞİ BAŞINA	GELİR GURUPLARI					
	0-250 TL.	250-500	500-1000	1000-2000	2000-3000	3000-5000
	%	%	%	%	%	%
Kanalizasyonu olmayan	% 88.4	% 52.63	% 9	% 5.15	—	—
Suyu olmayan	% 74.4	% 56.84	% 7	% 1.03	—	—
Kirli suları dışarı akıtan	% 96.7	% 44.47	% 21	% 4.12	—	—

Tabloda gösterilen düşük gelirler bölümünün daha çok gecekondu semtlerinde oturdukları saptanmıştır. Alt yapı hizmetlerinin halka götürülüşündeki bu eşitsizlik, bebek ölümlerinde görülen büyük farklılığın önemli nedenlerinden birisidir.

Bebek ölümlerinin diğer bir nedeni de, annenin bu konuda eğitimsizliğidir. Bu eğitimsizliğin kökeninde iki neden yatar. Birincisi ülkemizdeki bozuk eğitim düzeni içerisinde belirli bir kesim dışında kadınların eğitimsiz bırakılmasıdır. Eğitim düzenimizdeki fırsat eşitsizliğinden en fazla etkilenenler, emekçi kitlelerin kadınları olmaktadır. Örneğin DİE 1972-1974 verilerine göre okuma çağındaki kadınların ancak % 20'si okuma-yazma bilmektedir.



İkinci neden ise, ana ve çocuk sağlığı konusunda anneleri aydınlatma görevini üzerine alan AÇS merkezlerinin yetersiz çalışmasıdır ve eğitimsizlikte bebek ölümlerinde hâlâ önemli nedenlerden biridir.

## SONUÇ

Ülkemizde bebek ölüm hızının çok yüksek oluşu, geri kalmışlığımızın bir simgesidir. Ancak bebek ölümlerinde çeşitli sınıflar arasında gördüğümüz farklılık içinde yaşadığımız düzenin getirdiği bir eşitsizliğin sonucudur.

Sonuca şimdiye dek bu açıdan yaklaşan ilk çalışma bu küçük araştırmadır. Aynı yaklaşımla konuyu inceleyecek geniş ve bilimsel çalışmalara şiddetle gereksinme vardır.

İZMİR TABİP ODASI AÇS gurubu olarak çeşitli olanaksızlıklar nedeniyle, İzmir sınırlarının dışına çıkıp, kırsal bölgedeki bebek ölümlerini ve nedenlerini araştıramadık. Ancak bu kesimde bebek ölüm hızının binde 227 olması, kırsal kesimde geniş bir araştırmanın, ne kadar gerekli olduğunu gösteren en iyi kanıttır.

## AÇS MERKEZLERİ

AÇS merkezleri yönetmeliğine göre AÇS merkezleri, halkı AÇS konusunda sistemli bir eğitimle aydınlatmak, normal gebe, lohusa ve emzikli anaları tıbbi denetim altında bulundurmamak, çocuk beslenmesi gibi konularda anaları eğitmek özellikle 0-6 yaş arasındaki çocukların sağlıklı büyümelerini sağlamak için kurulmuş medikososyal kurumlarıdır.

Sağıtımcı hekimliğin yanında daha insancıl ve ucuz olan koruyucu hekimliğe yönelik AÇS çalışmaları bu yüzden eğitime öncelik ve ağırlık tanımak zorundadır. AÇS çalışmalarında eğitim iki yönlüdür.

1. Personel eğitimi
2. Halkın eğitimi

## PERSONEL EĞİTİMİ

AÇS merkezlerinin çalışmalarında gerek ev ziyaretleri, gerekse merkeze gelen halkın eğitiminde aktif görev alan ebe hemşirelerin eğitilmesi birinci sırayı alır. Özellikle kırsal bölgede görev yapan köy ebelerinin hizmet öncesi eğitimi oldukça yetersizdir.

Bu okulların sayısı 1970 - 1971 dönemine kadar devamlı artarak 31'e ulaşmışken 1972 ve 1973'te tekrar 28'e düşmesi

Sağlık Bakanlığı'nın köy ebe okullarına gereken önemi vermediğini gösterir inancındayız. Örneğin Sağlık Bakanlığının köy ebe okulları yönetmeliğinin 102. maddesinin D bendine göre, bir yıl boyunca herhangi bir dersin öğretmeni gelmemişse öğrenci o dersten başarılı sayılmaktadır. Bunun yanı sıra öğrenciler hastanede eğitilip kendilerinden köy koşullarında hizmet beklenmektedir.

## AÇS MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERE GELİNCE...

Ülkemizde eğitim düzeni içerisinde düşünmeye değil, ezberlemeye alışmış kişiler olarak yetişmiş olan hekim ve hemşireler, bunun doğal bir sonucu olarak AÇS konusunda, gerekli bir eğitim görmemişlerdir. Gerekli olan bilgi ve becerilerini ancak, hizmet içi eğitim ve denetim sayesinde öğrenmek zorundadırlar.

Kısaca AÇS çalışmalarında hizmet içi eğitimin yönetmelikte yeterince belirtilmemesi bu çalışmaların, başhekimin bireysel çabalarına dayanmasına yol açar. Bu da çeşitli AÇS merkezlerindeki yardımcı personel bilgi düzeyindeki farklılaşmayı doğurur. Örneğin 1972'de Etimesgut ebeleriyle bu bölgenin dışında çalışan ebeler arasında, bilgi ve beceri karşılaştırılması için, bir araştırma yapılmış ve Etimesgut ebeleri 100 üzerinden 80, diğerleri ise 40 altında not almışlardır.

## HALKIN EĞİTİMİ :

AÇS çalışmalarından merkezde yararlanmak, belli bir eğitim düzeyi gerektirir. Bundan dolayı halka AÇS'nin önemini kavratmak ve merkezlerden yararlanmalarını sağlamak için, ev ziyaretlerine ağırlık veren çalışma gereklidir. Örneğin Gümüşpala'da bir çok aile AÇS merkezinin varlık ve çalışmalarından habersiz bulunmaktadır. İzmir'de yaptığımız araştırmada, personel yetersizliğinden ev ziyaretlerine gereken önemin verilmediği ortaya çıkmıştır.

Bu araştırma sadece AÇS merkezleri olan bölgelerde yapılmış olup, İzmir'de AÇS bölgeleri dışında kalan nüfus 383.000 kişidir.

Yukarıda önemini araştırdığımız ev ziyaretlerinin neden yeterli olmadığını bir örnekle açıklayalım. Eşrefpaşa AÇS merkezine bağlı 17.000 ev vardır. Özel durumları nedeniyle 15 ebe hemşireden, her gün ortalama ancak 11 tanesi ev ziyaretlerine katılabilmektedir.



İkinci nede...  
aydınlatma gö...  
çalışmasıdır y...  
nedenlerden m...  
SONUÇ...  
Ülken...  
mıslığı...  
sınıflar...  
zenin...  
S...  
çük...  
bilili...

...saat çalıştığını ve her evde yarım...  
...sek, tüm bölgenin gezilmesi 64 hafta...  
...dan fazla bir zaman...  
...en tüm sorunlar, çevresel etkenler ve eko...  
...içindedir. Bu da AÇS merkezlerinin diğer ku...  
...ği yaparak çalışmasını gerektirir. Örneğin Üni...  
...sıhha Enstitüsü, Nüfus Planlama Örgütü, Beledi...  
...yle bir işbirliğinin pek çok yararı olacak ve soruna daha...  
...tü çözümler getirmek mümkün olacaktır. Örneğin: 1—) Yurt...  
...ereksinmesine uygun personel yetiştirilebilir. Öğrenciler AÇS...  
...merkezlerinde çalışarak hem buranın çalışma kapasitesini bü...  
...yütürler, hem de halk sağlığı konusunu öğrenirler. 2—) Kişi...  
...nin fizyolojik ve psikolojik çözüm gelişimini engelleyen sosyal...  
...ve fiziksel çevre araştırılıp sorunlara getirilebilir. Örneğin çev...  
...re suyunun tahlilleri, İzmir'de Hıfzısıhha Enstitüsü tarafından...  
...yapılmaktadır. Çevre sağlığını ilgilendiren kanalizasyon, su...  
...gibi sorunlar belediyece çözümlenmelidir. 3—) Beslenme yö...  
...nünden Üniversitede bir araştırma merkezi oluşturulabilir, bu...  
...merkezin araştırmaları AÇS merkezi personeli ve öğrencilerden...  
...yararlanılarak yapılabilir.

Ayrıca hastahanelerin poliklinik ve kliniklerin direkt bir ilişki sağlanarak AÇS merkezlerine gelen hastaların önemli bir kısmı buralara yollanarak AÇS merkezlerin koruyucu hekimliğe daha fazla yönelmeleri sağlanabilir. Yalnız bu öneriyi getirirken, hastahane kapılarındaki kuyrukların hergün biraz daha uzadığı bugünkü koşullarla uygulanabilmesinin olanaksız olduğunu da belirtelim. Ancak sağlık hizmetlerinin bütünüyle sosyalleştirilirse olumlu bir sonuç alınır. Yoksa örgütlenme adı altında dağınıklığın en iyi örneklerinin sergilendiği bu koşullarda bu önerilerin gerçekleşmesi bir hayaldir.

## Su, Çevre Temizliği ve Sağlık

Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu

İnsan ve diğer canlılar, yaşadığı ortamdaki diğer canlılar ya da cansız maddelerden, olumlu ya da olumsuz biçimde etkilendir. İnsan sağlığı ve hastalıkları incelenirken; içinde yaşadığı çevre etkenleri (Biyolojik, Fizik, Kimyasal ve Sosyal) ile birlikte ele alınmalıdır. Bu yazıda günlük yaşamda zorunlu gereksinimiz olan su ve çevremizin temizliğini bozan atıklar (Gübre, Çöp, Kanalizasyon) konusunu inceleyeceğiz.

SU : Canlıların yaşamı için devamlı kullanmak zorunda oldukları, su, bir kaç yoldan sağlanır.

- 1 — Yağmur-Kar suyu (Meteorik)
- 2 — Yer üstü suları (Akarsu, Deniz)
- 3 — Yer altı suları (Statik ve Dinamik)

Su, havada buhar halinde iken doğal olarak temizdir. Ne var ki bu su toprağa yağmur ya da kar inerken havadaki gaz, toz, radyoaktif serpinti ve mikroplarla kirlenerek kimyasal yapı olarak distile su olmaktan çıkar. Düştüğü yerde toprağın kirliliği oranında bu kirlilik artar. Topraktaki kirlenme insan, hayvan ve bitkilerin organik atıklarını, tarım ve endüstriden gelen su ve atomik kirlilikleri taşıyan humus tabakalarında olur.

İnsan, hayvan ve kirlenmiş tesislerin bulunmadığı topraklardan çıkan su doğal olarak gene temizdir. (1)

Kirli su toprakta otoepürasyon yoluyla temizlenir. Bu işlem:

- 1 — Biyolojik (Nitrifikasyon, Mikroplar arasındaki mücadele),
- 2 — Mekanik ve fizik olarak (Süzülme, çökme, dilüsyon, güneş ultraviyolesi, ısı uygunsuzluğu)
- 3 — Kimyasal olarak (Oksijenizasyon, kimyasal konsantrasyon, mikroplar için besin yetersizliği, karans) yoluyla olmaktadır.

Bugün elimizde suyun kimyasal, fizik ve bakteriyolojik temizliğini kontrol edebileceğimiz teknik olanaklar mevcuttur. İçme ve kullanma sularında rutin olarak kirlilik kontrolü yapılmalıdır.

Nüfus yoğunluğunun artması, doğadaki insan yayılımını arttırırken, endüstri artışı da meydana getirdiği atıklarla toprak ve su kirliliğini arttırmaktadır.

Sanayi atıkları hem kimyasal olarak hem de otoepürasyona katkısı olan mikroorganizmaların metabolizmalarını bozarak suyu kirletirler.



Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmalar, bu gelişmenin son derece tehlikeli boyutlara vardığını, özellikle sanayi artıklarının iyi kontrol edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Deniz kenarında kurulan fabrika artıklarından ve denize açılan kanalizasyonda deniz kirlenmesi yanında bazı deniz hayvanları türünün yok olmağa başladığı görülmektedir.

Örneğin: Azot sanayiinin Kütahya civarında kurduğu fabrikaların artıklarının döküldüğü porsuk çayında suda autopurasyon yapan bakterileri öldürdüğü ve suyun devamlı kirliliğinin arttığı Kütahya şehrine içme suyu temininin, bu nedenle zorlaştığı bildirilmektedir (2).

Özellikle kırsal bölgede hayvan ve insan atığı gübrenin açıkta oluşu nedeni ile, oluşan su kirliliği, insan sağlığının bozulmasında önemli etken olmakta devam etmektedir. Günlük kullanılan su miktarının azlığı da eklenirse, köy insanının ciddi tehlikelerle karşı karşıya olduğu görülür.

Ülkemizde çeşitli yörelerde yapılan araştırmalarda, insanda barsak parazitleri prevelansının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Bazı yörelerde % 80-95'e kadar çıkmaktadır. (3)

Ülkemizde nüfusu 3000'nin altında 88.864 yerleşme yeri tesbit edilmiştir. Bunların 23.155 (% 26.05) inde hiç içme suyu olmadığı; 25.229 % 28.4) inde yetersiz; 40.480 (% 46) sında yeterli su olduğu görülmüştür.

İçme ve kullanma suyunun kimyasal ve bakteriyolojik kontrollerinin düzensiz ve yetersiz olduğunu, bu konuda yeterli bilgi bulunmadığını belirterek sağladığımız bazı sonuçları verelim:

1970 yılında alınan su örneklerinin % 44,7 si

1974 yılında alınan su örneklerinin % 34 nünün çeşitli etkenlerle bakteriyolojik olarak kirlendiği; 1974 yılında yapılan kimyasal analizlerde % 26 suyun gıda tüzüğüne aykırı olduğu görülmüştür. (TABLO I-II)

Kirliliğe saptanan suyun, kullanılmadan önce temiz hale getirilmesi şehir suyunda yapılan KLORLAMA işleminin, kirli bir suya yapılması gerekmektedir. Ancak bu kadar çok ve dağınık yerlerin yerinde suyun klorlanması ekonomik ve teknik olarak oldukça zor bir işlemdir.

Klorlama yapılan yerlerde 1974 yılında % 13 suda kalıcı klor olmadığı saptanmıştır. (4)

Bu koşullar altında, ülkemizde yaşayan insanların kişisel hijyen bilgilerinin de azlığı düşünülürse, enfeksiyon hastalıklarının halâ en çok öldüren hastalıkların başında olması doğaldır.

Tablo I : İl ve İlçelerdeki klorlama cihazı - Su dezenfeksiyonu durumları. (1974 yılında toplanan bilgilere göre)

		KLORLAMA CİHAZI				KLORLAMA CİHAZI OLMAYAN
		Otomatik	%	Basit	%	
İL SAYISI	67	65	97	2	3	—
İLÇE SAYISI	572	261	45.5	115	20.1	196 (% 34.4)
İL ve İLÇE TOPLAM	639	326	51	117	18.3	196 (% 30.67)

Su dezenfeksiyonu yapılan İl ve İlçe adedi 441 (% 69)

Su dezenfeksiyonu yapılmayan İl ve İlçe adedi 196 (% 30.67)

Sağlık Bakanlığınca yapılan kalıcı klor tetkiklerinde Belediye içme ve kullanma 1973 yılında % 19'unda; 1974 yılında % 13'ünde kalıcı klor bulunamamıştır.

Tablo II : İçme ve kullanma sularında Bakteriyolojik tahliller.

Yıllar	Kullanıma uygun	Kullanıma uygun değil	%	Toplam
1970	26093	21101	45	47194
1971	37499	22063	37	59562
1972	32872	18056	35	50928
1973	38256	22435	37	60691
1974	37615	18897	34	56508

#### KANALİZASYON - GÜBRE VE ATIKLAR

Nüfusu 3.000'nin üzerinde olan yerleşim yerlerinde kanalizasyon yapımı öngörülmüştür. Köylerde böyle bir zorunluk olmadığı gibi bu yatırımı yapacak ekonomik güçte yoktur. Bu konuda bütçeden ayrılan yatırım parası yetersiz görülmektedir. Yalnız Ankara ilinin 1980'lerde ihtiyacına cevap verecek kana-



lizasyon projesinin parasal yanının 8 Milyar TL. olduğu hesaplanmıştır.

Şüphesiz hızlı şehirleşme, plansız konut yapımı, alt yapı tesislerinin önceden yapılmayışı gibi nedenlerle bu fiat artmaktadır. Ayrıca yapılan tesisler de, kısa süre sonra artan nüfus karşısında, ihtiyaca cevap veremez duruma gelmektedir ve yeni sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Örneğin: Ankara kanalizasyonu Ankara civarından geçen Ankara Çayı'na açılmaktadır. Bu çay suyundan yararlanan Etimesgut ve diğer yerleşim yerine bağlı köylerde infeksiyon hastalıklarının arttığı dikkati çekmiştir.

İstanbul'da Haliç, İzmir ve İzmir Körfezlerinin her geçen gün artan pis kokusu, kötü görünümü ve bakteriyolojik kirliliği buradan denize açılan fabrikalar ve kanalizasyonla gelen atıklar nedeniyledir.

Kırsal bölgede 70.000 yerleşim yerinde (% 80)'inde sağlık koşullarına uygun helâ olmadığı saptanmıştır.

Ahır ve gübre konan yerlerin düzensiz oluşu başta karasinek olmak üzere birçok vektörlerin üremesi için, iyi bir ortam yaratmaktadır.

Hele köylerde gübrenin ve şehir kenarında kanalizasyonun açıldığı suların, tarla sulamasında kullanılışı, barsak infeksiyonunun artışıında önemli etken olmaktadır.

Kırsal bölge halkının zorunlu olarak tarlada kullandığı gübrenin, ekonomiye olan önemsiz katkısına karşın sağlık giderlerinde önemli artışa yol açmaktadır. Şüphesiz bu durumun oluşunda halkın teknik, ekonomik olanaklardan yoksun oluşu temel nedendir. Eğitim azlığı durumu daha da ciddileştirmektedir.

Son yıllarda karasinek, diğer vektör ve kemiricilere karşı insektisitlerle mücadele oldukça yaygınlaşmıştır. Bu olumlu gelişme yanında her geçen gün olumsuz sonuçları da artmaktadır. İnsektisit kullanımının bilgisiz ve düzensiz oluşu sonucu zehirlenme vakaları her geçen gün artmakta, özellikle ilk yardımın yapılamadığı kırsal bölgelerde can kaybına yol açmaktadır.

Ülkemizde Cumhuriyet'in ilk yıllarında koruyucu hekimlik esas alınarak hazırlanan Umumi Hıfzısıhha Kanununun kapsamının oldukça geniş ve hazırlandığı zamana göre modern olduğu görülüyor.

Yine 1580 sayılı belediyeler kanunu, 442 sayılı köy kanunu, 765 sayılı TCK, ve Sağlık Bakanlığı'nın çeşitli yönerge ve uya-

rım yayınlarının çevre temizliği ile ilgili olumlu girişimler olmasına karşın uygulama ve kontrol örgütlerinin yetersiz oluşu sonucu, çevre temizliği çalışmalarını beklenenin çok gerisinde olmaktadır. (5)

Bu konuda belediyelere görev verilmiştir. Ne var ki, belediyelerin bu hizmetleri yapacak ekonomik gücü yoktur. Belediye gelirlerini düzenleyen kanun (18.6.1951), çıkış tarihinden bu yana değişmemiştir. Oysa fiatlar devamlı yükselmektedir. (5)

Bu düzenleme yapılmaz ya da belediyelere yeni gelir kaynakları sağlanmazsa içinde bulunduğumuz çıkmazın daha da ağırlaşacağı ortadadır.

Son yıllarda şehirlere göçün artışı, buna karşın konut ve alt yapı tesislerinin yapılamayışı sonucu büyük kentlerde gecikondü sorununu doğurmuştur. Köyden kente göçü engelleyici tedbirler alınmazsa şehirlerde sağlıksız toplum oluşması ve giderek artması durdurulamaz.



### ÇÖZÜMLER NEDİR?

— Yerleşim yeri sayısı azaltılarak, buralara alt yapı tesisleri, su götürülmeli.

Temin edilen su :

Köyde - 20 Litre/Günde — Kişi başına

Şehirde - 100 Litre/Günde — Kişi başına

Sanayide - 200 Litre/Günde — Kişi başına



Klorlama bütün sularda yapılmalı periyodik olarak suda bakteriyolojik tetkik ve klor ayarlaması yapılmalıdır.

— Kırsal bölgede gübre sorununun çözümü ancak köydeki konutların düzenli yapılması köylünün gübre gereksinimini başka maddelerle gidererek (Omun, Kömür, Sunni Gübre vs.) Gübrenin yaşantısındaki etkinliği azaltılarak ve kişisel hijyen eğitimi yapılarak gübrenin kötü etkileri kaldırılabilir. Her eve sağlıklı helâ yapılmalıdır.

— Çamaşır ve diğer kullanma sularının septik çukurlarda toplanması ve gerek pis koku, gerekse diğer haşereler için, üreme yeri olmaktan kurtarılmalıdır.

— Büyük kentlerde belediye hizmetlerinin yeterli ölçüde yapılabilmesi için gerekli kanun değişiklikleri sağlanmalı, uygulama ve kontrol örgütleri güçlendirilmelidir.

— Kentlere göç dengelenmeli, belediye hizmetlerinin gelişmesi oranında kente göç olması sağlanmalıdır. Daha önemlisi tüm devlet hizmetleri köyde etkili bir biçimde götürülerek, köylünün şehre göç nedenleri azaltılmalıdır.

— Fabrika atıkları akarsu ya da denizlere değil, Toprak içinde toplanıp arıtma yöntemleri ile zararsız hale getirilmelidir.

— Çöpler düzenli toplanıp şehir dışında yok edilmeli (Yakılmalı) ya da bunları işleyen fabrikalar kurarak gübre vs. üretiminde kullanılmalıdır.

— Vektörlere karşı savaşta kullanılan ilaçlar bilenler tarafından ve düzenli yapılmalı, yan etkileri konusunda halk eğitilerek ilaçlama yapılmalıdır. (6)

— Toplumun tüm kesimlerine verilen eğitim zirai, veteriner ve sağlık hizmetleri gibi devlet hizmetleri dengeli götürülmelidir. Özellikle sağlık hizmetlerinin programlanması koruyucu hekimlik esas alınarak yapılmalı buna uygun personel yetiştirilmelidir.

#### FAYDALANILAN KAYNAKLAR

1. Koruyucu hekimlik-Hijyen ve sanitasyon Z.F. ARAL, 1972
2. Hıfzıssıhha Okulu 1974 raporları
3. Halk sağlığı semineri (6-9 Mart 1967)
4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Ders Notları.
5. Türkiye'de ve dış ülkelerde çöp sorunu, F. ARUN, 1972
6. İnsektisikler, Dr. Demir EREL, (S. ve S.Y.B. yayını: 46)

## Sağlık Haftamız

*Prof. Dr. Yali Lük*

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu ile, Türk Tabipler Birliği İzmir Odasının birlikte tertiplemediği «Tıp Bayramı ve Sağlık Haftası» 14-21 Mart 1976 tarihleri arasında İzmir'de yapıldı. Haftanın eleştirisi gerek hafta süresince gerekse sonraki günlerde yapıldı ve halen de devam etmekte. Daha iyiye gitmek için eleştiri ve özeleştirisi yararlı ve gerekli. Bu yazımızda sağlık haftamızın eleştirisini yapmaya ve böylece öz-eleştirimizi de vermeye çalışacağız.

Önce sağlık haftasının nereden doğduğunu açıklamaya çalışalım: Kanımızca bu hafta şimdiye kadar ki klasik 14 mart tıp bayramı kutlamalarının, ülkenin içinde bulunduğu sağlık koşullarına hiç yakışmadığını hisseden hekim ve öğrenci arkadaşlarımızın müşterek düşünce ürünü olarak ortaya çıktı. Üç yıl önceki kutlamadan sonra, bundan rahatsız olan ve yeni arayış içinde olan bu hekim ve öğrenci arkadaşlarımız bir araya gelerek, önceki yılın 14 mart bayramı için yapılabilecek değişiklikleri bulmağa çalıştı. 1975 yılı 14 mart tıp bayramına «Tıp Eğitimi Sorunları» konulu açık oturum eklenerek o yıl ki değişiklik gerçekleşmiş oldu. Böylece 14 mart tıp bayramları münasebetiyle tıp öğretiminin ve ülkenin sağlık sorunlarının ve hekimlerin sorunlarının tartışmasının yapılabileceği ve bunun şimdiye kadar ki uygulamalardan çok daha yararlı olacağı fikri birçok kişide doğdu. Bu fikrin gelişmesi, daha fazla taraftar bulması ve bu yılki sağlık haftasının oluşturulmasında esas etken oldu kanısındayım.

Haftanın oluşturulmasında kişilerin damgasını aramak hatalıdır. Sağlık haftası müşterek fikri oluştuktan sonra gerçekleştirmeyi üstüne alan her iki kuruluş da elinden geleni yapmaya çalışmış, katkısı olan kişiler inançla gayret etmişler, iyi şeyler ortaya koyarken bazı hatalardan da kurtulamamışlardır. Eleştiri ve özeleştirisi, ilerideki hatalardan korunma bakımından, herhalde çok yararlı olacaktır. Nitekim her iki yönetim kurulu birlikte İzmir Tabip Odası'nda toplanarak eleştiri ve özeleştiriye gerçekleştirmeye çalışmışlardır. Ben burada kendi fikirlerimi vermeğe çalışacağım.



Sağlık haftası fikrinin nereden doğduğunu yukarıda bildirmiştik. Acaba bu yılki haftanın amacı ne idi? Baştan itibaren bir protokolla belirtilmemesine rağmen, sağlık haftası, halkın sağlık eğitimi yanında, tıp öğrencisinin, hekimin, diğer tıp personelinin, sağlık işlerini yürüten görevlilerin, hattâ sağlık işleri için karar verme durumunda olan siyasilerin eğitimini amaçlamıştı. Bu kadar çok yönlü bir eğitimi bir hafta içinde gerçekleştirmeye şüphesiz olanak yoktur. Önce halkın sağlık eğitimine bu haftaların ne dereceye kadar yararlı olabileceğini belirlemeğe çalışalım. Halkın sağlık eğitimine bu haftalar yoluyla özellikle radyo-televizyon gibi toplu eğitim araçları kullanılabilirdiği ölçüde katkıda bulunulabilir. Ancak bunun da yeterli olmadığı, halkın sağlık eğitiminin, onların ayağına kadar giden ve onların pratik içinde eğitimini yapan hekim ve ebe-hemşire - sağlık memurları tarafından en etkili şekilde gerçekleştirilebileceği, toplum hekimliği ile uğraşan bilim adamlarınca bilimsel olarak ortaya konmuştur. Konferanslarla yapılan eğitimin pratiğe dayanmayan bir eğitimin önemli bir etkililiği yoktur. O halde haftanın halkın sağlık eğitimine çok az faydası olabilirken, yapılacak toplantılarda «halkın sağlık eğitimi nasıl ve kimlerin eliyle gerçekleştirilebilir» konusu bilimsel olarak tartışılabilirse, eğitimle yükümlü kişilere yol gösterilmiş ve onlar eğitilmiş olur.

Sağlık haftalarının vermeğe çalıştığı eğitimin esas etkinliği ikinci grup üzerinde daha çok sağlanır. Daha çok bilimsel verilerin dile getirildiği bu toplantılarda, halkın sağlık eğitiminin hangi yöntemlerle gerçekleştirilebileceği, sağlam bir sağlık politikasının özellikleri, çeşitli sağlık sorunları tartışılır, doğru bilgilerle öğrenci, hekim, diğer sağlık personeli, idareci ve siyasiler eğitilir. Bu ikinci gurubun eğitimi yönünden haftanın bazı katkıları olduğunu kabul etmek herhalde fazla iyimserlik olmasa gerek Sağlık politikası yönünden uygulanmak istenen ve birçok hekimin de kolayca benimsediği Genel Sağlık Sigortasının bilimsel olarak ülkemiz için geçersizliği, sağlık sorunlarını daha da arttıracacağı iyice belirtilmiş, bu konuda kamu oyu oluşturulması da azçok gerçekleştirilmiştir.

Sağlık haftasına katılanlar umulandan daha az sayıda olmuştur. Bunun nedenleri içinde duyuru yetersizliği başta gelmektedir. Haftadan önce duyuru amacıyla iki basın toplantısı ve bir radyo konuşması yapılmıştır. Basın toplantısı bildiğimiz kadar yalnız bir yerel gazetede verilmiştir. Büyük tirajlı bir gazete hafta ile ilgili olarak, yalnızca vapur gezisi ile ilgili san-

sasyonel haber vermekle yetinmiştir. Bundan sonraki yıllarda basın ve TRT'nin ilgisini çekecek yeni yöntemler geliştirilmelidir. Afişleme ve el ilanları yeterli yapılmamış, yapılanlar da yeterli dağıtılamamıştır. Özellikle el ilanlarının günlük hatırlatmaları sağlama özelliğinden yararlanılamamıştır. Konuşmacıların çeşitli görüşleri aksettirmesi bakımından çeşitli görüşten konuşmacı istenmesine rağmen bazılarının katılmaktan çekinmeleri (özellikle işçi sağlığı ve iş güvenliğinde Türk-İş'in katılmak istemeyişi) konferanslara tek yönlü düşüncenin temsil edildiği toplantı izlenimi vermiş, katılanların sayısının azalmasına etkisi olmuştur. Konferansların tertip zamanı ve seçilen yer bakımından kusurlar olmuştur.

Konuya bilimsel olarak tam hakim olamayan oturum üyeleri yetersizlik göstermişlerdir. Konferansçıların mümkün olduğu kadar konuya hakim kişilerden seçilmesi gerekir. Açık oturum yöneticilerinde de yetersizlik görülmüştür. İsbetli seçim her zaman mümkün olmamıştır. Burada esas etken konferansçı ve yönetici seçimi için yeterince uzun zaman bulunmayışıdır. Gelecek yılların hazırlıkları çok önceden başlamalıdır. Tertipte bazı tereddütlerin olmaması, tertip kurulunun daha rahat hareket edebilmesi için, her iki yönetim kurulunun göstereceği adaylardan oluşan komisyon, tarafların katkı, yetki, uyulması gereken sınırları belirleyen bir protokol hazırladıktan sonra yetkili yürütme kurulu çalışmalarını yürütmelidir.

## ANAYASA MADDE 49

DEVLET HERKESİN BEDEN VE RUH SAĞLIĞI İÇİNDE YAŞAYABİLMESİNİ VE TIBBİ BAKIM GÖRMESİNİ SAĞLAMAKLA ÖDEVLİDİR.



# Yüksek Öğrenim Gençliğinin Eğitim Dışı Sorunları

Stj. Dr. Saim Yamuç

Izmir Tabip Odası Eğitim Bürosu Üyesi

Yüksek öğrenim gençliğinin eğitim sorunları ile eğitim dışı sorunlarını birbirinden soyutlamak imkansız olduğunu bildiğimiz halde çeşitli yazılar ve konferanslarla eğitim sorunları defalarca dile getirildiği için biz bu incelememizde eğitim sorunlarına değinmeyecek yalnızca, öğrencinin beslenme, barınma ve sağlık gereksinmelerini inceleyeceğiz.

Isınma, aydınlatma, giyinme, spor, dinlenme, eğlenme gibi sorunlarında etraflıca incelemek isterdik. Ancak bu konularda yeterli bir araştırma yapılamadığı için, sadece öğrencinin temel biyolojik ihtiyaçlarından olduğunu belirteceğiz.

Nasıl ki, engebeli bir arazide futbol oynanmazsa, aç ve çıplak gençlerden, en iyi bir yönetimle bile eğitim yapılırsa da başarılı sonuçlar almak mümkün değildir. Biz öğrencilerin eğitim dışı biyolojik gereksinmelerini şöylece sıralayabiliriz:

- 1 — Beslenme
- 2 — Barınma
- 3 — Sağlık
- 4 — Isınma ve aydınlatma
- 5 — Giyinme
- 6 — Spor, dinlenme ve eğlenme

## BESLENME

Besin ve beslenme ihtiyacı insanın biyolojik ihtiyaçlarının en önemlisidir. Bu ihtiyaç, varlığımız, sağlığımız, fizik ve entellektüel gelişmemiz ile doğrudan doğruya ilgilidir. Beslenme işi çocuğun ana rahmine düştüğü gün başladığı ve sürekli olduğu için, yalnız yüksek öğrenim gençliğinin beslenme sorununun incelenmesi bir bakıma yanlıştır. Böyle olmasına rağmen çok değişik nedenlerle yüksek öğrenim gençliğini, aşırı davranışlara, boykot ve işgallere kadar sürükleyen olaylar nedeni ile

sorun yüksek öğrenim gençliğinde ön plana geçmiştir. İyi beslenmeyen ve temel ihtiyaçları gereğince karşılanmayan bir insanın, eğitimi gerektiği şekilde izlemesi, çağdaş bilimi öğrenmesi ve yurt sorunları ile gerektiği şekilde uğraşması beklenebilir. Bütün bunlar gayet iyi bilinmesine rağmen, yüksek öğrenim gençliği çok kötü beslenme şartları içinde bırakılmıştır. Durumu daha iyi anlamak için son on yıl içinde basına yansımış olaylara bakmak kanımızca yeterlidir. Aslında aylık geliri 800-800 TL. arasında değişmekte olan üniversite öğrencileri pislik, pahalılık ve ihmal kadar, yetersiz beslenmeden zarar görmektedirler. Bu gün tahminen (Çünkü sağlıklı bir rakam vermek imkansız) yüksek öğrenime devam etmekte olan öğrenci sayısı 200000'i geçmektedir. Bu öğrencilerden % 35'i ailelerinin yanında, % 2'si akrabaları yanında barınıp doyunmakta, geri kalanlar ise yurtlarda, otellerde ve kiralık evlerde kaldıkları için yiyeceklerini dışarıdan temin etmektedirler.

Yapılan ön araştırmaya göre, yüksek öğrenime devam eden öğrencilerin % 28'nin aylık geliri 800 TL. civarında olduğu, büyük bir çoğunluğun ayda 600 TL. veya daha az bir gelir sağlayabildikleri ancak % 17'sinin 800 liradan fazla gelire sahip oldukları bilinmektedir.

Öğrenci arkadaşlarımız bu para ile başta besin ve beslenme olmak üzere, bütün temel ihtiyaçlarını tedarik edecektir.

Sayın Osman Nuri Koçtürk'ün verilerine göre, 18-20 yaş arasında olanların fizik ve entellektüel gelişmelerini sürdürmeleri, daha yaşlı olanların da yıpranan dokularını onararak hastalıklara karşı direnmeleri, günlük enerji ihtiyacını karşılamaları için aşağıda açıklanan cins ve miktarda günlük besin almaları gerekir.

Bu miktar ve çeşitli yiyeceğin tedariki için bugünkü ortalama fiyatlar üzerinden sarfi gereken para miktarı ise..

Yiyeceğin cinsi	Lira	Kuruş
150 gr. kemiksiz et	6	75
10 gr. kuru baklagiller		15
1 adet yumurta	1	50
250 gr. süt (S.E.K.)	2	25
40 gr. peynir	1	25
150 gr. taze meyve	1	
300 gr taze sebze	1	75
375 gr. patates	2	25
400 gr. ekmek	1	75
40 gr. piring		40
40 gr. yağ	1	25
10 gr. kuru yemiş		35
Toplam :	20	65



Yiyeceklerin pişirilip hazırlanması için % 10 kadar bir masraf yapılır, (Yakıt v.s.) yaklaşık iki Türk lirası olarak hesapladığımız bu çeşit harcamalar esas maliyete eklenecek olursa, o zaman  $20.65 + 2.00 = 22.65$  bulunur. Şu halde öğrencinin bir günlük yiyeceği için sarfetmesi gereken para miktarı 22,65 TL olacaktır. Aylık masraf ise  $22.65 \times 30 = 679.50$  TL olacaktır. Oysa ki, öğrenci arkadaşlarımızın % 55 gibi büyük bir bölümünün aylık gelirini 600 TL. veya daha az olduğunu daha önce saptamıştık. Şu halde yüksek öğrenim gençliğinin gelirleri yalnız karınlarını doyurmaları için bile yeterli değildir. Kaldı ki, öğrenci arkadaşlarımız, bu gelirleri ile barınma, giyinme, ısınma, aydınlatma, sağlık, spor, dinlenme, eğlenme ve eğitim aracı ihtiyaçlarını da karşılayacaklardır. Durum böyle olunca, yüksek öğrenim çağındaki arkadaşlarımızın büyük bir çoğunluğunun beslenmesinin yetersiz olduğu söylenebilir.

### BARINMA

Barınma, beslenme gibi biyolojik etki sınırı geniş bir gereksinme değilse de, uygar insan için küçümsenmesi mümkün olmayan bir ihtiyaç haline gelmiştir. Yüksek öğrenimi temel sorunları ile çözümlenmiş ülkelerde, üniversiteler öğrencilerden başka öğretim üyelerinin ve diğer görevli personelin barınma ve taşınma gereksinmelerini ön plana alarak kururlar. Bizde bu durum malesef tam terstir ve oldukça karışıktır. Halkı gereği gibi barınmayan ve çoğunluğun gecekondularda yaşadığı üç büyük kentimizde birer üniversiteden başka iki hatta üç üniversiteden daha fazla sayıda da yüksek okul ve akademilerin kurulmuş olması, Türkiye'de bu işlerin nasıl yürütüldüğünü açık olarak göstermektedir.

Gayri resmi istatistiklere göre, yüksek öğrenim yapmakta olan öğrenci sayısı 200000'i geçmektedir. Bu öğrencilerin % 35'i aileleri yanında, % 2'si akrabaları yanında barınarak öğrenimlerini devam ettirmekte, geri kalanların % 12'si resmi yurtlarda; % 8'i pansiyonlarda, % 7'si özel yurtlarda, % 10'u vilayet yurtlarında, % 1'i otellerde; % 8'i kiralık odalarda, % 13'ü kiralık apartman dairelerinde barınmaktadır.

Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumunun 1975 verilerine göre, tüm yurtlardaki yatak sayısı 25528 dir. Aslında bu rakam yurtlarda barınan öğrenci sayısı değildir. Çünkü İzmir'deki yurtlardaki yatak sayısı 3418 dir. Ancak burada kalan öğrenci arkadaşlarımızın sayısı ise 3116'dır. Keza yine Ankara Ata-

türk Erkek Yurdundaki yatak sayısı 2016'dır. Ancak burada kalan öğrenci sayısı da 1750 civarındadır. Basından öğrendiğimize göre hemen hemen tüm yurtlarda durum budur. Yani yatak sayısı öğrenci sayısının çok üstündedir. Çeşitli nedenlerle bu yurtlara öğrenci alınmamaktadır. Buna rağmen biz öğrenci sayısını yatak sayısına eşit tutarak resmi yurtlarda kalan öğrenci sayısını ele alarak % 12 gibi bir sayı bulduk.

Y.Ö.K. ve Yurtlar Kurumu tarafından sağlanan barınaklardan yararlanan arkadaşlarımızın gene Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu tarafından yapılan bir ankete verdikleri cevaptaki;

— % 50'si ışıkların yetersizliği, banyo meselesi, yurttaki ders çalışılacak yerlerin yetersizliğinden,

— % 80 kadarı ise yurttaki daha ucuz ve temiz yemek yemeğe elverişli bir lokantanın bulunmamasından yakınmaktadır.

Y.Ö.K. ve Yurtlar Kurumu tarafından yaratılan şartların özel yurtlarda, kiralık odalarda, pansiyon ve otellerde barınmakta olan öğrencilerin sağlayabildikleri şartlara kıyasla daha çok mükemmel olduğu kabul edilecek olursa, genel durumun ne kadar üzücü olduğu kolayca anlaşılır. Daha önce belirttiğimiz bu düşük gelirle elverişli barınma şartlarının yaratılması beklenemez. Bugünkü öğrenci geliri ile, konut maliyeti, kirası ve özellikle her ihtiyacın en pahalı fiyatlarla karşılanabildiği büyük şehirlerdeki durum dikkate alınacak olursa, öğrenci arkadaşlarımızın beslenmesinin yetersizliği yanında, bir de barınma olanağından yoksun oldukları acı bir gerçek olarak ortaya çıkar.

Bütün bu verilerden anlaşılacağı üzere, barınma durumu, beslenme durumundan daha iyi değildir. Yetkililerin öğrencinin barınma ihtiyacı olarak tanımladığı aylık 80-120 TL. öğrencinin gereksinmesini karşılamaya yetmesi olanaksız hatta imkânsızdır.

### SAĞLIK

Genç insan genel olarak sağlıklı insandır. Fakat daha önce açıkladığımız kötü koşullar nedeni ile öğrenciler ekseriya sağlıklarını koruyamamakta ve sağlığını korumak için ne yapacağını bilemediğinden başka, hastalığında gerekli ihtimamı görmemektedir. Durum böyle olunca toplum hesabına büyük kayıplar ortaya çıkmaktadır. Çok az da olsa devletin ve büyük mik-



tarlarda ailelerin harcamaları ile yetiştirilmiş ve ülkenin en değerli varlıkları olarak tanımlanan öğrencilerin, sağlıklarının korunma olanaklarının yetersiz olması veya sakatlanması, kısacası verimle yaşama imkanlarının kısıtlanması topluma pek çok şey kaybettirir.

Üniversiteye kadar ulaşabilmiş olan gençlere hayata atılmaya kadar yapılan masraf 500000 - 750000 TL. arasında değişmektedir. Eğitim bir yatırım olarak kabul edilirse bu miktar para harcayarak yetiştirilmiş gençlerin tıpkı binalar, barajlar gibi korunması gerekir. Oysa ki geri kalmış toplumlar canlıları korumaz, cansız yatırım üzerinde titrerler. İnsan hayatı genel olarak küçümsenir. Yurdumuzda yeteri kadar hekim bulunmaması, tıp fakültelerini bitirenlerin daha çok gelir sağlamak amacıyla 1/3'e yaklaşan bir oranda yabancı ülkeler de görev almaları ve nihayet üniversite yönetiminden ilkokul yönetimine kadar, bütün eğitim örgütlerinde sağlık hizmetlerinin en son plâna atılmış olması, hasta öğrenci sayısını her geçen gün biraz daha artırmaktadır. Türkiye'de doğan bin çocuktan 153'ü daha bir yaşına basmadan ölmektedir. Oysa ulusal gelirleri bizden geri olan ülkelerde bile bebek ölümleri bizden daha azdır. Çok acıdır ki 12 yaşına basıncaya kadar ölen çocuk sayısı 400'ü bulmaktadır. Yüksek öğrenim çağına kadar gelebilmiş öğrenci, çetin sağlık koşullarından geçmiş fakat her defasında sağlığından bir şeyler kaybederek bu çağa ulaşmış insandır. Bu çağda iyi bakılır ve sağlık yönünden kontrol altında bulundurulacak olursa, hem öğrenimin sonuçları ve hemde eğitilen kişinin Türkiye'ye daha uzun süre hizmet etmesi olanağının yaratılması bakımından elverişli sonuçlar alınabilir.

Ege Üniversitesi Mediko Sosyal Merkezine 1975 yılında 20992, 1976 yılı mayıs ayının 18'ine kadar 9.709 öğrenci muayene isteği ile başvurmuştur. Bu öğrencilerin yaklaşık % 70'i İç Hastalıkları Kliniğine, % 8'i K.B.B. hastalıkları kliniğine, % 5'i Dermatoloji kliniğine, % 17'si ise değişik kliniklere başvurmuşlardır. Özellikle beslenme koşulları son derece fena olan öğrencilerin çoğu hastalıklara karşı direnme kabiliyetini yitirmiş durumdadır. Bir bunalım içinde yaşayan öğrencilerin çoğu mevcut şartlara dayanamadıklarından, ruhen de hasta insanlar haline gelmektedirler.

Yüksek öğrenim gençliğinin sorunlarını temelinden çözmek ve devrimci bir görüşe uyarak eğitim için yapılan yatırımları toplum yararına işletmek düşünülüyorsa, öncelikle yüksek öğrenim çağındaki çocukların karınlarının doyurulma-

sına müsait bir yerde barındırılarak öğrenime elverişli bir ortam hazırlanmasına ihtiyaç vardır. Temel ihtiyaçlar karşılanmadan, hastalananları hastanelere sevk etmek ve tedaviye çalışmak kalburla su taşımaya benzer. Ege Üniversitesi Mediko Sosyal Merkezi elindeki bütün olanakları seferber ederek ihtiyaca cevap vermeğe çalışıyorsa da hizmetin yeterli olduğu iddia edilemez. Bu merkez Türkiye'nin yataklı tek Mediko Sosyal Merkezi olmasına rağmen, 4 uzman ve 7 pratisyen hekimle bu işleri yürütülmesi beklenemez. Yeterli hale getirilebilmesi için, önce her kliniğin başına bir mütehassis hekim getirmekle tedavi açısından kanımızca büyük yararlar sağlanabilir ve her şeyden önce öğrenci Tıp Fakültesi polikliniklerinde sıra beklemekten kurtulur.

## SONUÇ

1 — Yüksek öğrenim gençliğinin eğitimle ilgili sorunları, bunun dışındaki sorunları ile çok yakın ilişkilidir.

2 — Burada incelediğimiz beslenme, barınma, sağlık gereksinmelerinin öğrencilerin çoğunluğu göz önüne alınırsa gayet yetersiz karşılandığı görülmektedir.

3 — Her olayda bütün sonuçları yüksek öğrenim gençliği üzerine atmaya alışmış olan ilgililerin, öğrencilerin yıllardan beri ihmale uğramış olan yukarıdaki sorunları ile ilgilenmelerini kendi görevlerinin gereği olarak bekliyoruz.

**TOB'a ABONE OLUN  
ABONE BULUN**

BİR YILLIK ABONELİK İÇİN TOB'UN POSTA ÇEKLERİ MERKEZİNDEKİ 96482 NO'LU HESABINA, OKUNUR ADRESİNİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR.



# Olimpiyatlar ve Ötesi

Dr. Şeref Can

Ulusal düzeyde toplumsal yapıya ve siyasal sisteme bağlı olarak gelişen spor, uluslararası ilişkilerde de yansıyor. uluslararası ilişkiler, salt sportif sayılabilecek ilişkileri de normal olarak etkiliyor. Bu açıdan olimpiyatlar, hiç bir zaman salt bir spor olayı olmamışlardır. Doğrudan doğruya politik olaylar sayılmasalarda ideolojik savaşın bir yarışma alanı olagelmışlerdir.

ABD'nin 1894'lerde düzenlediği ilk olimpiyatlarda, dünya ölçüsündeki üstünlük yarışında İngiltere'nin önüne geçme savaşı vermişlerdir. 1936 Berlin Olimpiyatları faşizmin ideolojik bir saldırısı olarak, Alman ırkının üstünlüğünü kanıtlama hedefini güdüyordu.

Olimpiyatlar, biri Birinci, ikisi İkinci Dünya Savaşları yüzünden olmak üzere üç kez yapılamamıştır.

1952 yılına kadar emperyalizm, ilk sosyalist ülke olan Sovyetler Birliği'ni olimpiyatların dışında bırakmış, ancak yeni sosyalist ülkelerin doğuşu ile değişen güç dengesi sonucu, SSCB ilk kez 1952 Helsinki Olimpiyatlarına katılmıştır. 1960'tan sonra, sosyalist ülkeler olimpiyatlardaki derecelerde ilk sıraları almaya başlayınca, ABD bu defa öncülüğünü kendisinin yaptığı olimpiyatlar fikrini baltalamaya girişmiştir. «Olimpiyatları desantralize etme» görünüşü arkasında, yarışmaları kıta düzeyinde düzenleme önerisi ile ortaya çıkan ABD, aslında uluslararası düzeyde böylesine büyük bir yarışmanın dışına kaçmak, sosyalist ülkelerin üstünlüğünün ortaya çıkmasını önlemek istemekteydi.

Bu ve benzeri çabalar, aslında spor ahlakı ile hiç bağdaşmayan bir tutumun sonucu olmuştur. 1930'lardan bu yana, toplanması sürekli olarak engellenen Olimpiyat Kongresi, sosyalist ülkelerin ve 3. Dünya ülkelerinin girişimleri sonucu, 1973'te Varna'da toplanmış ve bundan sonraki olimpiyatların «Barışçı bir dünya için spor» sloganı altında yapılmasını kararlaştırmıştır. Kıta düzeyinde olimpiyat düzenleme fikrini kesinlikle mahkum eden bu kongre, 1980 Olimpiyatlarının da Moskova'da düzenlenmesine karar vermiştir.

Geçtiğimiz ay Kanada'nın Montreal kentinde; kapitalist ülkelerin yıldız üretme ve yıldız kullanma esasına dayanan spor

anlayışı karşısında, sosyalist ülkelerin insanlar ve toplumlar arasında barışı ve dostluğu geliştirmeyi amaçlayan spor anlayışları karşılaştılar. 1976 Montreal Olimpiyatları sonucu madalya dağılımı şöyle:

ÜLKE ADI	ALTIN	GÜMÜŞ	BRONZ	TOPLAM
S. S. C. B.	47	43	35	125
D. ALMAN CUMHURİYETİ	40	25	25	90
ABD	34	35	25	94
F. ALMANYA	10	11	17	38
JAPONYA	9	6	10	25
POLONYA	8	6	11	25
BULGARİSTAN	7	8	9	24
KÜBA	6	4	3	13
ROMANYA	4	9	14	27
MACARİSTAN	4	5	12	21
FİNLANDİYA	4	2	—	6
İSVEÇ	4	1	—	5
İNGİLTERE	3	5	5	13
İTALYA	2	7	4	13
YUGOSLAVYA	2	3	3	8
ÇEKOSLOVAKYA	2	2	4	8
YENİ ZELANDA	2	1	1	4
FRANSA	1	2	5	8
GÜNEY KORE	1	1	4	6
İSVİÇRE	1	1	2	4
KUZAY KORE	1	1	—	2
JAMAİKA	1	1	—	2
NORVEÇ	1	1	—	2
DANİMARKA	1	—	2	3
MEKSİKA	1	—	1	2
TRİNİDAD	1	—	—	1
KANADA	—	5	6	11
BELÇİKA	—	3	2	5
HOLLANDA	—	2	3	5
PORTEKİZ	—	2	—	2
İSPANYA	—	2	—	2
AVUSTRALYA	—	1	4	5
İRAN	—	1	1	2
MOĞOLİSTAN	—	1	—	1
VENEZÜELA	—	1	—	1
BREZİLYA	—	—	2	2
AVUSTURYA	—	—	1	1
TAYLAND	—	—	1	1
PORTO RİKO	—	—	1	1
BERMUDA	—	—	1	1
PAKİSTAN	—	—	1	1
T Ü R K İ Y E	0	0	0	0



Tabloda ülkemizin adının olmaması ırk ayrımını protesto ederek katılmamız değil, sporcularımızın şanssızlığı, sakatlığı, hakemlerce haklarının yenmesi, iklim şartlarına uyamamaları.. vs. değildir. Montreal Olimpiyatları emperyalizme bağımlı tekelleri sermayenin ülkemizi çağdaş uygarlık düzeyinin nerelelerine sürüklediğini göstermiştir. Kısaca adımız hıdır elimizden gelen budur. Gerçekte Montreal ekibimiz, gelmiş geçmiş siyasal iktidarların en son halkası MC'nin, ülke içinde ettiklerini, evrensel alanda biçmiştir.

Başka ülke gençleri Olimpiyat kürsüsünde kazandığı madalyalarını ve ülkesinin bayrağını kaldırırken, bizim gençlerimizin ise ötedenberi bayrağa sarılı cenazeleri kaldırılmaktadır.. Soruna bu açıdan yaklaşırsak, sporda son yıllarda birbiri ardısına aldığımız yenilgileri ve Montreal kös dönüşü gençlerimizin yeteneksizliğine bağlamamak gerektiği çıkar ortaya.

Daha dün ABD'nin bir sömürgesi olan Küba'nın Montreal'de göstermiş olduğu başarı, kazanmış olduğu toplam 90 madalya ile Sovyetlerin ardından ikinci olurken, Federal Almanya'nın yarısının yarısı bir nüfusa sahip olduğu halde onu geride bırakan Demokratik Alman Cumhuriyeti'nin göstermiş olduğu başarı... sonuç olarak bir sistemin gösterdiği başarı, herhalde rastlantı sonucu değildir.

### SPOR NEDİR?

«Geleceğin Eğitimi, belirli bir yaşın üzerindeki bütün çocuklar için üretici emekle öğretimi ve cimnastiği birleştirecektir, ve bu yalnızca sosyal üretimi artırma yöntemi değil, mükemmel insanların üretilmesi (yetiştirilmesi)nin tek ve biricik yöntemi olacaktır.»

Marx'ın bu sözlerinden de ortaya çıkmaktadır ki spordaki genel erek, insanın, yurttaşın çok yönlü olarak yetişmesine, onun gereksinimlerinin tatminine, insan doğasının zenginleştirilmesine katkıda bulunmak, gerçek yaşamın istediği fizik etkinliklere hazırlamaktır.

Bedensel etkinlik, insanın üretim etkinliği içindeki görece yerini yitirme eğilimindedir. Sovyet Bilim Adamı Aleksandr Berg'in yaptığı hesaplara göre: «19. yy. ortalarına doğru yeryüzünde üretilen ve tüketilen tüm enerjinin % 94'ü insanın kas gücü ve koşum hayvanlarınca sağlanırken, bugün insanın kas gücü bu enerjinin ancak % 1'ini üretmektedir. Böylece

spor bir bedensel etkinlik olarak insanın önemli bir gereksinimi niteliğini kazanmaktadır.

Ancak her bedensel etkinlik spor değildir. Sporun kendi ayırddedici özelliği belirmeli, yaratıcı bir efor, bir çaba ortaya çıkmalıdır. Yüz yıl öncesine göre «banyo yapmak» aşağı yukarı aynı kaldığı halde, yüzme sporu çok büyük bir gelişme göstermiştir. Bu tür özel bedensel etkinlikleri, toplumların geleceğini belirleyen eğitim, sağlık, boş zaman değerlendirmesi, yaşam düzeyi gibi temel sorunlardan ayırmak artık olanaksızdır. Bedensel etkinlikler doğumdan başlayarak kişinin temel gereksinmelerine cevap verir. Çünkü bilimsel ve teknik gelişmelerden etkilenen üretim ve yaşam biçimleri, insanın fiziksel yaşamını olduğu kadar, biyolojik ve psikolojik oluşumunu ve konumlarını da önemli ölçüde etkiler.

Görüldüğü üzere, yakın zamanlara kadar, yaşam daha fazla bedensel etkinlik gerektirirken, bugün zihinsel etkinlik görece bir üstünlük kazanmaktadır. Bedensel çalışmanın azalması eğilimi genelleşmektedir. Sonuç olarak, sinir sistemine dayalı «harcama» azalmaktadır. Kentleşme, ulaşımın makineleşmesi bu eğilimi güçlendirmektedir. Böylece, boş zamanların değerlendirilmesi, sinir sistemi ile bedensel etkinlikler arasındaki uyumun sağlanması, organizmanın hayatiniyetini koruması, sağlıklı düşünebilme ve çalışabilme sorunları, yeni boyutlar kazanmaktadır.

Böylelikle, temelde salt bedensel bir etkinlik olan 'spor', bir toplumsal ilişki biçimi niteliğini almakta, üst yapı içinde yer alan kültürel bir olgu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu niteliği ile spor ya da «kültür-fizik» denince, insanın bedensel gelişmesinde etkin olan, toplumsal içerikli her türlü kazanımlar anlaşılmalıdır.

Oysa çoğu zaman bu genel anlamda spor ile «yarışma sporu» birbirine karıştırılmakta, bu dar anlamdaki spor da bazan Türkiye'de olduğu gibi futbola indirgenmektedir. Yarışma sporu, sporun özel bir biçimidir. Üst düzeyde performanslar elde etme amacına yöneliktir. Özel ve sürekli çalışmayı gerektirir. Toplumun genel gelişme düzeyi ve buna bağlı olarak uygulanan bilimsel çalışma yöntemleri, bu tür sporda başarının tek ve yeterli koşulu sayılmaktadır.

Bu bakımdan Montreal Olimpiyatlarında başarı gösteren ülkeler, yerel ölçülerde var görünenlerden ziyade, gerçek anlamda yerel ölçülerde var olanlar olmuştur.



## Sağlık Herşeyden Önce Gelir \*

*Dr. Nikolai İzmecev \*\**

Bilimsel ve teknolojik gelişme, endüstriyel işlerde büyük değişiklikler getirdi. Ağır işler yavaş, yavaş ortadan kalkarken, el emeği yerini makinalara bırakıyor. Bununla birlikte, gelişme ve modernleşme, yanlarında sıklıkla işçilerin sağlığı için tehlikeler de getirdi. Birçok endüstri dallarında işçiler yeni kimyasal maddelerle temasa geliyorlar ve radyasyon, gürültü, vibrasyon, toz ve benzeri birçok mesleki tehlikelere maruz kalıyorlar.

Meslek hastalıkları konusunda araştırma yapmak, koruyucu önlemleri geliştirmek, daha sağlıklı çalışma ve yaşama koşulları sağlamak için, ilk enstitü 1923 yılında Moskova'da kuruldu. Bu enstitü şimdide Sovyet Bilimler Akademisi'nin bir parçasıdır ve iş hijyeni ile meslek hastalıkları konusunda araştırma yapmakla sorumlu yüzden fazla merkeze yol göstermekte, sevk ve idareyi sağlamaktadır. İş hijyeni enstitüleri, Moskova, Leningard, Gorki, Sverdlovsk, Ufa, Angrask, Kiev, Kharkov, Donetsk, Krivoy-Rog, Tbilissi, Erevan, Bak, Karaganda ve Saratovu içine alan büyük endüstri merkezlerinde kurulmuştur.

İş sağlığı problemleri konusunda çalışmalar, özel olarak görevlendirilmiş araştırmacılarca, tıp okullarında, sağlık laboratuvarlarında ve sağlık epidemiyoloji istasyonlarında yapılmakta olup, bunlar devlet adına teftiş yapmakla da sorumludurlar. Muhtelif enstitüler endüstriyel güvenlik konusunda speşyalize olmuş ve bunlar Sovyet Merkez Sendikalar Konseyi (Meclisi) tarafından kontrol edilerek, fabrikalarda kazaların önlenmesi konusunda etkili olmaktadır.

\* WORD HEALTH. (Dünya Sağlık Teşkilatı Yayın Organı July-August 1974 Sayfa: 22.

\*\* Sovyetler Birliği Medikal Bilimsel Akademisi «İş Hijyeni ve Meslek Hastalıkları Enstitüsü» direktörü.

Mekanizasyon ve otomasyon, endüstrinin bütün dallarında, meslek hastalıklarının önlenmesinde, şüphesiz yararlı etki yapmakta ve genellikle etkili bir araç olmaktadır. Teknolojik yönden geri endüstride, birçok işlemler elle yapılmakta olup, kazaları önlemek zor hattâ olanaksızdır. Bu konuda birçok kanıt vardır.

Meslek hastalıklarını önleme ve çalışma koşullarını düzeltme konusunda herhangi bir çalışmada esas olan; kimyasal maddeler, tozlar, gürültü ve iyonizan radyasyon gibi zararlı çevresel faktörler yönünden sağlıklı standart şartları sağlamaktır. Bu standartlar bilimsel merkezlerde geliştirilmiş, kanunlaştırılmış ve bütün fabrikalarda, iş yerlerinde uygulanması zorunlu kılınmıştır. Devlet sağlık müfettişliği bunların, tam olarak uygulanıp uygulanmadığını kontrol ederken, sendika ofisleri ve volanter emekçi koruma müfettişleri ve fabrika işçilerinin kendileri de sağlık ve güvenlik önlemlerinin ve standartlarının denetimini yaparlar.

İş hijyeni ve meslek hastalıkları konusunda incelemeler, bölümler halinde aşağıda açıklanmıştır.

### ZEHİRLENMELERİN ÖNLENMESİ

Kimya endüstrisinde mekanizasyonun ve otomasyonun yaygınlaşması, işçilerin tehlikeli maddelerle ilişkiye gelmesi gereğinin büyük ölçüde azalması anlamına geliyor. Bütün fabrikalarda, yüksek etkili, havalandırma sistemleri kurulmuş, cihazların dışarıyla irtibatı kesilmiş ve işlemlerin otomatik olarak başlatılıp, durdurulması planlanmıştır.

Yeni bir kimyasal madde geliştirildiğinde bunun sağlık açısından taşıdığı riske özel bir önem verilir. Mümkün olan yerlerde daha az toksik olan maddeler kullanılır veya başka önlemler alınır. Örnek olarak; özel güvenlik konusunda, uzmanların öğütleriyle, benzol gibi tehlikeli eriticiler, birçok kimya ünitelerinde yerini tolvane gibi daha az tehlike taşıyan maddelere bırakmıştır.

Sovyetler Birliği'nde sağlık kanunları, arazi ve suyun kullanılması ile ilgili kanunlar, öncelikle yetkili kontrol organlarının izni olmadan yeni kimyasal ürünlerin kullanılmasını yasaklamıştır.

1971 yılında oluşturulan yeni sağlık standartları, endüstriyel iş yerleri için aşağıdaki hükümleri getirdi:



«Bir iş yerinin havasında zararlı bir maddenin maksimum konsantrasyonu, sekiz saatlik iş günlerinden oluşan bir çalışma yaşamı boyunca (Gerek çalışma esnasında, gerekse daha sonra) herhangi bir rahatsızlık veya hastalığa sebep olmayacak oranda olmalıdır.» Bu hastalıklar modern araştırma yöntemleriyle aranmıştır. Böylece kimyasal maddeler konusunda 700 standart tesbit edilmiş ve bu şartlarda işçilerin maddeyle temasına izin verilmiştir.

Kimyasal işletmelerde iş kollarına dikkat edilmiş, ciddi zehirlenme olayları pratik olarak (İşçiler arasında) ortadan kalkmıştır. Kronik mesleki zehirlenmelerin oranı ise düzenli bir şekilde düşmüştür. İstisnalar dışında kanserojen maddeler yasaklanmıştır.

Tozların oluşturdukları hastalıklara karşı çalışmalar yapacak bir komite, 1964 yılında Bilimsel Akademisinde kuruldu. Havadaki toz miktarını azaltacak bir dizi çalışma (Ölçüm ve önlem çalışması) geliştirilmiş ve değişik bilimsel merkezlerde uygulanmıştır. Bunlar fabrikalarda denetçiler tarafından kontrol edilmektedir. Aynı zamanda önemli kanuni tedbirler alınmış, 20 yaşından aşağı gençlerin maden kömürlü işletmelerde ve diğer madenlerde çalışması yasaklanmış, madenlerde, asbestoz fabrikalarında ve tozun sağlık açısından önemli olduğu endüstrilerde iş saatlerinin kısaltılması yoluna gidilmiştir. Benzeri endüstri dallarında işçiler ücretli ek izinlere, daha erken emekliliğe ve benzeri avantajlara hak kazanmışlardır.

Toza maruz kalan işçilere periodik tıbbi muayeneler uygulanır, iş yerlerinde tozu azaltacak özel araçlar yerleştirilir, yeni metodlarla pnomokonyozların erken tanı ve tedavisi garanti altına alınır.

Ukrayna'da bir madencilik kasabası olan Novovolynsk'te her 1000 kişi için 20 tıbbi görevli bulunur. Bu ise bütün ülke ortalamasının 2,5 katıdır. Her madenci, her yıl tıbbi muayeneden geçer. Bunun sonuçları doktorlar, mühendisler, sendika delegeleri ve hükümet yetkililerince dikkatle analize edilir. İşçiler kasabaya fazla uzak olmayan, bir gölün kıyısındaki, şahane manzaralı prophylactorium istasyonuna (dinlenme evi, sanatoryum) getirilir. Burada dinlenmek, gerekli tıbbi bakımı görmek, gerektiğinde çamur banyoları ve hidroterapi uygulamak mümkündür.

Maden endüstrisinde, havadaki toz oranının düşürülmesinde ve tozla oluşan hastalıkları azaltma yolunda dikkate değer

başarılar sağlanmıştır. Örneğin Baleyzoloto maden kompleksinde metreküpteki toz oranı, birkaç yüz miligramdan iki miligramla düşürülmüştür.

İşyeri çevresindeki fizik faktörler arasında gürültü, vibrasyon, iyonizan radyasyon, çok yüksek ve çok düşük ısı sayılabilir. Bunlar içinde sağlık ve güvenlik standartları oluşturulmuştur.

Radyolojik korunma açısından önemli başarılar elde edilmiştir. Fabrika işçilerinin günlük çalışmalarında; artık tehlike teşkil edecek derecede radyasyona maruz kalmadıkları söylenebilir. Radyoaktif materyalin elle işlem gördüğü yerlerde kazaları önlemek için, mümkün olan herşey yapılmıştır.

Halen makinalar ve makina parçaları, sağlık standartlarının öngördüğünden fazla gürültü ve vibrasyon (titreşim) yapmaktadırlar. Bununla birlikte araştırmalar, vibrasyonun sebep olduğu hastalıkları önlemek için komplike tekniklere gerek olmadığını göstermiştir. Bütün sorun işin rasyonel şekilde organizasyonudur ve en etkili önlem; vibrasyona direk maruz kalınan saatleri azaltmaktır.

Metal işçilerinin günlük çalışma sürelerinin % 50-85'lik bölümünde parlatma kesme, inceltme, sivirtme gibi işlemlerle; vibrasyona maruz kaldıkları hesaplanmıştır. Bu nedenle bu işler vibrasyon hastalıklarına en uygun işleri oluşturmaktadır. Eğer vibrasyona maruz kalma süresi iş gününün % 20-30'una düşürülürse bu hastalık artık görülmeyecektir. Bugün bunu sağlamak için, işçilere ikinci bir iş öğretilerek, karışık ekipler oluşturulmuştur.

Murmansk bölgesinde, severonikel maden kompleksinde yılda vibrasyona maruz kalma süresinin 100 iş gününden fazla olmayacağına dair sınırlama getiren bir kural konmuştur. Sendika ile yönetim arasındaki işbirliği, matkap (delgi) işinde çalışan her işçinin, vibrasyon tehlikesiyle karşı karşıya bulunduğu ikinci iş öğrenmesi sağlanmıştır.

İş programlama önlemlerine paralel olarak, vibrasyon hastalığına karşı başka yöntemlerde uygulanır. Vysokogorsk'taki demir madeninde (Ural dağlarında) ve Degtyrask bakır madenlerinde (Sverdlovsk) delme işlemlerinin yarısından çoğu, işçileri vibrasyondan tamamen koruyan ekipmanlarla yapılmaktadır. Sağlık servisleri bütün işçilere periodik muayeneler;



el banyoları, masaj, ultraviyole tedavisi ve benzerleri gibi tedaviler uygulanır. Bunlar fabrika tedavi merkezlerinde sağlanmaktadır.

Son yıllarda SSCB. Bakanlar Kurulu gürültüyle mücadele için bir dizi kararlar almıştır. Özel enstitü ve laboratuvarlar kurularak, fabrikalardaki gürültü düzeyinin ayarlanması, makina ve ekipmanlarda yapılacak geliştirmeler incelenmektedir.

Gürültülü fabrikalarda bir işe alınmadan önce işçiler; böyle bir işe uygun olup olmadıklarının anlaşılması için tıbbi muayeneden geçmelidirler. Daha sonra yılda bir veya her 2-3 yılda bir muayene edilirler. İş kanunları, gürültü faktörü taşıyan işlerde, onsekiz yaşından küçüklerin çalışmalarını yasaklar. Sağlık müfettişleri, sağlık servis hekimleri, sendika ve hükümet delegeleri gürültünün düzene sokulması işini sıkıca denetlerler.

Bütün endüstri işletmeleri için değişik sağlık standartları ve güvenlik kuralları tesis edilmiştir. Sonuç olarak çelik endüstrisinde ve demir dışındaki metal endüstrilerinde ve diğer endüstri dallarında iş koşullarında kesin, belirli düzelmeler sağlanmıştır.

Otomasyon ekipmanlarında, kontrol panellerinde çalışan operatörler ve yürüyen şerit sistemi işçilerinin, iş koşulları için çalışmalar yapılmıştır. İşçilere sedanter (uyuşturucu) ve monoton işlerdeki olumsuz etkiler, kötü ayarlanmış iş ve dinlenme periyotlarının yarattığı yorgunluk ve bitkinlik, çalışma esnasında bedenın yanlış duruşu (posturün hatalı oluşu) ve benzeri konularda eğitimler düzenlenmiştir. Meslek hastalıklarında tanı, bunların önlenmesi ve tedavisi tam ve doğru olarak iş kapasitesinin tayini konularında genel prensipler formüle edilmiştir. Bu prensipler ülke çapındaki sağlık ve iş kanunlarında yerlerini almışlardır.

İş hijyeni ve meslek hastalıkları enstitüsü, sağlık yönünden tehlike teşkil eden fabrikalarda, tıbbi muayenelerin tekniği ve organizasyonu konusunda danışman görevi yapar. Bu yolla doktorlar, enstitü kliniklerinde, değişik endüstri konularında kendilerini hazırlama olanağı bulurlar. Yeni araştırma yöntemleriyle, kesin tanı konamayan hastalıkların, tanınması kolaylaşır.

Geliştirilen tıbbi muayene yöntemlerine uygun olarak, iş koşullarını iyileştirici (ıslah edici) önlemler alınmıştır. Örneğin

Tyumen'deki otomatik elektririk donatımları üreten işletmelerde yürütülen incelemeler sonunda, çeşitli sektörlerde otomatik montaj hatları kurulmuş ve metal işçilerinin çalışma koşulları ıslah edilmiştir.

S.S.C.B.'de işletmelerde 1500 dolayında sağlık servisi vardır. Bunların sayıları son 10 yılda % 38 artmıştır. Ilitch metal mühendisliği işletmeleri (Jdanov'da) örnek olarak gösterilirse; sağlık servisi, iyi donatılmış 2 polikliniği, geniş çaplı bir fizyoterapi servisi ve acil servisi bulunan 730 yataklı bir hastanesi bulunan büyük bir komplextir. Çalışmalar her birinde bir dahiliyecisi (veya pratisyeni), bir cerrah ve bir nörolog bulunan 19 bölümle yürütülmektedir. Doktorlar metal işçilerinin çalışma koşullarına vakıftırlar ve her yıl meslek hastalıkları insidensini azaltmak için, sendika temsilcileriyle birlikte, tedbirleri incelerler.

Bir meslek hastalığı teşhis edildiği zaman, önemli olan hastanın gelecekteki iş kapasitesinin tam bir değerlendirmesini yapmaktır. Hastalığın erken dönemlerinde çoğu zaman, etkili bir tedavi uygulamak, özel bir diyet veya tedavi merkezinde kısa süre kalmak ve hasta tamamen iyileşip iş kapasitesi yerine gelinceye kadar etkenden uzaklaştırmak yeterlidir. İş kanunlarına göre, bir meslek hastalığı belirtisi gösteren işçiler, herhangi bir maaş azalmasına uğramaksızın, iki ay veya daha uzun süre başka bir işe veya yere transfer olmaya hak kazanırlar. Ek olarak işçi daha yüksek aylık ve emekli aylığı alır. Daha ciddi meslek hastalığı vakalarında işçi sürekli olarak başka bir işe transfer olur. Eğer tamamen çalışmayacak durumda ise, özel bir aylıkla emekli olur. İşçi başka bir işe transfer olmadan önce, doktorlar, yeni işin, şahsın sağlığına sadece tehlike teşkil etmemekle kalmayıp, aynı zamanda gücünü tekrar elde edeceği, onun gerek moral, gerek fizik iyiliğini sağlayacak bir iş olduğunu garanti etmekle sorumludurlar.

İş kapasitesini en iyi şekilde tayin etmek amacıyla, 1965'te Moskova bölgesindeki Viladimirovski araştırma enstitüsünde özel bir bölüm kurulmuştur. Bu enstitü, fabrika doktorları ve meslek hastalıkları uzmanlarına düzenli seminerler veren ve bilgi tazeleme kursları düzenleyen merkezlerden biridir. Bilim merkezleri ile fabrika tıp ve sağlık servisleri arasındaki, sürekli ilişki meslek sağlığı servislerinin düzeyinin yükselmesine yardımcı olur.



Sendikalar işçi sağlığının korunması konusunda çok önemli bir rol oynarlar. Sovyetler Birliği'nde 1933 yılından beri sosyal güvenlik sistemi kurulmuş olup, sistem bu zamandan beri, ülke ekonomik gelişmesine uygun olarak geliştirilip ıslah edilmiştir.

Sovyet Rusya'daki sosyal güvenlik özellikle koruyucu bir karakter taşımaktadır. İşçilerin aldığı pek çok ödeneye ek olarak, çeşitli avantajlar sağlanmıştır. Örneğin; çalışma kapasitesini geçici olarak kaybedenlerin kompensasyonu ve doğum yapanların çalıştırılmaması yanında, işçilerin kendileri ve ailelerini korumada daha ileriye varan koruma tedbirleri mevcuttur. Sosyal güvenlik fonlarının önemli bir bölümü sağlık kuruluşlarındaki tedaviye ayrılmıştır. Her yıl 8 milyondan fazla insan sağlık kurumlarınca tedavi edilmektedir. Hastaların çoğu, tedavi bedellerinin % 30 dan fazlasını ödememektedir, geriye kalan miktar ise, sendikaların denetimindeki, sosyal güvenlik fonundan sağlanmaktadır. Son yıllarda çeşitli bakanlıklar ve endüstri kuruluşları, çok sayıda dinlenme merkezleri ve sağlık evlerinin kuruluşunu üzerlerine almışlardır.

S.S.C.B.'de iş yasasını düzenleyen prensiplerin kabul edildiği Ocak 1971, işçilerin sağlığı açısından, önemli bir tarihtir. Bu metnin yürürlüğe girmesiyle Sovyetler Birliği'ndeki iş yasasının temel ilkeleri belirlenmiş olmaktadır. Yasada; çalışma hakkı, dinlenme (boş zaman) hakkı, yapılan işin nicelik ve niteliğine göre ücret hakkı, mesleki yetiştirme hakkı, disipline uyma, dürüst ve bilinçli çalışma esasları düzenlenmiştir. Ayrıca yasadaki özel bölümler gençlerin ve kadınların çalışma koşullarını da kurallara bağlamaktadır. Doğum öncesi ve doğum sonrasıyla ilgili olarak kadınlarda ek avantajlar sağlanmıştır. Ayrıca emekli oldukları halde çalışmayı arzulayanlara başka ayrıcalıklar tanınmaktadır. Yeni yasayla birlikte işsizliğe karşı korunma hakkının, sağlıklı olma ve iş kazalarına karşı korunma hakkının elde edilmiş olmasıyla özel bir önem taşımaktadır.

Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığıyla ilgili olarak benimsenen son hedef; iş kazalarını ve mesleki hastalıkları ortadan kaldırmaktır.

## SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz

## SAYIN OKUYUCULARIMIZ

TOB'a Abone Olunuz  
Abone Bulunuz

TOB DERGİSİNDE BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN,  
96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR ADRESİNİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR.

ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.





ANKARA  
VE  
İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



AĞUSTOS — EYLÜL 1976/SAYI 11 - 12/YIL 1/ FİYATI 10 TL.