memleket mevzuat

aylık yerel yönetim dergisi Mart-Nisan 2007 Cilt:2 Sayı:21-22

ISSN:1305-9092

KENTSEL ALANDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

TÜRKİYE'DE KENTLERDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

YERELLEŞTİRME, ÖZELLEŞTİRME VE YÖNETİŞİM

KENTSEL VE GECEKONDU YERLEŞİM YERLERİNDE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER

AİLE HEKİMLİĞİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

YEREL SAĞLIK HİZMETLERİ

RÖPORTAJ: MUHAMMET ÜNLÜ HİLMAN YAKUT

DENİZ SAYIN

DOSYA

YEREL YÖNETİMLER ve SAĞLIK

www.yayed.org.tr

YAYED YEREL YÖNETİM ARAŞTIRMA YARDIM VE EĞİTİM DERNEĞİ

memleket mevzuat
Aylık Yerel Süreli Yayın

YAYED

adına, sahibi
Genel Yayın Yönetmeni
Birgül Ayman GÜLER

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Av. Zühal Sirkecioğlu Dönmez

Yazı İşleri Müdürü
Sibel Yıldırım

İşletme Genel Yönetmeni
Kemal Düzel

Kapak Fotoğraf
A. Dursun Yılmaz

Baskı: Başkent Klişe Matbaacılık
Bayındır Sok. No: 30/E Kızılay-ANKARA
Tel: 0312 431 54 90

Baskı Bitiş Tarihi: 15.04.2007

YAYED
Yönetim Yeri:
Ziya Gökalp Cad. 30/17,
06420 Kolej-ANKARA
Tel: 0312 430 35 60, 430 62 90
Faks: 0312 430 62 90
www.yayed.org.tr
merkez@yayed.org.tr
ISSN : 1305-9092

Bu sayımızda

Dergi abone bedeli :
Yıllık (1 adet) abone bedeli (KDV dahil) 300 YTL
Yıllık (2 ve daha çok) abone bedeli (KDV dahil) 240 YTL
Hesap No :
YAYED İktisadi İşletmesi
T.C. Ziraat Bankası 1262 Mithatpaşa Şb. 43436143-5001
Posta Çeki: 5066311

Mart-Nisan 2007 Sayı 21-22

İçinde bulunduğumuz yıl, 2007 yılı, Türkiye'nin tarihinde önemli yıllardan biri olacak. Mayıs 2007'de yapılacak Cumhurbaşkanı seçimi ve sonbaharda yapılacak genel seçimler, ülkenin geleceğinde kritik rol oynayacak. Şimdiye kadar çıkarılmış ve hemen hepsi 5000'li bir rakam taşıyan yasaların asıl sonuçları, bu iki seçim sonucuna göre etki gösterecek. Tümü Anayasa Mahkemesi'ne gönderilen 5302 İl Özel İdaresi, 5216 Büyükşehir, 5393 Belediye, 5355 Mahalli İdare Birlikleri ve 5449 Kalkınma Ajansları Kurulması hakkındaki yasa, bu seçimlerin sonuçlarına göre farklı etkiler yaratacaklar.

Ülkemizde, uygulanabilmek için gerekli asgari uzlaşmayla çıkarılmayan bu yasalar bir yandan uygulanmakta bir yandan da ya Anayasa Mahkemesi ya da Danıştay başta olmak üzere hukuka uygunluk bakımından sorgulanmakta. Yürütme organı ve idare, bu yasalardan kendileri için önemli çıkar sağlayan kesimler, bu temel yasaların yargı denetiminde olmasına aldırış etmeyerek tedirgin edici bir tavır sergilemekteler. Yönetmelik ve yasaların yargısal denetimi, bir devletin hukuk devleti olup olmadığının başlıca ölçütlerinden biridir; tüm ilgililerce bilinir ki, hukuk devleti ilkesinin zarar görmemesi, yargısal denetimin dikkate alınmasına ve yargı kararlarına uyulmasına bağlıdır. Buna karşın iş çevrelerinin dernekleri, vakıfları ve meslek odaları başta olmak üzere bazı çıkar çevrelerinin yargısal denetimi baskı altına almaya girişmeleri, demokratik hukuk devleti adına büyük endişe yaratacak boyutlar sergilemektedir. İş çevrelerinin kendi dar ve doğrudan çıkarlarına odaklanıp, bu çıkarlar adına ülkenin genel çıkarlarını ikinci plana atan tavırlarını hızla gözden geçirmeleri gerekir.

Halihazırda çıkarılmış yasaların sorunları sürerken, siyasal iktidar, kendinden önceki iktidarlar gibi, sağlık alanını yerelleştirmeye ve özelleştirmeye dönük politikaları sürdürüyor.

"Sağlıkta Dönüşüm Projesi" adı verilen, temel sağlık hizmetleriyle tedavi hizmetlerini "devlet görevi" olmaktan çıkarmaya odaklanmış yaklaşım uygulanmaya çalışılıyor.

1990'ların başından beri Dünya Bankası kredileri yönetiminde sürdürülen bu tuhaf ısrar, memlekete hiçbir yönüyle uygun olmadığı açıkça görüldüğü halde sürdürülüyor.

Hekimlere sözleşmeli istihdam edilip yüksek ücret verme yolu diye sunulan sözleşmelilik uygulaması patladı; özel hastanelerin sağlık alanını ticaret konusu yapmalarının nasıl trajedilere yol açtığını çok sayıda insan yaşadı; sağlık evi ve sağlık ocağı sistemine yatırım yapılmamasıyla toplum sağlığının nasıl gerilediği görüldü; ama en önemlisi, hizmet daha devlet elindeyken başlayan "bıçak parası", "hastane döner sermayesi payı", "bağış".... adı altında para alma uygulamasının zararları yaşanıp görüldü.

Sağlık, can ile ilgilidir. Can, her anlamıyla devletin koruması altında olmalıdır. Devlet eğer bu en temel görevinden de geri duracaksa, devletin gerekliliği nereden gelecektir? Sağlık, tek tek yerel yönetimlerce yerine getirilebilecek işlerden değildir. Sağlık, "parası ödenip alınacak" hizmetlerden değildir.

Eğer bir sürü değil "toplum"sak, birlikte ve barış içinde yaşayabilmenin olmazsa olmaz koşulları, temel ortak ihtiyaçlarımızın, kaynakları ihtiyaçlarımızı karşılayacak düzeyde çoğaltma gücü ve yetkisi olan "devlet"çe karşılanmasıdır.

Sağlık, güçleri birbirinden çok farklı olan belediyelerce ya da il özel idarelerince yapılabilecek hizmetlerden değildir. Sağlık işlerini yerelleştiren başka ülkelerden görüyoruz ki, bu uygulama sağlık hizmetlerinin yeterliğinde, ulaşılabilirliğinde büyük gerilemelere, hatta çöküşlere yol açmıştır. Başka ülkelerden öğrenmek gerekir; göz göre göre hata yapmamak gerekir.

Türkiye'nin koşulları çözümü açıkça göstermektedir: 1960 yılında kurulan "sosyalize sağlık sistemi" (SSS), yani (1) köylerde sağlık evi, (2) belediyelerde sağlık ocağı, (3) ilçelerde devlet hastanesi, (4) il merkezlerinde daha donanımlı devlet hastaneleri, (5) en büyük merkezlerde araştırma - eğitim hastaneleri zinciri canlandırılmalı, güçlendirilmeli, ulaştırma ve iletişim olanaklarından yararlanılarak günümüz koşullarına uygun biçimde yenileştirilmelidir. Bunlar bir merkezden planlanmalı, yönetilmeli, denetlenmeli; devletçe toplanan vergiler halkın sağlık koşullarını iyileştirmek ve geliştirmek için seferber edilmelidir.

Zaman zaman verem gibi çağdışı hastalıkların dahi nüksettiği, ağzında sağlıklı diş sayısı son derece az, hala bağırsak hastalıkları sorunu çözülmemiş bu ülkenin sağlık alanı, üç-beş şirketle kazanç peşinde koşan çeşitli meslek mensuplarının insafına terk edilmemelidir.

13 Mart 2007 günü öğleye doğru, yani güpegündüz ve henüz kimsenin yorgun olmadığı saatlerde, 11.00'de Ankara'da kentin göbeğinde bir araç bir yayaya çarptı. Kent merkezinde, Sayıştay binasının önünde, herhangi bir bedensel engeli ya da yaşlılık gibi bir sorunu olmayan arkadaşımızı, Deniz SAYIN'ı böyle yitirdik.

Kentiçinde yaya ölümlerinin sorumlusu, kentiçinde otoban mantığına dayalı yol yapma politikasıdır. Bu politika, bir an önce değiştirilmelidir. Sorun doğru saptanmalı, sorumlular doğru belirlenmelidir. Biz, YAYED olarak bu sorunu gündemimimizin baş maddesi kılıyoruz.

Yerel yönetimler ve sağlık, bu sayımızla ilk kez el attığımız bir alandır; bu konuyu incelemeyi sürdüreceğiz. İyilik ve sağlık dileklerimizle...

Memleket Mevzuat

KENTSEL ALANDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu
Arş. Gör. Hatice Giray
DEÜ Tıp Fakültesi

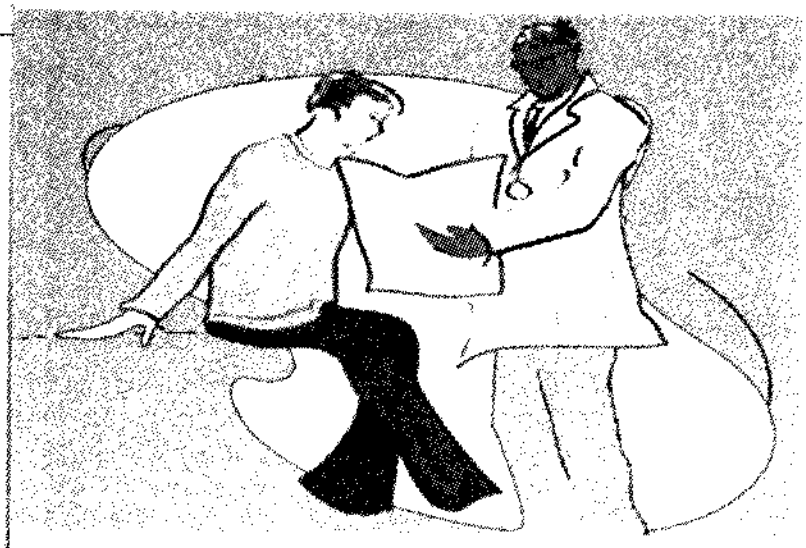
Ekonomik yapılanma toplumun tüm üst yapısal kurumlarını oluşturur ve yönlendirir. Sınıflı olmayan toplumlarda her birey diğerleriyle aynı olanağa sahiptir. Sınıflı toplumlarda egemen sınıfın yönetim erkine sahip olması ona üstünlük sağlar. Sermaye sınıfı, egemen olduğu her ülkede kapitalizmin emeği sömürme kuralını uygulamaktan çekinmez. (Buna karşılık Sovyetler Birliği'nde emeğin egemen olduğu toplumda işçi sınıfının sağlık hakkı açısından kendisine ayrıcalık tanımamış olduğu akılda tutulmalıdır.) İlkel toplumdaki toplu yaşam ve avlanma/toplama etkinliği bireylerin eşit haklara sahip olmasına olanak tanırdı. İzleyen köleci ve feodal toplumlardaki sınıflı oluşum, alt toplumsal katmanların iyelik hakkını olduğu gibi, sağlık hakkına sahip olmasını da engelledi; köleler ve serflerin sağlık hizmeti alma hakkı ve olanağı yoktu. Burjuva devrimlerinin oluşumu, kapitalist ekonomik yapılanmanın gelişimiyle ve işçi sınıfının ortaya çıkışıyla, başlangıçta işçilerin ve ailelerinin sağlık hakkından ve olanaklarından yoksun kalmalarına neden oldu. Zaman içinde burjuva demokrasisinin sosyal devlet anlayışı ve özellikle sermaye sahibinin iyi konumdaki işçiden daha fazla verim (kar) alacağını algılaması, işçinin içinde sağlık hakkının da bulunduğu bazı kazanımlar elde etmesine yol açtı. Bugünkü neo-liberal oluşum, kapitalizmin ortaya çıktığı ilk yıllardaki vahşi dönemine dönüş ve sermayenin emeğe sağladığı kazanımları geri almaya başladığı süreçtir. Bunun en yoğun yaşandığı yer de sermaye/emek birlikteliği ve çatışmasının yoğunlaştığı kentsel alan olacaktır.

Kentsel özellikler

Kentin tarihsel gelişimi ilkel komünal toplumdan sınıflı köleci topluma geçişte, tarımla el zanaatlarının ayrılmaya başlamasıyla ortaya çıkar; feodal toplumdan sanayiye geçiş döneminde işçi ve ailesinin fabrika çevresinde yerleşmeye başlaması ile biçimlenir. Kent iki büyük sınıfın ayrıştığı, karşıtlığın ve siyasetin geliştiği, devletin oluştuğu ortamdır.

Her birinin ayrı ve kendine özgü kimliği olmasına karşın, kentler temel ortak özellikleri olan toplumsal yapılanmalardır. Kalabalık nüfus barındırmaları ve dar alanda yoğun insan taşımaları öncelikle dikkat çeker. Nüfusun barınma, temizlenme, ısınma, ulaşım, beslenme gibi gereksinmelerinin karşılanabilmesi için yerel seçimle oluşturulan kurullarla, örgütlü olarak yönetilirler. Örgütlü yapılanma içinde toplumsal ortak yaşamın mesleksel işbölümü ve paylaşımı söz konusudur; insanlar farklı dallarda üretime katkıda bulunurlar. Gelişme ve büyümelerinin temel nedeni olan

Burjuva devrimlerinin oluşumu, kapitalist ekonomik yapılanmanın gelişimiyle ve işçi sınıfının ortaya çıkışıyla, başlangıçta işçilerin ve ailelerinin sağlık hakkından ve olanaklarından yoksun kalmalarına neden oldu.



Toplu yaşamın ve kötü altyapı özelliklerinin neden olduğu bulaşıcı hastalık riski hem kent merkezi hem de gecekondu bölgesini tehlikeli kılabilen önemli bir özelliktir.

sanayileşme bugün giderek kent dışına taşınıyor olsa da, üretim biçimi olarak tarım ile ilgilerinin bulunmayışı temel ekonomik özellikleridir. Yaşam biçimi açısından genellikle homojen değildirler; planlı yerleşim/gecekondu, çekirdek/geniş aile, çalışan/işsiz, eğitimli/eğitimsiz gibi bireysel ve toplumsal karşıtlıklar içerirler.

Evrensel bir insan hakkı olan sağlık, kent merkezinde genellikle daha kolay sağlanır. Görece sağlıklı barınma, çoğunlukla merkezsel ve temiz ısınma, çalışma ve eğitilmenin kurumsal oluşunun getirdiği kontrollu bedensel yapı, yararlanılan su ve yiyeceğin işlenmiş ve denetlenmiş olması, atığın düzenli yok edilmesi, çoğunlukla kentsel alanın sağlık açısından daha olumlu nitelik taşımasını olanaklı kılar. Kalabalık toplumsal yerleşmenin sağlık açısından olumsuz yönleri de vardır. Kültürel nedenlerle ya da teknik denetim eksiğiyle oluşan hava kirliliği ve gürültü, sağlık için olumsuz olan en önemli etkenlerdir. Kent merkezinde görece iyi olan koşullara karşın, gecekondu bölgelerinin sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşımındaki yetersizlik, olumsuz barınma ve beslenme koşulları ve işsizlik kötü sağlık koşullarının temel nedenleridir. Toplu yaşamın ve kötü altyapı özelliklerinin neden olduğu bulaşıcı hastalık riski hem kent merkezi hem de gecekondu bölgesini tehlikeli kılabilen önemli bir özelliktir.

Türkiye'de kentte sağlık hizmetinin siyasal gelişimi

Anadolu'da sağlık örgütlenmesi Selçuklu döneminde ve kentte başlar. Temelinde dinsel amaçlarla oluşan, ücretsiz ve eşitlikçi bir yaklaşım yatar. Benzer anlayış Osmanlı'da yaygınlaşarak yer alır. Sağlık hakkının örgütlü olarak planlanması ve yürütmeye konması, daha Cumhuriyet kurulmadan toplanan İzmir İktisat Kongresi ile tasarlanan liberal ekonomi anlayışı ile birlikte oluşmaya başlar. Hemen tüm toplumsal sınıf ve katmanların katılımı ile oluşturulmaya çalışılan kongreye, gerçekte bir uzlaşma ortamı olarak bakmak gerekir. Aynı dönemde başlatılan sağlık seferberliği hızla ve doğrudan kırsal alanda yaygın olan seçilmiş bulaşıcı hastalıklara yönelir, sistemli biçimde ve 30–40 yıl içinde köklerini kazırcasına etkin olur. Uygulama egemen güç olan ticaret burjuvazisinin genel sağlık sorunlarına el atması yanında, mal üretecek sağlıklı işgücüne duyduğu gereksinmenin göstergesidir. Ancak köylüye örgütlü genel sağlık hizmeti sunulmasına toprak ağalığı engeldir, köylünün sağlık hakkı yoktur.

Cumhuriyetin başlangıç yıllarında kentlerde örgütlü bir kamusal sağlık hizmeti sunumu bulunmaz; hasta olanın başvurduğu özel hekim muayenehanelerinden yararlanılır. Belediyelerin hastanecilik yapmalarına karar verilir, bazı büyük kentlerde örnek olmak üzere Sağlık Bakanlığı'nca (SB) Nümune hastaneleri kurulur. Belediyelerin bu işlevi üstlenmemeleri nedeniyle sonraları yine SB tarafından devlet hastaneleri oluşturulur. Devlet hastaneleri çoğunlukla özel hekimlerin hastalarını yönlendirdiği merkezlere dönüşecek, hastalar muayenehaneler ile hastaneler arasında ortada sıçanı oynayacaktır.

1950 yılında yeni palazlanmakta olan tarım burjuvazisinin Demokrat Parti adıyla yönetime gelmesi kırsal alanı makinalaştıracak, kente göçü hızlandıracak, kentlerde işçi sınıfı oluşmaya başlayacaktır. Sendikal örgütlenmeler, sağlık hizmeti alacak

ortam arayışı ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri bu dönemde ortaya çıkmaya başlar. İzmir, Bursa ve Adana gibi tarım burjuvazisinin varsıllığı ve egemenliği yavaş yavaş İstanbul'a, yeni oluşmaya başlayan sanayi burjuvazisine taşınacaktır. İstanbul yakın kentleri de içine alacak biçimde sanayileşmekte, işçi sınıfı büyümeye ve örgütlenmeye başlamaktadır. Anadolu'nun ekonomik açıdan birbirine çok benzeyen küçük kentleri devletin kurduğu şeker ve çimento fabrikalarıyla aldığı ivmeyi geliştirir, sanayileşme sürecine girer. Ülkede yaygın, kentli, kalabalık ve örgütsüz bir emekçi yığını, öte yanda hizmet alamayan başıboş bir köylü kalabalığı vardır.

Tarım burjuvazisinin demokrasi deneyimsizliği ve ulusalcılığa aykırı tutumu 1960 yılında yönetimden devrilmesine yol açar. Büyüyen ve sanayileşen ülke aydınlanmacı bir anayasa ve onun demokratik kurumları ile donanır. Planlı kalkınma dönemine geçilir. Düşünce ve söylem özgürlüğü ve yargı bağımsızlığı ile başlayan ilerleme, insan hakları ve toplumsal kazanımlarla gelişimini sürdürecektir. Sağlık 1961 Anayasası'nda bir insan hakkı ve devlet görevi olarak yerini alır. İşçi sınıfı örgütlenme olanağını, hak arama ortamını ve özgürlüğünü elde eder. Sendikalaşma hızlanır, güçlü bir siyasal parti olan Türkiye İşçi Partisi'ni (TİP), daha sonra Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nu (DİSK) kurar. Sanayi burjuvazisi de giderek artan çıkarları doğrultusunda ödünler vermeye razıdır. İzleyen süreçte işçi sınıfının demokrasi savaşımının ürünü olan sağlık hakkı ortaya çıkacak ve yarım yüzyılı aşkın bir süre geliştirilerek korunacaktır.

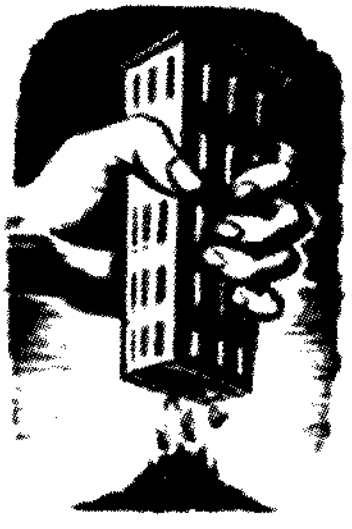
Aynı dönemde eşitlikçi askersel yönetimin kırsal alanı da içeren "devletleştirilmiş" sağlık hizmeti kurma isteği ortaya çıkar. Dönemin SB Müsteşarı bu bakış biçimini özel hekimlik sanatını uygulama ve hekim seçme hakkına aykırı bulur; askersel yönetime sağlık hizmetini Sosyalleştirme adı altında ulusallaştırmayı kabul ettirir. Devletleştirme fırsatı kaçırılmıştır; sağlık etkinlikleri kamu ve özel sektör olarak ikiye ayrılır. Sağlık çalışanları bu iki sektörden birinde tam süre görev yapacak, kamuda çalışanlar özel sektörde yer alamayacak, buna karşılık kendilerine yüksek ek ücret ödenecektir. İlke olarak Sosyalleştirme tüm kamu kurumlarını kapsayacak, sağlık hizmetinin başlangıç noktası olan Sağlık Ocağı tümüyle tamamlanmadan ve donatılmadan açılamayacaktır. 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*, gerekçesinde kırsal alan insanının ivedi sağlık hizmeti gereksinmesini açıklayarak, küçük Doğu illerinde başlatılır, kırsal alana sağlık hakkını yasal güvenceye bağlar. *224 sayılı yasa* eğitim, tarım ve veterinerlik hizmetlerine yaptığı göndermelerle sağlığı bütüncül değerlendirmekte ve bir bakıma kırsal alanı örgütlü konuma geçirmektedir. Kentte sağlık hakkını ise, uygulamanın tüm ülkeye 15 yılda yayılmasına karar vererek, erteler. Taktik olarak doğru olan bu uygulamayla, kentte karmaşa ve hizmetten yoksunluk sürecek, sağlık büyük ölçüde satın alınır olmaya devam edecektir.

Altmışlı yılların ikinci yarısı sancılıdır. Kentli toplum okumakta, konuşmakta, tartışmakta ve örgütlenmektedir. Sermayenin keyfi kaçmaya başlar, kısıtlamalara yönelir. Hak olmaya başlayan toplumsal kazanımların geri alınmaya çalışıldığını fark eden işçi ve öğrenci kalkışmaları döneme damgasını vurur. Sermayenin "DİSK'in çanına ot tıkama" isteği emekçinin 15–16 Haziran 1970'deki şiddetli ve bilinçli tepkisine neden olur. Toplumsal sınıflar sıcak kavgaya girmiştir. Sol örgütler canlı ve devinimlidir, aralarında askerle birlikte dayranma eğiliminde olanlar da vardır. Gergin gelişmelere noktayı yine asker -bu kez ters yönde- koyar: 1961 Anayasası ülkeye bol gelmiştir, daraltılması gerekir. Sanayi burjuvazisi verilen hakları fazla bulmuştur, bazılarının geri alınması, verilmeyenlerin durdurulması gereklidir. Kazanılan haklardan kayıplar dönemine geçilir. Emekten yana asker-sivil ilerici güçler tasfiye edilir, ceza ve tutukevleri doldurulur. Temel hedef üniversite ve basındır, öğretim elemanları, öğrenciler ve gazeteciler sindirilir. Sosyalleştirme de baskılardan payını alır; hem kırsal alanda Sağlık Ocağı'ndaki gelişme yavaşlatılır, hem de kentlerin sosyalleştirilmesi yeniden ertelenir. Kentte sağlık karmaşası sürmektedir, gidilebilecek yalnızca kamusal hastaneler ve özel muayenehaneler vardır. SSK'nin hastane azmanı binaları birinci basamak yoksunluğu nedeniyle hastayla dolup taşmakta ve işlev göremememektedir. İkinci baş olan SB'nın hastaneleri de -gerek yapılarının gerek yapılanmalarının alçakgönüllülüğüyle- aynı niteliği sürdürmektedir. Üçüncü baş, Üniversite hastaneleri, başlı başına bir alemdir; karmaşadaki rolünü oynamakta, profesörler nezle hastalarına bakmaktadır. Yalnızca bazı bü-

Yetmişli yıllarda kentler dolu ve şişkin, canlı, sıcak, gergindir. Sanayi burjuvazisi başatlığına karşın cılızdır; sermaye birikimi kısıtlı, dış ticaret yetersizdir. İşçi çocuğunu doğurtmakta, doyurmakta, okutmakta sıkıntı yaşamaktadır. Sağlık hakkı kağıt üzerinde kalmış, ulaşılabilir kılınmamıştır.

yük Üniversiteler SB ile yaptıkları anlaşmalar sonucu -çoğu kırsal- Eğitim-Araştırma Bölgeleri kurmakta, bir yandan başarılı bir Sosyalleştirme örneği uygularken, bir yandan da Sağlık Ocağı'nda hekim yetiştirmektedir. Dördüncü baş, modelin olmazsa olmazı, sağlığın şımarık çocuğu özel sektördür; bir yandan piyasada sanatını döktürürken bir yandan önceki üç baştan payını almakta, öte yandan -az da olsa- var olan özel hastanelerden nasiplenmektedir. Sağlık hizmetini uygulama(ma)da insan yok hasta vardır ve ortada sıçan oyunu sürmektedir.

Yetmişli yıllarda kentler dolu ve şişkin, canlı, sıcak, gergindir. Sanayi burjuvazisi başatlığına karşın cılızdır; sermaye birikimi kısıtlı, dış ticaret yetersizdir. İşçi çocuğunu doğurtmakta, doyurmakta, okutmakta sıkıntı yaşamaktadır. Sağlık hakkı kağıt üzerinde kalmış, ulaşılabilir kılınmamıştır. Sosyalleştirme altmışlı yıllarda Doğu'nun küçük illerinde başlatılmış, kentsel alanda etkisi ancak kasaba niteliğindeki il merkezlerinde görülebilmiştir. Batı'da ve büyük illerde uygulamaya konmamış olması nedeniyle kentlerde başıboşluk sürmektedir. Sendikalaşma ve onun ürünü olan SSK emeğin pazar ekonomisine başkaldırısıdır ve bu ikisi sermayeden ödünler koparılmasını sağlamıştır; Sosyalleştirme de emekten yanadır. Ancak birincisinin sağlık kurumları olan hastaneleri ilk basamak yoksunluğu nedeniyle kalabalıktan tıkanmakta, ikincisi onun ilk basamağı olabilecekken kente ulaşamamaktadır. Ekonomik sıkıntılar ülkenin kaynamasına yol açmış, dış baskılar ve siyasal cinayetler döneme damgasını vurmuştur. Kentlerde sokaklar ve alanlar dolup taşmakta, kitleler hak ve özgürlükleri için haykırmakta, bunun karşılığı olarak coplanmakta ya da kurşunlanmaktadır. Kentler korkulu alanlara dönüşmüş, kim vurduya gitmeye aday çocuklar okula gönderilemez olmuştur. Çalışanlar ve öğrenciler sağ ve sol olarak ikiye ayrılmış, her iş kolunda, emniyette bile karşıt görüşlü örgütlenmeler ortaya çıkmıştır. Silah sesleri kentte olağan sayılmakta, bazı günler öldürülenlerin sayısı onları bulmaktadır. Siyaset gerilmiş, hükümet kurulamaz, Cumhurbaşkanı seçilemez duruma gelinmiştir. Sermaye işçi grevlerinden ve öğrenci boykotlarından huzursuzdur; birinin düdüğü çalmasını beklemektedir. Öyle de olur, asker on yıl önce yarım bıraktığı işi tamamlamak üzere sokağa çıkar ve ortalığı boşaltır.



Sosyalleştirme'ye saldırı

Sermayenin bu kez eli sağlamdır, emekçiye verdiği ödünleri geri almakta kararlıdır. Sendikal ve siyasal örgütlenme durdurulur, geniş çaplı tutuklama ve yargılamalar başlatılır. Yüksek enflasyon politikası ile ücretlinin geliri iyiden kısılır. Sağlıkta Tam Süre Yasası hemen kaldırılır, sağlık çalışanlarının ücretleri yarıya iner. Sosyalleştirme'nin tam süre maddesi de unutulmaz, kamu çalışanı sağlıkçılar özelde de çalışabileceklerdir: Sağlık Ocağı hekimi muayenehane açabilir! Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinin beli kırılmıştır. Uygulama kırsal alanda önemli fark oluşturmayabilir, ancak Sosyalleştirme kapsamındaki küçük kentlerde Sağlık Ocağı ciddi yara alacak, asıl tehlike yarın büyük kentlerde uygulama başlatıldığında kendini gösterecektir. SB bürokratları bu dönemde Sosyalleştirme'nin tüm ülkeye yayılma süresinin yasal olarak dolmakta olduğunu fark

ederler. Sosyalleştirme ya hemen yaygınlaştırılacak, ya da nüfus yoğunluğu kırsal alanda bulunan küçük Doğu kentleriyle sınırlı kalacaktır. Ancak ilk olarak yerine getirilmesi zorunlu bir koşul vardır: Batı'daki büyük kentlerde de yasa gereği Sağlık Ocakları binaları, lojmanları, donanımı, aracı, bölge hastaneleri, sağlık evleri ile birlikte tamamlanmadan açılamaz; bunun içinse zaman kalmamıştır. İyi niyetle birinci seçenek üstlenilir, ama Sağlık Ocağı'nın olanaklar tamamlanmadan açılamama koşulu göz ardı edilmeye karar verilir. Böylece 1983 yılında büyük kentlerde gecekondu Sağlık Ocağı oluşturulmasına olanak tanınmış olur. Sağlıkta karmaşanın beşinci başı, niteliksiz sağlık hizmeti sunmaya aday olarak doğar ve dört kız kardeşin yanında beşinci, ama üvey kardeş olarak yerini alır. Kentler oluşurken merkezsel alanlar paylaşılmış, hele Sağlık Ocağı hiç akla gelmediği için uygun alanlar boş kalmamıştır. Şimdiyse bu alanların başka kurumlardan ya da özel kişilerden devir ya da satın alınmaları olanaksızdır. Kısa zamanda kenar semtlerde dar apartman dairelerinde, gecekondu yapıların içinde Sağlık Ocakları ortaya çıkar. Bazı donanımları özel kişilerce bağışlanır, standart olmadıkları için kullanılamaz. Arsa ya da bina bağışlayanlar olur, biçimsiz yapılar kurulur, üzerine bağış sahiplerinin (çoğunlukla karı-kocadırlar) adları kurum adı olarak yazılır. Niteliksizlik yetmezmiş gibi, bir de örtülü özelleştirme başlamıştır.

Batı'yı da içine alarak tüm illerde sosyalleştirilen sağlık hizmeti çoğunlukla kırsal alanda kurulan Sağlık Ocakları ile etkinliğini sürdürür. SB Sosyalleştirme'ye eski önem ve özeni göstermemekte, kırsal yapılanmayı eksik bırakmakta, kentte ise neredeyse hiçbir girişimde bulunmamaktadır. Yalnızca İzmir, daha önce Eğitim-Araştırma Bölgeleri'nde yetişmiş uzmanlarıyla, Sosyalleştirme ilkelerine saygılı ve olması gerekene yakın bir düzen oluşturur. Ankara ve İstanbul'da tam bir komedi yaşanmaktadır; ilkinde bir Sağlık Ocağı'na kırk birinci hekim atanabilirken, ikincide altı yüz bin kişiden sorumlu bir Sağlık Ocağı oluşturulabilmektedir. Sevk zincirine ise hiç uyulmaz, dileyen istediği kuruma istediği kez başvurabilmektedir; Sosyalleştirme'nin temel ilkelerinden olan önce Sağlık Ocağı'na başvurma, gerekirse Devlet, SSK ve yine gerekirse Üniversite hastanelerine sevkle gönderilme koşulu yok sayılır. Kırsal alanda karşılaşılmayan ve akla gelmeyen yeni sorunlar ortaya çıkar: Kent insanı evine ebe-hemşire girmesinden hoşlanmıyordur! Bazen çalınan kapı açılmaz, bazen "bizim özel doktorumuz var" yanıtı alınır. Kentte sabah geç olmaktadır, ebe-hemşireler doğurgan kadınlara ulaşmak için öğleye yakın saatlerde yola çıkarlar. Gebelere tetanoz aşısı yapılması neredeyse olanaksızdır, çünkü özel kadın-doğum uzmanı tetanoz aşısı yapılmasını yasaklamıştır, ebenin de uzman hekimi aşma olanağı yoktur; bu nedenle soruşturma konusu olan ölüm bile görülür. İş apartman girişlerine "seyyar satıcılar ve ebeler giremez" yazıları konmasına dek gider. Gecekondu alanlarında da -başta kültürel- sorun vardır; en çok sağlık sorunu yaşayan geç evli kadın kaynana ve koca engellemesi ya da evde çok sayıda çocuk bırakacak olması nedeniyle Sağlık Ocağı'na ulaşamaz, büyük bir bölümü de dil sorunu yüzünden iletişim kuramaz. Gecekondu yaşayanlarının örgütlü emekten oluşmayışı da sağlık hakkını kullanabilmesini engellemektedir. Kentte Sosyalleştirme'nin tartışılarak geliştirilmesi ve yeniden yapılandırılması gerektiği giderek anlaşılmaktadır.

Seksenli yılların başlarında sağlık alanında en dikkati çeken gelişmeler genelde 1982 Anayasası'nda devletin sağlık hizmeti sunma ödevinden kendini sıyırmış olması sonucu ortaya çıkar. Kent özelinde önemli iki gelişme olur: Çok sayıda yeni Üniversite ve Üniversite Hastanesi kurulur; bunlarda Döner Sermaye İşletmeleri oluşturulur ve böylece kamunun gizli özelleştirilmesi sağlanmaya başlanır. Yüksek Öğretim Yasası'nın öğretim üyeliğini tam

Seksenli yılların başlarında sağlık alanında en dikkati çeken gelişmeler genelde 1982 Anayasası'nda devletin sağlık hizmeti sunma ödevinden kendini sıyırmış olması sonucu ortaya çıkar.

ve yarı zamanlı olarak iki grupta tanımlaması da işletmeleşmeye eklenince, piyasa ile Üniversite hastanesi bağlantısı gerçekleştirilir. "Üniversite-Sanayi İşbirliği" adı altında Üniversite çalışma olanaklarının ve çalışanlarının sermayeye peşkeş çekilmesi ve buna Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu'nun (TÜBİTAK) da alet edilmesi ise işin tuzu biberidir. İkinci gelişme "teşvik" adı altında yapılır. Herhangi bir işletme sahibine -ki bu bir odun tüccarı da olabilir- yüz milyonlarca dolar salt faizsiz değil, hiç geri ödemesiz paralar verilir ve özel hastaneler kurdurulur. Türk Tabipleri Birliği (TTB) bu yolla dağıtılan paranın 16 milyar ABD dolarını aştığını hesaplamaktadır. Başta İstanbul olmak üzere büyük kentler kimi ileri teknolojik donanımlı, kimi derme çatma yüzlerce -ama gerçek sayısı bilinemeyen- özel hastaneyle dolacak, bunlara hasta bulunamayınca doksanlı ve ikibinli yıllarda İngiliz hasta çağrılmaya başlanacaktır. Sağlık alanı yeni ve piyasalaşmaya yönelik gelişmelere gebe görünmektedir.

Sağlık Reformu

Kentler seksenli yılları sakin geçirmektedir. İleri derecede yoksulluk sürmekte, özellikle ikinci yarıda Doğu kırsalında ortaya çıkan kanlı etkinlik kente göçü tırmandırmaktadır. Artık Doğu ve Güneydoğu'nun da milyonluk kentleri vardır ve gecekondulaşma nedeniyle sorunları kırsal alandakilerden pek farklı değildir. Sağlık cephesinde yeni bir şey yoktur, yalnızca kaymakama hukuksal olmayan yetkiler tanınmaya başlamıştır ve karmaşa kaymakam katkılı olarak sürmektedir. Yerküre genelinde gelişmeler fark edilmeye başlanır. Sağlık kavramında değişimler olmakta, sağlık parayla, üstelik karla ilintilendirilmektedir. Egemen sınıf güçlendikçe ve uluslararası nitelik aldıkça, gelişen teknoloji de emeğin yerini almaya başladıkça, haklara saldırı yoğunlaşmaktadır. Dünya Bankası'nın (DB) sağlık etkinliği konuşulmakta, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF'in yoksul ülkelerden çok uluslararası sağlık özel sektörü ile ilişkiler kurduğuna ve sivil toplum kuruluşlarına (STK) destek olmaya başladığına tanık olunmaktadır. 1985'te bunun ilk göstergesi ortaya çıkar, uzmanların karşı duruşuna karşın Sağlık Ocağı'nın rutin aşılaması durdurulur, ulusal aşı kampanyası yapılır. Sonucu ülke çapında bağışıklama politikasının çökmesi, buna karşılık UNICEF Başkanı'nın yeniden atanması ve TC Başbakanı'nın papatya eşinin ABD'de törenle altın madalya almasıdır. İki yıl sonra Sosyalleştirme ve sağlık hakkına ağır darbeler getiren Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılacak, ancak TTB'nin çabası sonucu Anayasa Mahkemesi'nce uygulanamaz kılınacaktır. İzleyen yıl birinci yazar hiç tanımadığı genç bir hekim olan Adana Sağlık Müdürü tarafından aranır ve Londra'ya Sağlık Ekonomisi eğitimi almaya gönderileceği yönünde bilgilendirilir. Sağlıkta alışılmadık siyasal girişimler olmaktadır.

İlerleyen yıllarda söz konusu genç hekim yetiştirilmesi sürdürülmekteyken yurda geri döner, SB müsteşar yardımcısı yapılır, SB altında DB'nca oluşturulan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün (Proje) başına tam yetkili olarak geçirilir. Proje özel bütçeyle ve DB'nin kredi desteğiyle kurulmuştur. Çoğunluğu zorunlu hizmetini yapmakta olan Halk Sağlığı uzmanlarından oluşan genç ve etkin bir kadroyla çalışır ve SB politikası dışında çok sayıda bağımsız proje üretmeye başlar. 1992 yılında SB I. Ulusal Sağlık Kongresi'ni duyurur. Sağlıkla ilgili tüm tarafları (700 kişiyi aşkın) bir araya getirir, bir akademisyenin sorusu üzerine Sağlık Bakanı "söylediklerinizi kelimesi kelimesine uygulanacaktır" güvencesini verir. Görünen amaç Sağlık Reformu adı altında sağlıkta yeniden yapılandırmaya gitmektir. Katılımcılar dört gün boyunca ağırlanır, çok yoğun çaba ve emekle grup çalışmaları yaparlar. Çoğunlukla teknik konularda görüş birliğine varılır, ancak birinci yazarın başkanlığını yaptığı Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu "aile hekimliğini çağdışı" bulduğunu kayda geçirir ve genel kurula sözlü olarak da açıklar. SB toplantı raporlarını basar, konuyu "kentlerde aile hekimliği uygulanacaktır" biçiminde bağladığı görülür. Özelleştirme için karlı alan olan kent seçilmiş, verimsiz kırsal alan zaten desteklenmeyen Sağlık Ocağı'nın desteklenmediği için yetersiz kalan hizmetine bırakılmıştır. Gerçek amacın kötü bir ünü olan Genel Sağlık Sigortası'nı (GSS) adını anmadan yeniden ısıtmak ve "aile hekimliği" adı konan sevimsiz özel hekimlik modelini Sağlık Ocağı yerine yerleştirerek sağlığı özelleştirmek olduğu bellidir. Taraflar yine de ipleri koparmaz, TTB ve diğer örgütler uyarılarını sözlü ve yazılı olarak sürdürür. 1993'te toplanan II. Kongre SB'nın I. Kongre'de alınan kararlara uymadığı yönünde uyarılması ile açılır, SB sert tepki gösterince ilgili sendika, dernek ve birliklerin tümü kongreyi başlamadan terk eder. Sağlık Bakanı Halk

Sağlıkçılar üzerinden kişisel ilişkilerle özelleştirme girişimlerini sürdürür. Ancak bir yandan gördüğü direnç, öte yandan Proje'nin ve başında bulunan genç hekimin tutumunun SB içinde oluşturduğu tepkiler nedeniyle girişim sönmeye yüz tutar. Bu dönemde Sağlık Reformları adı altındaki özelleştirme girişimi ve sağlığın uluslararası sermayeye sunulma amacı DSÖ resmi politikasına dönüşmüş ve Avrupa Bölgesi'nin tüm ülkelerine dayatılır olmuştur. Yine de Türkiye'de özelleştirme girişiminin iki yararı ortaya çıkar: İlki TTB ve Halk Sağlığı akademik çevrelerinin daha yakın bir iletişim içinde Sosyalleştirme'nin sorunlarını ve kentte uygulanmamışlığını bilimsel yönüyle tartışıp öneriler geliştirmeye başlamasıdır. İkincisi pratisyen hekimlerin özgüven duygusuyla kendi önem ve değerlerinin ayırdına vararak örgütlenmeye ve sistemli eğitime yönelmeleridir.

Dönemin kentlerde iz bırakan ve çok olumlu görünmesine karşın önemli olumsuzluklar da barındıran bileşeni 112 Acil uygulamasıdır. Acil hizmetler tüm sağlık modelleri içinde çok önemli yer tutar. Ancak yararlı olmaları ve daha önemlisi modele zarar vermemeleri için kesinlikle modelle uyumlu duruma getirilmeleri gerekir. Sağlık modelinin işleyebilmesi için tüm yerleşim birimlerindeki tüm ev halkının coğrafya olarak tanımlanmış bir birincil hizmete kayıtlı olması gerekir. Sağlık ekibince bireysel olarak tanınan ve evde ve birimde koruyucu ve destekleyici anlamda izlenen kişiler, gerek duyulduğunda bu birimce evde ya da birimde sağaltılır. Tanı ve sağaltımda yetersizlik ortaya çıkarsa önceden belirlenmiş bir üst birime, orası gerek duyarsa bir üste,.. planlı olarak sevk edilirler. Bu model bireylerin ve toplumların sağlığını hem en üst düzeyde tutar, hem de yalın ve ucuz bir yaşam düzeni oluşmasına katkıda bulunur. Örneğin bireylerin sağlıklı beslenmesini, sigara içmemesini, egzersiz yapmasını, şişmanlamamasını sağlar ve uzun ve iyi bir yaşam sürdürülmesini, üstelik ucuz olarak, olanaklı kılar. Hastane acil servisleri ve cankurtaranları bu işleyişe eklenirse beklenmeyen ivedi durumlarda yaşam kurtarılmış olur. Türkiye'de Sağlık Ocakları ile yürütülen Sosyalleştirme bu amaçla oluşturulmuştur. Bu modelin seçeneği Sağlık Ocağı'ndan bağımsız bir Acil modeli oluşturulmasıdır. Sağlık Ocağı devrede olmayınca yukarıda sıralanan koruyucu ve destekleyici uygulamalar gerçekleştirilmez; örneğin bireyler yağlı beslenir, sigara içer, egzersiz yapmaz, şişmanlar ve kalp damarları tıkandığı için acil kalp atağı geçirirler. Bu durumda devreye sokulan cankurtaranlar canı kurtarmakta yetersiz kalacağı gibi, son derece pahalı bir hizmet verir. Beklenmeyen anda gelen karmaşık tablonun çözümlenmesi ve sağaltımı olağanüstü pahalı bir çaba ve hızlı çalışma gerektirir; hasta sahibi de karşılaştığı sürprizi aşabilmek ve sevdiğini yaşatabilmek için her tür katkı ve harcamaya açıktır. ABD'de bilinçli olarak birincil sağlık örgütlenmesinin kurulmayışı ve 911 Acil uygulanmasının temel amacı, sağlık sistemine acil hastalık sonucu yapılacak başvurularda çok yüksek harcamalarla para kazanılmasıdır. Türkiye kentlerinde son yıllarda Sağlık Ocağı dışarıda tutularak 112 Acil hizmetine ağırlık verilmesi ve özellikle de Sağlık Ocağı yerine 112 Acil İstasyonları kurulması son derece tehlikeli bir gelişmedir.

Doksanlı yıllar Türkiye için kazasız geçirilir. Kurulan koalisyon hükümetleri sağlık reformu yönünden ortamı yoklar, başarı şanslarını düşük ve siyasal olarak riskli görür ve susmayı yeğlerler. İki binli yıllara 57. hükümetle girilir. Yeni yüzyılın başında iki önemli olumsuzluk ortaya çıkar: Şiddetli ekonomik kriz liranın değerini sertçe aşağı çeker, tezgahı kurmuş olan uluslararası sermaye hemen Uluslararası Para Fonu (IMF) aracılığıyla çok ağır bir dış açık ve dış borç oluşturur. Aynı güç ikinci önemli gelişmeyi uygulamakta gecikmez, Tahkim Yasası'nı onaylatarak Türkiye'ye bağımlılığa boyun eğebileceğini kabul ettirir. Artık her alanda olduğu gibi sağlıkta da uluslararası sermayenin buyruklarına uyulmak zorunda kalınacaktır. Düzenlenen siyasal oyuna ABD'den bir yerli aktör eklenir, hükümet apar topar alaşağı edilir, Anayasa'yı değiştirmeyi de içeren düzenlerle önce 58., ardından 59. AKP hükümetleri kurulur. AKP'nin acemiliği 58. hükümet programında sağlıktaki amaçlarını gizlemeden sunmasıyla ortaya çıkar. Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) genel kurulunda eleştirilir, AKP, CHP'yi de koluna taktığını belli ederek kendini savunur. 59. Hükümet programında sağlık amaçları daha örtülü geçiştirilir, ancak kötü niyet bellidir: Sağlık Reformu on yılı aşkın bir süre sonra yeniden su yüzüne çıkmaktadır. Bundan böyle kılıçlar çekilecek, sağlıktan kar sağlamaya çalışan uluslararası sermaye ile halkın sağlık hakkını ve kendi

Yıpranmış olan Sağlık Reformu adını iki binli yıllarda Sağlıkta Dönüşüm takma adı almıştır.

emek haklarını korumaya kararlı sağlık emekçileri acımasız bir kavgaya tutuşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm

Yıpranmış olan Sağlık Reformu adını iki binli yıllarda Sağlıkta Dönüşüm takma adı almıştır. İlkeler ve ögeler aynıdır: 1)Temel özellik finansın vergi değil, prime dayalı yapılandırılmasıdır. Vergi yerine prim ve katılım payı alınması (ve ayrıca emekliliğin ileri yaşa alınması) verimlilik yani kar artışı getirir. Finans *GSS* adıyla özel sigorta şirketlerince yapılacak, sigortalı poliçesinde seçmiş olduğu sağlık hizmetini ödediği prim ölçüsünde alacak, poliçe dışı beklenmedik harcamaları cepten ödeyecektir. Doğumsal hastalığı, diyabeti, kalp hastalığı ve kanseri olanlar ya da sonradan çıkanlar sigorta dışı tutulacaktır. 2) Hastaneler *işletme*leştirilecek, içinde Ticaret Odası temsilcisi bulunan fakat Tabip Odası temsilcisi bulunmayan bir Yönetim Kurulu'nca yönetilecek, çalışanları sözleşmeli olacak, verimli yani kar getirir durumda çalışırlarsa sözleşmeleri yenilenecektir. 3) Her birey istediği *Aile Hekimine* (AH) kaydolacak, bu hekimin aile ya da coğrafyayla bağlantısı bulunmayacak, ancak sevk zinciri kurulmadığından kişiler dilerse doğrudan istedikleri herhangi bir sağlık kuruluşuna da başvurabilecektir. AH sözleşmeli olarak çalışacak, kendisine kayıtlı kişi sayısına ve başarımına dayalı olarak ücretlendirilecektir. Her AH bir sağlık elemanı(!) kiralayacak, bu eleman kendisine sağaltım uygulamalarında ve kayıt tutmada yardımcı olacak, ancak koruyucu hizmet yapmayacaktır. Kurulacak Toplum Sağlığı Merkezleri okul sağlığı ve benzeri -belirsiz- uygulamalarla ilgilenecek, bağışıklamayı AH'nin yapacağı varsayılarak aşılama ile bile uğraşmayacaktır.

Yaklaşım -yazılı olarak belirtmese dekırsal alanı tümüyle göz ardı ettiği gibi, seçimini ondan yana yaptığı kentliyi bile çok ciddi sağlıksızlık boşluğuna ve karmaşasına itmektedir. Kentin hizmet amacıyla değil, sigortalanması olanağı bulunan kişilere ulaşmanın kolaylığı nedeniyle, prim toplama açısından seçildiği anlaşılmaktadır. Toplu yaşama, aynı kentte uzun süre kalma, kurumsal ve düzenli ücret elde etme gibi özelliklerin bireyleri sigortalı kılmayı kolaylaştıracağı beklenmiş olmalıdır. Yeni kurulan büyük özel hastanelerin kentli tarafından daha kolay ve karlı kullanılacağı beklentisi de kırsal nüfusun ihmal edilmesine neden olmuştur. Gereğinden çok ileri ve çok fazla sayıda teknolojik ürünün firmalarca çok ayrıntılı bilgilendirilmiş seçilmiş uzmanlarca uygulanacak olması kentin önemini daha da artırır. Ancak bu yapılırken kentli de bir sağlık modeline kavuşuyor değildir; küreselleşmenin kuralsızlaştırma ilkesinin uygulanmasının amaçlandığı ve karmaşanın en karlı yatırım aracı olarak kabul edildiği açıkça ortadadır. Sevk zincirine uyma gereği de olmayan karmaşa ortamında her yakınması olan istediği hekim ya da kuruma birçok kez gidecek, çok fazla sayıda inceleme birçok kez yapılacak, gereksiz medikal işlemler ve ameliyatlar uygulanacak, sağlık pazarında çok büyük bir yatırım ve sermaye dolaşacaktır. Kamu sağlık kuruluşlarının zamanla yerel yönetimler üzerinden özel sektöre aktarılacak olması, bu gücün tekelleşmesi ve soygunun kurumsallaşmasına yol açacaktır.

Sağlığı insan hakkı olmaktan çıkaran bu akıl dışı DB ve IMF dayatması tasarı başta TTB, SES, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) olmak üzere tüm emekçileri çileden çıkarır. Önce yanlışlıklar anlatılır, öneriler sunulur. Diyalog çabaları başarısızlıkla sonuçlanır. Konuya ilişkin sempozyumlar, kongreler düzenlenir, SB yetkilileri sunum yapmaya çağrılır ancak yanıt alınamaz. SB kendi görüş ve dayatmalarından başkasını dinlemeyi kesinlikle kabul etmemektedir. *Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası ve Yönetmeliği* çıkarılır, Düzce'de uygulama başlatılır.

GSS ve Bireysel Emeklilik, SSK ve Emekli Sandığı gibi kamusal sigortacılıkta

gerçek olmayan, kağıt üzerinde var görünen paranın prim olarak sıcak paraya dönüşmesi ve ulusal ve uluslararası sermayenin cebine aktarılması anlamına gelir. TTB ve HASUDER öğretim elemanlarıyla Düzce'ye örgütlü bir gezi düzenler ve sistemli bir inceleme yapar. İlginç gözlemlerde bulunulur. Bir AH çok mutlu çalıştığını, çünkü "hiçbir konuda ve hiç kimse tarafından denetlenmediğini" sevinçle vurgular. Yanında çalışan hemşirenin çoktan başını örttüğü görülmektedir. Ayda 1.920 YTL kaynağı belirsiz bir ek ücret almakta ve bunu yarın geri ödemek zorunda kalacağından, çekinmektedir, çünkü yönetimce kendilerine "balayında oldukları" söylenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetinin hiç uygulanmadığı, sağlık çalışanlarının salt sağaltıcı hizmetlerde görev aldığı ve çoğunluğunun mutsuz olduğu algılanır. Sağlık elemanı adı verilen ebe-hemşireler ilköğretimini tamamlamış bir genç kızın yapabileceği görevler üstlenmekte, bu meslek grubu kimlik erozyonuna uğramaktadır. Sevk zincirine uyulmamakta, dileyen AH'ne, dileyen hastanelere gidebilmektedir. AH olmayı kabul etmemiş bir pratisyen durumu "kara düzen" olarak adlandırır. Nedenler Sağlık Müdürü'ne sorulur, gülerek "Bizimki Düzce modeli" diye yanıtlar. Konudan sorumlu müsteşar yardımcısına gelişmeler izlendikten sonra sonuçlar olumsuz bulunursa ne yapılacağı sorulduğunda "hiçbir değişiklik yapılmaksızın ülke çapında aynen uygulanacağı" yanıtı alınır. İncelemeleri tartışmalar, tartışmaları raporlar izler. SB duvar gibidir, konunun taraflarını hiç dinlemeden uygulamayı yaygınlaştırmaya başlar. Yeni hedeflerin başında Sosyalleştirme'nin en başarılı uygulandığı il olduğu herkesçe kabul edilen İzmir gelmektedir. Bu kentin yakında AH'liği konusunda referandum yapan sağlık çalışanları %95'in üzerinde "hayır" oyu kullanmış, Türkiye çapında halkın görüşünü soran -ve 2.5 milyondan çok insanın tümüne yakınının hayır dediği- oylamada İzmir halkının 509 bininin 508 bini hayır oyu vermiştir. Diyalog çabaları sonuçsuz kalmaktadır. Sokağa dökülüp sağlık emekçisinin hakkını ve halkın sağlık hakkını korumaktan başka çare kalmamıştır.

Sonuç

Toplumun temel sağlık gereksinimleri gözetilerek çağdaş sağlık ilkeleri ışığında yapılandırılan Sosyalleştirme Yasası'nın uygulanmasına ilişkin siyasetçilerin niyet eksikliğinin üzerine, özellikle 1990'lı yıllarda özel sağlık kuruluşlarına verilen teşvikler, kamu kurumlarının yemek, temizlik gibi hizmetleri satın alması, özerkleştirme ve kamu sağlık kurumlarının işlevsizleştirilmesi girişimleri bugünkü sağlık reformlarının temelini oluşturmakta. Bu sağlık reformunun ana bileşenleri olan GSS ve Aile Hekimliği uygulamaları da ana hedef olan özelleştirmenin önünü açmakta ve sağlık alınıp satılabilir bir tüketim maddesi durumunu almakta. Böylelikle koruyucu sağlık anlayışını göz ardı ederek salt iyileştirici hekimliği, üstelik de satın alınabildiği ölçüde sağlaması, yarın çok önemli toplumsal eşitsizliklere, başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere önemli sağlık sorunlarına ve bebek, süregen hasta ve yaşlıların yükselen ölümlerine yol açacak. Hastane-

GSS ve Bireysel Emeklilik, SSK ve Emekli Sandığı gibi kamusal sigortacılıkta gerçek olmayan, kağıt üzerinde var görünen paranın prim olarak sıcak paraya dönüşmesi ve ulusal ve uluslararası sermayenin cebine aktarılması anlamına gelir.

Siyasal yönetimin tek amacının Dünya Ticaret Örgütü'nün uzantıları olan Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun buyruklarına koşulsuz uymak olduğu ortaya çıkıyor. Sağlıktaki sonuç var olan modelin yıkılıp yerini vahşi kapitalizmin bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler ilkesine uygun, çok karlı bir karmaşaya bırakması olduğu ortada.

lerin taşeronlar aracılığıyla mafyalar tarafından işletme olarak kullanılacak olması, son aşamada yararlanılabilecek bu kurumlara duyulacak umudu da yok ediyor. Üstelik artık onlarda yabancı sağlık çalışanı adı altında ucuz emekten yararlanılacak, emek aşağılanırken karlar artırılacak. Tüm bunlar yapılırken önerilenlerin pilot olarak denenip, olumsuzlukları saptandıktan geliştirilmeleri seçeneği bile kabul edilmiyor. Sosyalleştirme'nin saptanan olumsuzluk ve eksiklerinin onarılması önerisine de sıcak bakılmıyor. En önemlisi hiçbir eleştiri, tartışma ve uzlaşma önerisi dinlenmiyor bile. Siyasal yönetimce meslek kuruluşları, sendikalar ve akademik çevreler düşman sayılıyor ve uyarıları da dikkate alınmıyor. Böylece siyasal yönetimin tek amacının Dünya Ticaret Örgütü'nün uzantıları olan Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun buyruklarına koşulsuz uymak olduğu ortaya çıkıyor. Sağlıktaki sonuç var olan modelin yıkılıp yerini vahşi kapitalizmin *bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler* ilkesine uygun, çok karlı bir karmaşaya bırakması olduğu ortada.

Çözüm

Çözümün kilit noktası bu toplumun sağlık gereksinimlerine göre sağlığı örgütlemeye niyet etmek ve amaç sağlıklı bir toplum yaratmak olmalı. Türkiye'de uygulandığı kırsal alan için de, pek az şans verildiği kent için de en gelişmiş, akılcı, sonuç getiren ve ucuz bir model olan Sosyalleştirme'nin başarısı ile Sovyetler Birliği, İskandinavya ve özellikle de Küba'da Sosyalleştirme benzeri uygulamaların elde ettiği olumlu sonuçlar sağlıklı toplum yaratma amacında olanların yol göstericisi durumunda. Ayrıca bu ülkede yaşamını Sosyalleştirme'ye adamış ve her aşamasında onlarca yıl çalışmış binlerce sağlık çalışanı yaşamakta. Üstelik bunların çoğu dünyada yukarıda örnek verilen olumlu gelişmeleri de yakından izlemekte ve incelemekte. Türkiye'ye dayatılan karmaşanın Rusya Federasyonu ve Bulgaristan başta olmak üzere birçok ülkede yol açtığı yıkımı da çok iyi gözlemlediler. Yol yakınken yıkıma gidiş durdurulmalı, Sosyalleştirme bilenlerince geliştirilmeli ve kente de uyarlanarak tüm topluma ulaştırılmalı. Başta Halk Sağlıkçılar olmak üzere sağlık çalışanları ve TTB kendilerine bu görev ve sorumluluğun verilmesi için istekli ve hazır.

KAYNAKÇA

Acaroğlu İ. (1978) Kentleşmenin sebep olduğu sağlık sorunları. Toplum ve Hekim. 11: 27–38.

Aksakoğlu G. (2003) Uluslararası sermaye ve bağışıklama pazarı. Toplum ve Hekim 18:323–30. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-uluslararasibagisiklamapazari.pdf

Aksakoğlu G. (1995) Sağlık hizmetine kaymakam engeli. STED 4:304-7.

Aksakoğlu G. (2002) "Herkes için sağlık'tan Hedef21'e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor" Toplum ve Hekim 17:2:91-100. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsodegisiyor.pdf

Aksakoğlu G. (2003) Dünya Sağlık Örgütü ve sağlık politikalarında değişim. Sol 199:41-5. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsosol.pdf

Aksakoğlu G. (1994) Denenmeyen Model: Sosyalleştirme. Toplum ve Hekim 60:52-5.

Aksakoğlu G. (2003) "Sovyetler Birliği özelinde sosyalist ülkelerde 'sağlık reformu' " Toplum ve Hekim 18:68-80. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sovyetler.pdf

Aksakoğlu G, Giray H. Birleşik Krallık'ta ulusal sağlık hizmetinin öyküsü. Toplum ve Hekim (Baskıda).

AnaBritannica. (1988) İzmir İktisat Kongresi. Ana Yayıncılık, İstanbul. c.12:180.

Ekinci TZ. (1980) Sağlık örgütlenmesinde tarihsel gelişme ve yapısal sorunlar. Toplum ve Hekim. 30: 35–47.

Engels F. (1987) The condition of the working class in England. London; Penguin Classics.

Giray H, Aksakoğlu G. (2006) Sağlıkta sosyal devlet hizmetinden piyasa ekonomisine. TEB İlaç Haber Aktüel. Haziran:18-9. http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sosyaldevlet.pdf

Global Policy Network. (2005) Health care reform and privatization-Social and economic consequences Case of Bulgaria. Institute for Social and Trade Union Research. http://www.gpn.org/research/privatization/priv_bulgaria_engl.pdf

Hançerlioğlu O. (1977) Kent. içinde: Felsefe Ansiklopedisi. Remzi Kitabevi. c.3:271-2.

Marx K, Engels F. (1975) Seçme yapıtlar, c. 1. Sol yayınları, Ankara.

TTB Halk Sağlığı Kolu http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/asi.pdf Erişim tarihi: 02.02.2007.

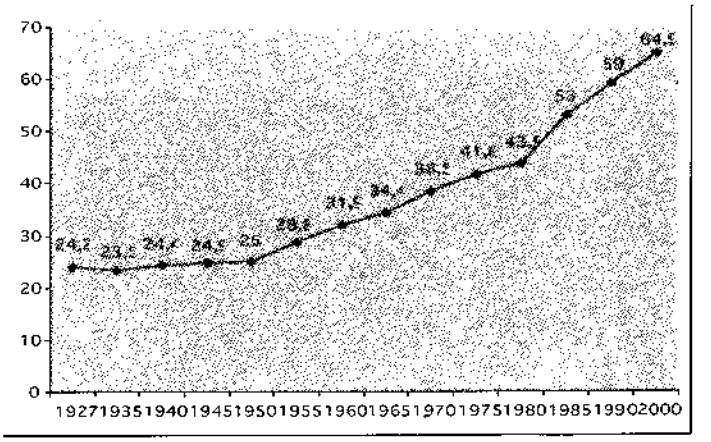
TÜRKİYE'DE KENTLERDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Arş. Gör. Hatice Giray
Yrd. Doç. Dr. Bülent Kılıç
DEÜ Tıp Fak.

1. Kentler ve Sağlık Sorunları

Kent, yoğun ve heterojen bir nüfusun bir arada yaşadığı, iç nüfus hareketliliğinin fazla olduğu, ekonomik açıdan kapalı olmayan, tarım dışı üretimin egemen olduğu, iş bölümünün yoğunlaştığı, kültürel, sosyal ve ekonomik açılardan merkez olma özelliği taşıyan yerleşim birimidir(1). Kentleşme ise, en dar tanımıyla kent sayısının ve kentlerde yaşayan nüfusun artması anlamına gelmektedir(2). Türkiye'deki hızlı kentleşme sürecinin birincil nedeni ekonomik gerekçelerdir. İnsanlar iş sahibi olmak, para kazanmak ve daha iyi yaşamak için köyden kente göç etmektedir. Son yıllarda bu gerekçeye güvenlik sorunu da eklenmiştir. Özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki terör nedeniyle birçok aile köyden kente zorunlu olarak göç etmiş ve çoğunlukla üç büyük şehre, Mersin, Adana ve Diyarbakır'a yerleşmiştir (3). Türkiye'de 1927 yılından bu yana yapılan nüfus sayımlarına göre kent nüfusu giderek artmaktadır(4). 2000 yılında yapılan nüfus sayımı sonuçlarına göre Türkiye'de nüfusun %65'i kentlerde yaşamaktadır **(Grafik 1)**. Buna göre kentli nüfus oranı 1927 yılında %24 iken bugün yaklaşık 3 kat artmıştır.

Grafik 1. Toplam nüfus içinde kent nüfusu oranının yıllara göre değişimi (1927-2000).



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=193)

Kentlerin sağlık gereksinimleri; sorunlarının, gecekondu ve kent merkezi olarak iki ayrı yerleşim birimi olarak ele alınmak gerekir.

1960'lı yılların Türkiye'si ile karşılaştırıldığında bugünün kentlerinin sağlık gereksinimleri ya da sorunları değişmiştir. Kentler, sağlık gereksinimleri ya da sorunları birbirinden farklı olan "gecekondu" ve "kent merkezi" olarak iki ayrı yerleşim birimi olarak ele alınmalıdır(5). Hızlı ve çarpık kentleşme kentlerde kamu hizmetleri gereksinimlerinin karşılanmasında yetersizlikler yaşanmasına ve kentleşen nüfusun çalıştırılmasına olanak sağlayacak temel sanayi yatırımlarının yapılamaması nedeniyle işgücünün marjinal mesleklerde ve türlü hizmet dallarında toplanmasına neden olmaktadır(2). Bu da en çok gecekondulardaki yaşam koşullarını etkilemektedir. Gecekondularda yetersiz olan belediyecilik hizmetlerinin yanı sıra yeterli sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşılamaması, işsizlik, barınma koşullarının olumsuzluğu ve beslenme yetersizliği gecekondulardaki sağlık gereksinimlerinin ya da sorunların temel belirleyicisidir. Gecekondularda bu nedenlerin yarattığı belli-başlı sağlık sorunları bulaşıcı hastalıklar, malnütrisyon, anemi, meslek hastalıkları, kazalar, diş hastalıkları, çocuk işçiliği, akraba evliliği, akıl sağlığı sorunları, engellilik ve ana-çocuk sağlığı sorunlarıdır. Kent merkezinde ise, özellikle yaşlı nüfusun daha fazla olmasına bağlı olarak kronik hastalıklar, trafik kazaları, ev kazaları, stres, gürültü, hava kirliliğinin neden olduğu sağlık sorunları, madde kullanımı ve akıl sağlığı sorunları daha fazla saptanmaktadır(5). Ayrıca kırsal alandan yapılan göçler, sosyal uyumsuzluklara, illegal işlere sapmaya, uyuşturucu alışkanlığına, alkolizm ve şiddete (aile içi, aile dışı) yol açmaktadır. Dinsel ve etnik gerilimler de oldukça tehlikeli bir potansiyele sahiptir. Bugünün kentlerindeki sağlık sorunlarını doğuran ana nedenler aşağıda özetlenmiştir.

İşsizlik: Türkiye'de 2005 yılında işsizlik oranı %9.3; işgücüne katılım oranı %48.4'tür(6). İşsizlik bir yandan kentlere göç edilmesine yol açarken diğer yandan kentlerde informel sektörün ve çocuk işçiliğinin artmasına neden olmaktadır. Bu durum aynı zamanda yoksulluğu da artırmaktadır.

Gecekondulaşma: Gecekondu; köyden kente göç sonucu ve kent nüfusundaki hızlı artışın yol açtığı, genellikle kentin eteklerinde yer alan, imara açılmamış alanlarda, düzensiz, alt yapısız, çoğunlukla küçük konutlarda kalabalık ailelerin oturduğu yerleşim birimleridir. Kırsal bölgenin tüm özelliklerini taşıyan kültürel bir yapısı vardır. Kentlerde konut yetersizliğinin olması bir yandan gecekonduların artışına yol açarken, diğer yandan arsa ve rant ticaretini de artırmıştır (1-3,5).

Çevre Kirliliği: Atıkların toplanamaması, su ve kanalizasyon gibi alt yapının tam olmaması hem kirliliğe yol açmakta hem de bulaşıcı hastalıkları artırmaktadır. Kentlere özgü bir diğer önemli sorun özellikle kış aylarında görülen hava kirliliği ve işyerlerine bağlı çevresel kirlenmelerdir(3,5).

Kentlerin, gecekondulaşmadan, ulaşıma; alt yapıdan çevreye kadar birçok sorunu vardır. Ancak kentlerin en temel sorunu sağlık örgütlenmesine ilişkindir. Bu sorunların başında nicel ve nitel olarak yetersiz kalan sağlık ocakları, kalabalık polikliniklerivle ve kuyruklarıyla hastaneler ve yetersiz iş sağlığı hizmetleriyle işyerleri gelmektedir. Yapılan araştırmalara göre sağlık ocaklarının kullanımı özellikle kırsal alanlarda kentsel alanlara göre anlamlı ola-

rak daha fazladır(7). Kent merkezlerinde ise tedavi edici hizmetler sağlık ocaklarının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarından da alınmaktadır(8,9). Ancak birçok araştırmada sağlık kurumlarını seçmede mesafe faktörünün çok önemli olduğu ve toplumun kendisine en yakın mesafedeki sağlık kurumlarını kullandığı, bunun da genellikle sağlık ocakları olduğu saptanmıştır(7,10).

Kentlerdeki sağlık örgütlenmesi sorunlarını tartışırken, Türkiye'de kentlerdeki sağlık örgütlenmesi tarihçesine bakılmalıdır. Bu sayede bazı sorunlar ve çözümleri daha kolay anlaşılabilir:

2. Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi Tarihçesi

2a. Sosyalleştirme öncesinde kısa tarihsel gelişim

Türkiye Cumhuriyeti'nde sosyalleştirme öncesinde kentlerde sağlık hizmetlerinin gelişimi, öncelikle sağlıklı bir toplumun oluşturulması çabasıyla ilişkilidir. Savaşlarda kaybedilen çok sayıda insan, yaygın bulaşıcı hastalıklar ve çalışabilecek sağlıklı insan gücünün azlığı en ciddi sorunlardır. Sağlık Bakanlığı'nın öncelikli görevi bulaşıcı hastalıklarla savaş, sağlıklı insan gücü yetiştirilmesi ve nüfusun artırılabilmesi için doğurganlığın artırılmasını sağlamak olmuştur. Osmanlı İmparatorluğu döneminde 1913 yılında kentlerde kurulan hükümet tabiplikleri(11) aynen korunmuş ancak bulaşıcı hastalıklarla daha hızlı ve etkin bir mücadele amacıyla dikey sağlık örgütleri oluşturulmuştur. Sıtma savaş, verem savaş, trahom savaş gibi örgütler 1920-1930 arası dönemde merkezden yönetilen ve hızlı müdahale amacıyla illerdeki mülki amirlerden bağımsız olarak oluşturulmuştur. Tek bir hastalıkla mücadele esasına dayanan bu kurumlar halen kentlerde varlıklarını sürdürmektedir(12). Sağlık Bakanlığı 1940'lı yıllara kadar hastane hizmetlerinin yerel yönetimlerce (il özel idareleri ve belediyeler) yürütülmesini amaçlamıştır. Bu politika 1950'li yıllardan başlayarak terkedilmiştir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ayrı örgütlerle verildiği ve bakanlığın koruyucu hizmetler alanında daha ağırlıklı rol aldığı görülmektedir. Tedavi edici hizmetlerse, il-ilçe merkezlerinde yerleşen hükümet tabiplerine ve muayenehanelerine bırakılmıştır. Bu nedenle tedavi edici sağlık hizmetleri daha çok kentteki zengin azınlığa yönelik olarak ve özel muayenehaneler aracılığıyla verilmiştir. Bugün kentlerde daha yaygın olan özel sektörün ve eşitsizliklerin temeli o dönemde atılmıştır (13).

Bakanlığın kentlerde örnek olması amacıyla numune hastaneleri açmasının yanı sıra 1930 yılında Etimesgut'ta Numune Dispanseri de kurduğu görülmektedir. Bu kurum birkaç yatak içeren ve aynı zamanda köyden gelen hastaların gerekirse 1-2 gün yatırılabildiği bir dispanser olarak çalışmıştır. Daha sonra Etimesgut Dispanseri 1937 yılında yurtdışı deneyimlerden de yararlanılarak tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin entegre biçimde verildiği, düzenli kayıt tutulan ve eğitim yapılan daha gelişkin, yataklı bir sağlık merkezine dönüştürülmüştür. Bakanlıkça kentlerde açılan bu dispanserlerin sayısı, hastaları yatırarak da tedavi edebilmesi nedeniyle, halkın yoğun isteğiyle karşılaşmış ve 1942'de 200'e, 1950'de 300'e ulaşmıştır(11).

2b. Sosyalleştirme: Bir Dönüm Noktası

Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dönemi tüm dünyada sosyal devletin ön plana çıktığı bir zamana denk gelmiştir. Milli Birlik Komitesi'ne Sosyalleştirme Yasası'nın hazırlayıcısı Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nusret Fişek tarafından önerilen 3 plandan ikisi köylere yönelik gezici hizmetleri ya da kentlerdeki sağlık merkezlerini geliştirmeyi öneriyordu. Kabul edilen 3. seçenek olan "sosyalleştirme" önerisi ise en kapsamlı olanıydı. Sosyalleştirme 5 Ocak 1961 tarihinde çıkarılan bir yasa ile kabul edilmiştir(15). Böylece Türkiye Cumhuriyeti'nde o zamana kadar olan dönemdeki

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dönemi, dünyada sosyal devletin ön plana çıktığı rastlanmıştır.

eşitsiz gelişmeyi bir ölçüde hafifletecek yeni bir dönemin kapısı aralanmıştır. Bu yaklaşım Türkiye'de bu döneme kadar daha çok muayenehanecilik üzerinden giden sağlık hizmetlerinin toplumun lehine dönüştürülmesi için önemli bir fırsat ve kazanım yaratmıştır(15). Bu nedenle "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" Türkiye sağlık tarihinin önemli dönüm noktalarından birisidir.

Sosyalleştirme Yasası İngiltere'deki genel pratisyenlik uygulamaları ile İsveç'teki bölge kavramı ilkelerine göre hazırlanmış ve Türkiye'nin kırsal bölge özellikleri dikkate alınarak yazılmıştır (16). Yasanın çıkarılmasındaki temel gerekçe halkın %80'inin köylerde yaşaması ve bu alana yeterli sağlık hizmeti götürülememesi olarak gösterilmiştir(17). Ancak bu noktadan yola çıkarak sistemin yalnızca köylere yönelik olduğu yorumunu yapmak doğru değildir. Çünkü yasanın ilkeleri temelde bir köy-kent ayırımı yapmamaktadır. Ancak buna karşın yasanın en önemli sorunlarından birisi kentler için yeterince ayrıntılı bir donanıma, insan gücüne ve esnekliğe sahip olmamasıdır.

Sosyalleştirme Yasası, ilkece bir kent-köy ayrımı yapmamıştır. Ne var ki, yasanın vurguladığı en önemli bir sorun, kentlerde yeterli donanımın, yetişmiş insan gücünün ve esnekciliğin olmamasıdır.

Sosyalleştirmenin en temel kurumu sağlık ocaklarıdır ve sağlık ocakları nüfusa göre örgütlenmiştir. Her sağlık ocağı 5,000–10,000 kişilik bir nüfusa hizmet eder (Madde 2). Yasanın temel ilkelerinden biri, sağlık ocaklarında ve sağlık ocağından sevkle gidilen hastanelerde hizmetlerin ücretsiz olmasıdır (Madde 14). Sağlık ocağı hizmetleri koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegrasyonudur ve bir ekip hizmeti olarak planlanmıştır. Yasanın bir diğer temel özelliği, sosyalleştirilmiş bölgede çalışan kamu sağlık personelinin hiçbir şekilde özel olarak çalışamayacağıdır (Madde 3). Ancak bu madde 1980 yılında kaldırılmıştır. Ayrıca yasa basamaklandırılmış bir sağlık sistemi ve sevk zinciri uygulamasını da getirmiş, sevk zincirine uyan kişilerin ücretsiz hizmetten yararlanabileceğini hükme bağlamıştır. Basamaklar arası geri bildirim ve hizmet içi eğitim de düşünülmüştür (Madde 12-14)(18).

2c. Sosyalleştirmede Sorunlar Dönemi

Sosyalleştirme Yasası'nın uygulanması sırasında son derece ciddi sorunlarla karşılaşılmıştır. En ciddi sorun, bütçeye sosyalleştirme için gerekli ödeneklerin konulmamasıdır. İkinci sorun, Sağlık bakanlarının ve üst düzey yönetimin parasız ve eşit bir sağlık hizmeti getirmeye çalışan sosyalleştirmeye bir türlü inanmamasıdır. Bu tutum yasanın hazırlandığı andan günümüze kadar yaşanan en ciddi sorunlardan biridir. Bir diğer sorun, hekimlerin çoğunluğunun muayenehanelerini kapatmak istememesidir(16). Bunun nedeni de, Sağlık Bakanlığı'nın özellikle ücretler konusundaki güvenilir olmayan yapısıdır. Nitekim bir müddet sonra da Sağlık Bakanlığı hekimlere vaat ettiği yüksek ücret politikasından vazgeçmiştir.

Ancak Sosyalleştirme Yasası'nın içerik olarak en önemli eksiği, iş sağlığı hizmetlerine yönelik hemen hiçbir düzenleme getirmemesi, temelde özellikle kentsel alanda işyerlerine ve işçi sağlığına yönelik bir yaklaşımı olmamasıdır. Hatta yasa, kırsal alana yönelik hazırlanmasına karşın tarım çalışanlarını da dikkate almamıştır(18).

1990'lı yıllardan bu yana Türkiye Sağlık sistemine dayatılan ve yaşanan sağlık sorunlarının ortadan kaldırılmasına yönelik bir çözüm olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan "aile hekimliği sistemi" ile sağlık ocaklarının kapatılması ve sosyalleştirme döneminin artık resmen sona erdirilmesi planlanmaktadır. Bu sistem birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamını taşımaktadır(19,20). Aile hekimliği sisteminde tedavi edici hizmetler öncelenmekte, koruyucu hizmetlerde de toplum sağlığı değil, bireylerin sağlığı gözetilmektedir. Çağdaş sağlık hizmeti ilkelerinden olan nüfusa dayalı hizmet, aile hekimliği sisteminde, aile hekiminin kendini seçen kişilere verilen hizmete dönüşmektedir. Bu sistem ekip hizmetinin söz konusu olmadığı, hekime dayalı, hekim dışı sağlık çalışanının yok sayıldığı,

hekimler arası rekabetin yaşanacağı ve çalışma barışının ve sağlık çalışanlarının özlük haklarının olumsuz etkileneceği bir sistemdir(21).

3. Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi Üzerine Getirilen Öneriler

Kentlerde sağlık örgütlenmesi modeli oluşturmaya ilişkin yapılan çalışmalar özellikle 1990'lı yıllardan bu yana artmıştır(22). Bu nedenle bu çalışmada kentlerde sağlık örgütlenmesi üzerine getirilen öneriler derlenirken, 1990 yılından sonra yapılan ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin ayrıntılı bir örgütlenme önerisi getiren çalışmalardan yararlanılmıştır. Bu çalışmaların çoğunda birinci basamak sağlık kurumu olarak sağlık ocağı belirtilmiştir (1,23-27). Hizmet basamakları açısından sağlık ocaklarının üzerinde, aralarında sevk sisteminin işletilmesi gerekli olan, ikinci basamak olarak devlet hastaneleri, üçüncü basamak olarak üniversite hastanelerinin bulunması planlanmıştır(1). Yönetsel yapılanma açısından sağlık ocaklarının üst birimi olarak sırasıyla Sağlık Grup Başkanlığı (SGB) ve İl Sağlık Müdürlüğü yapılandırılmıştır (1,24,26,27). Getirilen önerilere göre sağlık ocakları nüfus temelli örgütlenmiştir ve sağlık ocağı nüfusunu 3.000–5.000(1,23,26,28) ya da 5.000-10.000(24) olarak belirten çalışmalar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda kent tipi sağlık ocaklarının vereceği sağlık hizmetleri ve hizmeti sunan ekip toplumun sağlık gereksinimlerine göre belirlenmiş ve kentler; kent merkezi, gecekondu, sanayi olmak üzere üç bölgeye ayrılmıştır (1,26,27). Sağlık ocağının temel görevi, birinci basamakta temel sağlık hizmeti vermektir. Bu hizmetin sağlık ocağının yanı sıra evde ve gezici olarak da verilmesi planlanmıştır. Çünkü kentlerde yaşanan önemli sorunlardan biri, evde izlemlerin gerektiği gibi yapılamamasıdır. Evde yapılan 15-49 yaş kadın, gebe, lohusa, bebek, çocuk izlemleri yanında yaşlıların da izlenmesi(24), izlem saatlerinin saat

20.00'a kadar sürmesi(24), izlemlerin sağlık personeli dışındaki kişiler tarafından yapılması da önerilmektedir(28). Çevre sağlığı, iş sağlığı ve okul sağlığı hizmetlerinin sağlık ocağı hizmetlerine entegre edilerek yürütülmesi önerilerde ön plana çıkmakta iken, bu hizmetlerin ayrı örgütlerce verilmesi gerekliliği nadiren getirilen önerilerdendir(1).

Kentlerde sağlık örgütlenmesi üzerine getirilen öneriler arasında, sağlık ocaklarının evde yapılan işlemlerin sağlık personeli dışındaki kişilerce de yapılması yer almaktadır.

Sağlık ocağının hizmeti bir ekiple yürütülmekte ve temel ekip hekim, ebe, hemşire ve sağlık memurundan oluşmaktadır. Bu ekibe gereksinime göre laboratuvar teknisyeni, çevre sağlığı teknisyeni, diş hekimi, eczacı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyet uzmanı da dahil edilmektedir. Hekimler arasında çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, çevre sağlığı sorumlularının belirlenmesi ve hekim izlemi için gebe ve sağlam çocuk polikliniklerinin oluşturulması gerekliliği kent sağlık ocağının bir özelliği olarak belirtilmiştir(25).

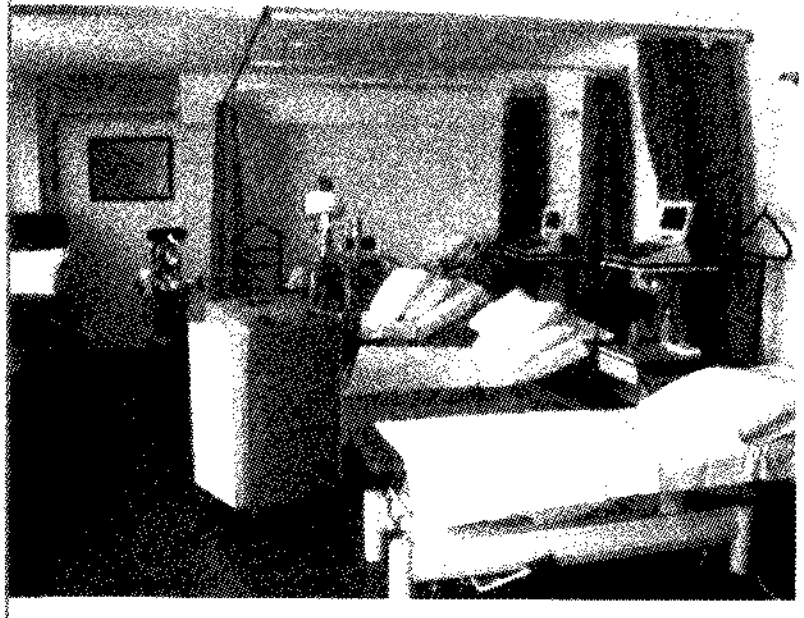
Sağlık ocağının uygun teknolojiye sahip olması önemlidir. Getirilen bir öneriye göre laboratuvar teknolojisi açısından temel olarak sağlık ocağının rutin kan, idrar, EKG, röntgen, ultrasonografi yapabilecek donanıma sahip olması gereklidir (23). Kentlerde sağlık örgütlenmesi içinde tıbbi teknoloji açısından gerekli donanımın ay-

Sağlık ocaklarının kendi ekiplerine ve tıbbi teknoloji açısından gerekli durumuna bakıp olması gerekli yapılan önemler arasında yer almaktadır.

rıntılı olarak belirtildiği çalışmalar bulunmaktadır (29). Kayıtların bilgisayarda tutulması ve kurumlar arası ortak bilgi ağının kurulması da söz konusu çalışmalarda kent sağlık ocaklarının özelliği olarak belirtilmektedir.

Bazı çalışmalarda Sosyalleştirme Yasası'na uygun örgütlenme içinde bulunmayan ancak kentlere özgü olarak önerilen, 2-5 sağlık ocağının fiziki olarak bir arada bulunması işlevini yerine getiren, sorumlu olduğu nüfusun 20,000-25,000 arasında değiştiği "Sağlık Merkezi" ya da "Merkez Sağlık Birimi" bulunmaktadır(1,23,26,27). Önerilere göre sağlık merkezi içindeki sağlık ocaklarının kendi ekipleri ve kendi belirlenmiş nüfusları olmalı, ancak bu merkezde diş hekimi, çevre sağlığı ve laboratuvar teknisyeni, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, şoför, hizmetli gibi ortak çalışanları ve ortak laboratuvar, röntgen araçları bulunmalıdır.

Sosyalleştirme Yasası'nın ilk halinde bulunan ancak daha sonra kaldırılan "tam gün çalışma" kent sağlık ocaklarının temel özelliklerinden biri olarak belirtilmektedir(1,28,30). Sağlık ocağı çalışanlarının hastanede çalışan uzmanlar aracılığıyla hizmet içi eğitimi, lisans öğreniminin aktif öğrenme ile olması, hekimlerin atandığı yerde en az iki yıl çalışma zorunluluğunun bulunması ve bu süre içinde Tıpta Uzmanlık Sınavı'na katılamamaları, çalışanların objektif performans ölçütlerine göre sürekli değerlendirme ve denetimleri, atamalarda meslek kuruluşları ve sendikaların söz sahibi olması da sağlık ocağı çalışanlarına ilişkin olarak getirilen önerilerdendir (1,23,24,27,30).



Yapılan çalışmalarda hizmetin planlanması ve denetimine toplum katılımının sağlanması açısından kent sağlık ocakları içinde "Sağlık Ocağı Kurulu", "SGB Kurulu" ve "İl Halk Meclisi" oluşturulması önerilmektedir (25,27,31). Sağlık Ocağı Kurulu'nun bir ya da iki sağlık ocağı çalışanı, bir okul temsilcisi, bir yerel yönetim temsilcisi, dört ya da yedi toplum temsilcisinden oluşması planlanmıştır. Oluşturulan kurulun görev süresi iki yıldır ve sekreteryası da sağlık ocağı tarafından yürütülmektedir. Ayda en az bir kez olarak planlanan toplantılarda alınan kararlar sağlık ocağına bildirilecektir. Sağlık ocağı ve kurul arasında ortaya çıkan sorunları da SGB Kurulu çözecektir. SGB kurulunda her sağlık ocağını temsilen üçer kişinin ve SGB'den üç kişinin bulunması planlanmaktadır.

Finansmanın genel bütçeden karşılanması ve hizmetlerin ücretsiz olması sağlık örgütlenmesinin finansmana ilişkin temel özelliği olarak önerilmiştir(1,32). Genel bütçeden finansman önceliğinin birinci basamak sağlık kurumlarına kaydırılması ve her birimin kendi inisiyatifi ile harcayabileceği bir bütçesinin bulunması planlanmaktadır.

Hizmet sunumu açısından sağlık ocaklarının bir üst basamağı devlet hastaneleridir. Devlet hastaneleri 2-4 SGB bölgesine bir tane olmak üzere planlanmaktadır. Ayrıca bir modelde sağlık ocağı ile devlet hastanesi arasında uygun yerlerde olmak üzere semt poliklinikleri önerilmiştir(1). Devlet hastanelerine sevk almadan başvuru yapılamayacaktır. Bu kurumlara ancak acil durumlarda doğrudan başvurulabilecek, aksi durumda sevk almadan gelinen

durumlarda hizmet ücretli olarak alınacaktır. Hastanenin görevleri temel olarak tanı, sağaltım, esenlendirme, acil ve ambulans hizmetleri vermektir. Ayrıca hastanede çalışan uzmanlar aracılığıyla birinci basamak sağlık kurumlarında çalışanların hizmet içi eğitimine destek olma hastanelerin önemli bir işlevidir. Hastane ve İl Halk Meclisi ile koordinasyonun sağlanması toplum katılımının da önemli bir aracıdır (1,31). Devlet hastanelerinin bir üst basamağı ise üniversite hastaneleridir. Üniversite hastanelerinin görevleri üçüncü basamak tanı ve sağaltım hizmetleri vermek yanında akademik araştırmalar yapmak ve ülkenin sağlık gereksinimlerine, sağlık örgütlenmesine uygun hekimler yetiştirmektir. Bunun yanında tüm sağlık örgütünün hizmet içi eğitimine danışmanlık ve eğitici desteği, birinci basamaktaki araştırmalara danışmanlık desteğinin sağlanması ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün il düzeyindeki sağlık hizmeti planlamasına ve alan araştırmalarına destek olması üniversite hastanelerinin önemli işlevlerindendir (1,32).

Yapılan çalışmalarda yönetsel açıdan sağlık ocaklarının bir üst birimi olarak SGB tanımlanmıştır. SGB'nin temel görevleri yönetim, denetim, eğitim, araştırma, İlçe Halk Meclisi ile koordinasyon olarak belirlenmiştir. SGB'nin çalışanlara ilişkin atamalarda, hizmet önceliklerinin belirlenmesinde ve kendi inisiyatifi ile harcama yapabileceği belli bir bütçesi olmasında karar kılınmıştır. Halk sağlığı uzmanı, denetçi ebe-hemşire, sağlık eğitimcisi, sekreterya ve gereksinime göre diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, çevre sağlığı teknisyeni SGB' nin ekibini oluşturmalıdır (1, 24). Yönetimsel olarak SGB'nin bir üst birimi İl Sağlık Müdürlüğü olmalıdır. Üniversiteler dışında, il düzeyindeki tüm sağlık kurumları idari açıdan Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olmalı, müdür başarılı SGB'lerden atanmalı, bir anlamda yönetimde SGB'ler söz sahibi olmalıdır. Ayrıca Sağlık Müdürlüğü toplum temsilcileri ile işbirliği içinde çalışmalıdır (1).

4.Sonuç ve Öneriler:

Hızlı ve çarpık kentleşme, kentlerin değişen sağlık gereksinimleri ve "Aile Hekimliği" önermesine karşılık sağlık sistemimizin yeni gereksinimlere göre kentlerde yeniden yapılanması büyük önem taşımaktadır. Kentlerde ayrı bir örgüt önermenin amacı, kent-kır arasındaki eşitsizlikleri derinleştirmek değil, tersine azaltmaktır. Bu öneriler temelde kente özgü bir ayrıcalık olarak değil, nüfusun büyük çoğunluğunun yaşadığı ve yoğun göç alan kentlerdeki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik öneriler olarak anlaşılmalıdır. Ayrıca bu önerilerin çoğunun kırsal alanda da uygulanabileceği açıktır. Ancak kırsal alandaki sağlık ocaklarında örneğin tarım çalışanlarına ve çiftliklere yönelik düzenlemelerde olacağı gibi daha farklı açılımlara gereksinimler vardır. Kentlerde ise sağlık ocakları bulunduğu bölgenin özelliklerine göre iş sağlığı, yaşlı sağlığı, çevre sağlığı veya ana çocuk sağlığı ağırlıklı bir planlama ve insan gücü ile verilmelidir. Bu nedenle sosyalleştirmenin temel özellikleri korunarak, yazarlar tarafından kent sağlık ocakları için aşağıdaki değişiklikler önerilmektedir:

Kırsal alanlardaki sağlık ocaklarında tarım çalışanlarına ve çiftliklere yönelik farklı açılımlara, kentlerde ise sağlık ocakları ile bütünleşmiş ve bulunduğu bölgenin özelliklerine göre, iş sağlığı, yaşlı aylığı, okul sağlığı, çevre sağlığı hizmetlerini ağırlıklı bir planlama ve insangücü ile verilmelidir. Aile hekimliliğine kesinlikle geçilmelidir.

4.a.Örgütlenmede temel kurum (birinci basamak) sağlık ocakları olmaya devam etmeli, aile hekimliğine kesinlikle geçilmemelidir. Sağlık ocaklarında hizmet ekip çalışmasını bozmayacak biçimde, hekim seçme ve rekabet olmaksızın, bölge tabanlı olarak sunulmalıdır. Her hekimin sorumlu olduğu bölge coğrafik olarak belirlenmelidir. Hekim başına düşen nüfus 1.500 kişiyi, ebe başına düşen nüfus 1.000 kişiyi aşmamalıdır (33).

4.b.İş sağlığı, çevre sağlığı, yaşlı sağlığı ve okul sağlığı gibi hizmetlerin var olan sağlık ocağı hizmetlerine entegre edilmesi gerekmektedir. Özellikle iş sağlığı hizmetleri sağlık ocaklarında tamamıyla yetersizdir (34-35). Ayrıca sağlık insan gücünün de kent sağlık ocaklarına uygun olarak yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Uygun nüfus özellikleri olan sağlık ocaklarında diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyote-

rapist, eczacı, diş hekimi, psikolog veya iş sağlığı uzmanı istihdam edilmelidir. Halk Sağlığı uzmanları, halk sağlığı doktora veya yüksek lisans eğitimi almış olan kişiler sağlık ocaklarında, SGB'lerde, yerel yönetimlerde veya sağlık müdürlüklerinde bölge sağlık yöneticisi olarak istihdam edilmelidir(33). Laboratuvar hizmetlerinin de merkezi olarak planlanması ve laboratuvar ölçümlerinin standardizasyonu açısından alınan örneklerin belli merkezlerde bakılması gerekmektedir. Bu hizmetler uygun merkezlerde ve sağlık ocağı tabanlı olarak planlanmalıdır. Kayıtların bir merkezden kontrolü ve veri transferi için sağlık ocaklarının tamamının internet bağlantısı ve elektronik veri transferine uygun hale getirilmesi gereklidir.

4.c. Sağlık hizmetleri merkezi olarak planlanmalı ve merkezi bütçeden finanse edilmelidir. Sağlık Bakanlığı ulusal sağlık politikasını belirlemeli, uluslararası ilişkileri düzenlemeli ve örgütlenmenin temel ilkelerini ortaya koymalıdır. Sağlık Müdürlükleri ve SGB'ler aracılığıyla yerel düzeyde denetim ve yönetim gücü devam etmelidir.

Ancak ülkemizde kentlerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetimin kim tarafından üstlenileceği iki ayrı olasılık olarak ele alınacaktır:

4.c.1: Birinci olasılık, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetimin belediyelere devredilmesidir. Belediyelerin toplum katılımının sağlandığı, yerelleşmenin ve demokratikleşmenin ön plana çıktığı gerçek birer yerel yönetim olma zamanı gelmiştir(36). Ancak bu kurumlarda toplum katılımını ve denetimi sağlayacak mekanizmaların da özenle kurgulanması ve geliştirilmesi gerekmektedir(37). Diğer yandan, belediyelerin şimdiki insan gücü ve organizasyon ile bu hizmeti sunması beklenemez. Bu nedenle, belediyelere Sağlık Bakanlığının tüm birinci basamak sağlık insan gücü ve fizik-teknik olanakları tamamıyla devredilmelidir. Ayrıca genel bütçeden belediyenin büyüklüğüne göre finansman sağlanmalıdır. Ek olarak, yerel yönetimler kendi bölgesinde yerel vergi de toplamalıdır. Belediyeler sağlık hizmet sunumunda sadece birinci basamağın (sağlık ocaklarının) yönetim ve denetiminden sorumlu olmalı, ikinci basamak gene Sağlık Müdürlüğüne bağlı olmalıdır. Ayrıca Sağlık Müdürlüğü, SGB aracılığıyla sağlık ocakları üzerindeki denetim görevini de yerine getirmeye devam etmelidir (**bakınız Şekil 1**). Ancak sağlık ocakları, yönetim açısından kesin olarak kaymakamlardan ve merkezi yönetimden bağımsız olmalıdır (38-39).

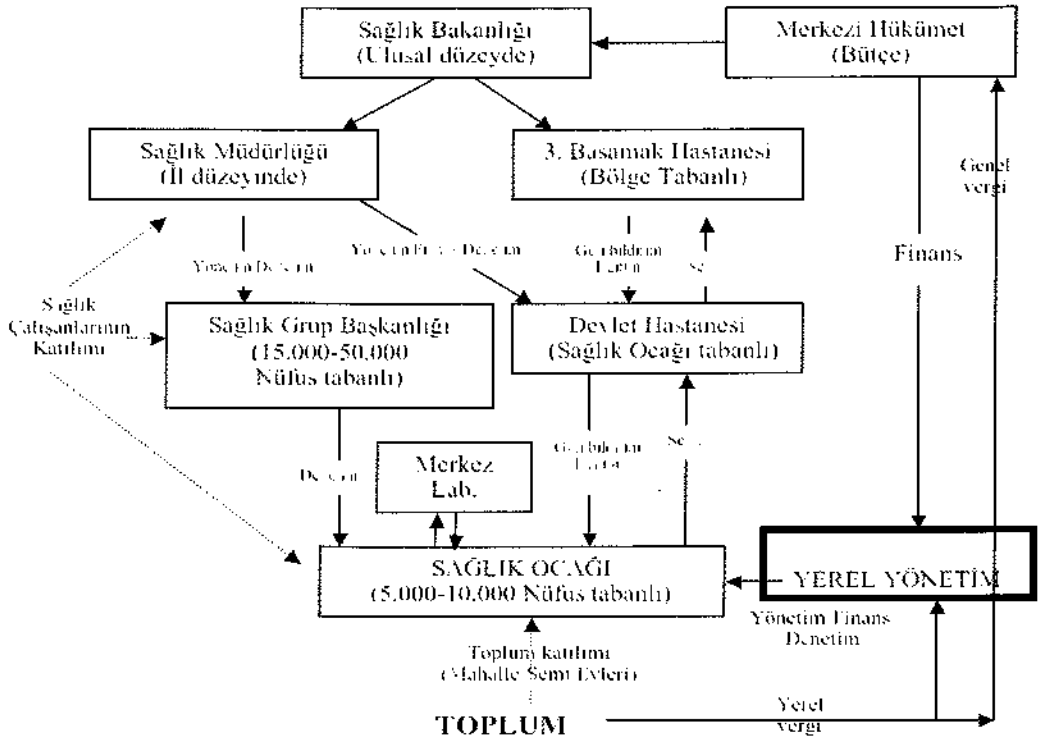
4.c.2: İkinci olasılık, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetimin eskisi gibi Sağlık Müdürlüğü ve SGB'lerde kalmasıdır. Ancak bu kurumlarda da toplum katılımını ve denetimi sağlayacak mekanizmaların özenle kurgulanması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığının genel bütçeden yeterli finansmanla tüm birinci basamak kurumlarının fizik-teknik olanaklarını düzeltmesi gerekmektedir. Belediyeler ise, sağlık hizmet sunumunda birinci basamağı desteklemelidir (**bakınız Şekil 2**). Ancak sağlık ocakları yönetim açısından kesin olarak kaymakamlardan bağımsız olmalı, sadece SGB ve Sağlık Müdürlüklerine bağlı olmalıdır (38-39).

Birinci basamak yönetimi belediye veya sağlık müdürlüğünde olsa da bundan bağımsız olarak Tıp Fakültesi bulunan tüm illerde mutlaka uygun bir SGB bölgesi "Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri" olarak oluşturulmalıdır(40). Halk Sağlığı Anabilim Dalları bu bölgelerde oluşturulacak Eğitim Araştırma ve Sağlık Grup Başkanlığının yönetimini üstlenmeli ve sadece bu bölgelerde sağlık ocaklarının yönetimi sağlık bakanlığında değil, üniversitede olmalıdır. Ayrıca yerel yönetimlerin birinci basamağa destek işlevi de devam etmelidir. Örnek olarak yerel yönetimlerin aktif olduğu bir sistem üzerinden Eğitim Araştırma ve Sağlık Grup Başkanlığı yapısı şematize edilmiştir (**bakınız Şekil 3**).

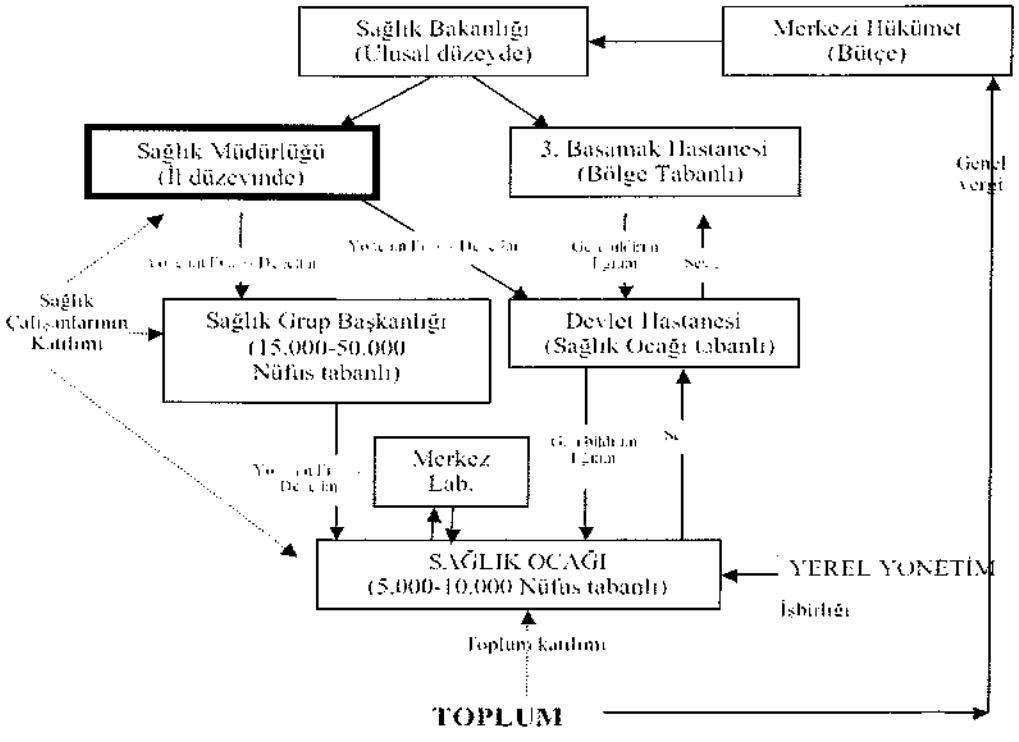
Bu bölgelerde pratisyen hekimlerin ve diğer sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerinin personele statü kazandırması sağlanmalıdır. İş doyumunu ve motivasyonu artıran faktörlerden olan bu uygulamaların daha sonra tüm ülkeye yayılması planlanmalıdır (41). Ayrıca tedavi edici hizmetlere prim tanıyan döner sermaye uygulamaları tüm basamaklarda tamamen kaldırılmalı, sağlık kurumlarının başvuranlarla ve kendi çalışanlarıyla olan para ilişkisi bitirilmelidir. Ek olarak iş doyumunu son derece azaltan var olan ücret politikalarındaki olumsuzluklar hızla giderilmeli, sağlık çalışanlarının ücretleri artırılmalıdır (42).

Sonuç olarak, kentlerde sağlık örgütlenmesi üzerine değişik modellerin ve önerilerin olduğu görülmektedir. Bu modeller içinden toplumsal yapımıza en uygun bir ya da birkaç modelin alınması ve pilot bölgelerde uygulanması en akılcı yaklaşım olacaktır. Bu konuda yazarlarca uygulanması önerilen 3 model Şekil 1, 2 ve 3'te verilmiştir.

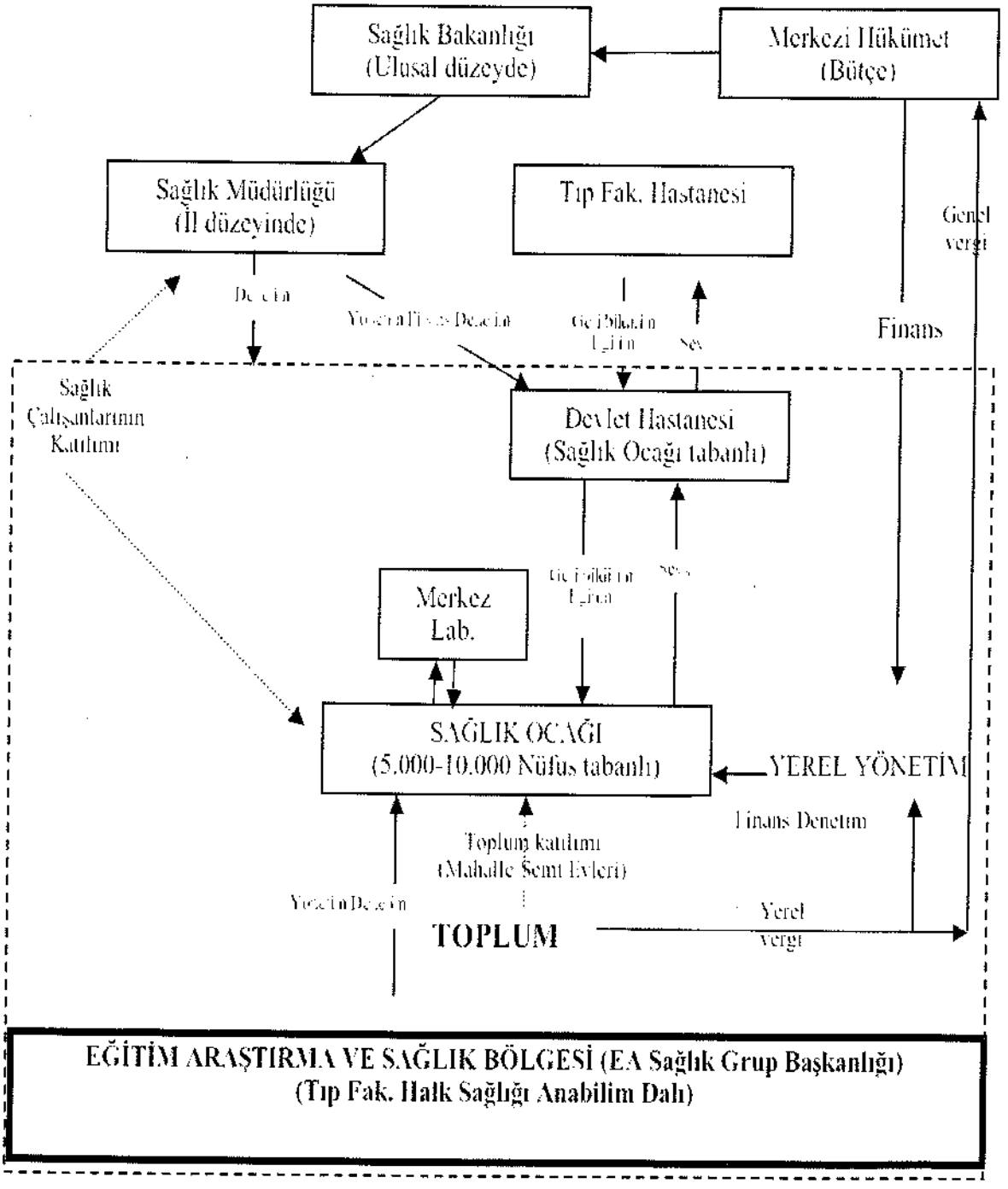
Şekil 1. Birinci Basamak Yönetiminin Belediyelere Devredildiği Kentlerde Önerilen Sağlık Örgütlenmesi Modeli



Şekil 2. Birinci Basamak Yönetiminin Sağlık Müdürlüğünde Olduğu Kentlerde Önerilen Sağlık Örgütlenmesi Modeli



Şekil 3. Tıp Fakültesi olan Kentlerde Önerilen Sağlık Örgütlenmesi Modeli



KAYNAKLAR

1. Dedeoğlu N, Eser E, Kızılkaya A, Ünsal A, Musal B, Kılıç B, Balaban C, Yorulmaz F, Saçaklıoğlu F, Çan G, Dinç G, Erengin H, Harmancı GH, Maral I, Dönmez L, Karavuş M, Ertem M, Bakırcı M, Yazıcı N, Dalda N, Bölükbaş O, Metintaş S, Şahbaz T, Mevsim V. Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi Grup Çalışması. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Didim,14 Eylül 1994.

2. Keleş R. Kentleşme Politikası. İmge Yayınevi (9.Baskı). Ankara, Nisan 2006.

3. Kılıç B. İnsan Yerleşimleri Doruğu (Habitat II). Çalışma Ortamı. Mart-Nisan 1996;5(25):2-4.

4. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus İstatistikleri ve Projeksiyonlar: Şehir ve Köy Nüfusu. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=193. Erişim tarihi: 05.02.2007.

5. Dedeoğlu N. Türkiye'de kentlerde sağlık sorunları. Toplum ve Hekim.1996;11(71):54-56.

6. Türkiye İstatistik Kurumu. İstihdam, İşsizlik, Ücret istatistikleri. Erişim adresi:
http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=446. Erişim tarihi: 05.02.2007.

7. Kılıç B. Gölbaşı Bölgesi'ndeki Sağlık Başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler. Toplum ve Hekim. 1996;11(74):2-10.

8. Berberoğlu U, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Devlet Hastanesinin kimi polikliniklerinde verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin boyutları. Toplum ve Hekim. 2000;15(3):199-208.

9. Kaya S. Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği. Toplum ve Hekim.1996;11(71):2-14.

10. Aksakoğlu G. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bir Bölgede Halkın İyileştirici Hizmetler İçin Seçtiği Sağlık Kuruluşları ve Bu Seçimi Etkileyen Etmenler Üzerine Bir İnceleme. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara, 1979.

11. Aydın E. Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Naturel Yayınları. Ankara, 2002.

12. Kılıç B. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kısa Tarihsel Gelişimi. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), Nazım Kitaplığı Yayınları. İstanbul, Nisan 2006.

13. Ersoy T. Türkiye Tıp Tarihi İçin Materyalist Notlar. Sorun Yayınları. İstanbul,1998.

14. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No:224, Resmi Gazete No:10705, 12.01.1961.

15. Sol Meclis Sağlık Komisyonu. Sosyalist Türkiye'de Sağlık (2. baskı). Nazım Kültürevi. İstanbul, 2003.

16. TTB Merkez Konseyi. Nusret Fişek ile Söyleşi. Ankara, 1992.

17. Üner R, Fişek N. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve uygulama planı üzerinde çalışmalar. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, No:256. Ankara, 1961.

18. Kılıç B. Sosyalleştirme Yasası ve Dönemi (1961-1980). Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), Nazım Kitaplığı Yayınları. İstanbul, Nisan 2006.

19. Kılıç B. Aile Hekimliği. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), Nazım Kitaplığı Yayınları. İstanbul, Nisan 2006.

20. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir. Toplum ve Hekim Temmuz-Ağustos 2003;18(4):251-257.

21. Giray H, Aksakoğlu G. Sağlıkta sosyal devlet hizmetinden piyasa ekonomisine. TDB Dişhekimi. 2006; 15: 47-8. Erişim adresi: http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sosyaldevlet.pdf

22. Giray H, Kılıç B. Türkiye'de kentlerde sağlık örgütlenmesi model önerileri. Kent ve Sağlık Sempozyumu. 7-9 Haziran 2006, Bursa.

23. Aksakoğlu G. Kent Sağlık Ocağı. Toplum ve Hekim. 1996(71):57-58.

24. Musal B, Uçku R, Aksakoğlu G. Kentlerde Birincil Sağlık Örgütlenmesi. Toplum ve Hekim. 1993(58):52-53.

25. Bahçebaşı T ve ark. Kent tipi sağlık ocaklarının iyileştirme çalışmaları deneyimleri. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 14-18 Nisan 1998, Adana.

26. TTB Halk Sağlığı Kolu (Karababa AO, Maral I, Kılıç B, Akdur R, Akgün A, Akın A, Akkan A, Aytaç N, Bacanlı O, Bahar Z, Balkan E, Balkan G, Baytemur M, Bilgiç A, Bilgiç B, Bilir N, Bumin Ç, Canver C, Ceylan A, Ceylan S, Çağlı I, Çinpolat Ş, Dadan K, Gönül U, Önal B, Önal Ö, Açıkalın B, Özhan Ş, Öztek Z, Pala K, Pala T, Saçaklıoğlu F, Sargutan E, Seviğ Ü, Uçar M, Yeşildal N). Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi. 4-5 Kasım 1994, Ankara.

27. TTB Halk Sağlığı Kolu (Aşut Ö, Kalaça S, Eren N, Azak G, Baytemur M, Can G, Dönmez L, Erdoğan S, Güleç M, Kılıç B, Saltık A, Şeref B, Tekbaş F, Yeşildal N). Kentsel Bölgede Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi Grup Çalışması. 27 Mayıs 1995, Ankara.

28. Bulut A, Uzel N, Kutluay T, Neyzi O. Experiences of a health team working in a new urban settlement area in Istanbul. J Community Health. 1991 Oct;16(5):251-8.

29. İzmir Tabip Odası (Türk M, Vatansever K, Durak Hİ, Saçaklıoğlu F, Amato Z, Karababa AO, Çiçekliioğlu M, Eser E, Şahin H, Sivrikaya İ, Uğur ZA, Şemin S). Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi ve Tıbbi Teknoloji Grup Çalışması. 1995, İzmir.

30. Antalya Tabip Odası (Dedeoğlu N, Dönmez L). Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi Modelinde Sağlık İnsangücü. 1995, Antalya.

31. TTB Halk Sağlığı Kolu (Kılıç B, Güleç M, Kalaça S, Şahin N, Şeref B, Yeşildal N). Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Modelinde Toplum Katılımı. 1995, Ankara.

32. İstanbul ve Edirne Tabip Odaları (Dadan K, Erginöz E, Malat G, Alkoy S, Özışık AA,Can G, Özlem Ö, Saltık A). Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Finansman Modeli Taslak Raporu. 1995, Edirne, İstanbul.

33. Kılıç B. "Türkiye için sağlık insangücü planlaması ve istihdam politikaları"; TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, (14 Ekim 2006 yayına kabul edildi).

34. Kılıç B, Konakçı SK, Keskinoğlu P, Ergör A, Boya FÖ, Gürsoy G, Pıçakçıefe M. "Narlıdere Bölgesi Sağlık Ocaklarında Verilen İşe Giriş Raporları"; Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, c:11, no:10, s:387-391, Ekim 2002.

35. Ergör A, Kılıç B, Pıçakçıefe M, Gürsoy G, Boya FÖ, Keskinoğlu P, Konakçı SK, Demiral Y. "Sağlık Ocaklarında İşe Giriş ve Portör Muayeneleri:Narlıdere'de Gıda Üreten İşyerlerinin Değerlendirilmesi"; Sağlık ve Toplum, yıl:13, no:1, Ocak-Mart 2003, s:50-55.

36. Kılıç B. "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu:Yerel Yönetimler mi? Merkezi Yönetim mi?", Toplum ve Hekim; c:8, no:58, s:48-51, 1993.

37. Kılıç B. "Katılım Olgusunun Tarihsel Gelişimi"; Çalışma Ortamı, Fişek Enstitüsü Yayını; c:3, no:13, Mart-Nisan 1994 s:27-32.

38. Kılıç B, Aksakoğlu G. "Sağlık Bakanlığınca Aralık 2001 Tarihinde Yeniden Yayımlanan Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yürütülmesi Hakkındaki Yönergenin Değerlendirilmesi"; Toplum ve Hekim; c:17, sayı:3, s:202-205, Mayıs-Haziran 2002.

39. Aksakoğlu, G. (1995) "Sağlık Hizmetine Kaymakam Engeli" Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, c:4, s:9, sf:304-7

40. Kılıç B, Aksakoğlu G. "Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964-2005)" Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni, Eylül-Aralık 2006, sayı 3, 2006.

41. Kılıç B, Ergör A, Gürpınar E, Demiral Y. "Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin İş Doyumu (Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı)"; Sağlık ve Toplum, Yıl:14, no:2, Nisan-Haziran 2004, s:12-21.

42. Kılıç B, Aksakoğlu G. "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Döner Sermaye Uygulaması Yanlıştır"; Toplum ve Hekim; c:17, sayı:5, s:338-343, Eylül-Ekim2002.

YAYED

YAYED GÖRÜŞÜ

Bir ürün ya da hizmetin kamusal hizmet olup olmadığının belirlenmesi için kullanılan temel iki iktisadi ölçüt dışlama ve rekabettir. Dışlama bir malın/hizmetin kullanımından herhangi bir kişiyi dışlamanın mümkün olup olmadığı; rekabet ise bir malı/hizmeti bir kişinin kullanmasının diğer kişinin aynı malı/hizmeti kullanımını azaltıp azaltmadığı ile ölçülür. Örneğin sağlıklı yaşam için önemli bir unsur olan temiz hava solumaktan hiç kimse dışlanamayacağı ve bir kişinin temiz hava soluması diğerlerinin temiz hava solumasını azaltmayacağı için temiz hava saf kamusal bir mal olarak adlandırılabilir.

Neoliberal politikaların hakim olduğu günümüzde kamu maliyesi kitaplarında kamusal olarak tanımlanan su, gaz, elektrik şebekeleri ve demiryolları bölünüp parçalanarak rekabete açılmakta, kamusal hizmetler piyasalaştırılmaktadır. Sağlık hizmetleri de bu sayıda yer alan yazılardan da anlaşılacağı üzere bu gelişmelerden önemli ölçüde etkilenmiştir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmetlerini geliştirip yaygınlaştırmak yerine siyasi iktidar vatandaşların ödediği vergileri özel sektör sağlık işletmelerine transfer ederek kamu kaynaklarıyla özel sağlık sektörünün rekabet gücünü artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasıyla birlikte yalnızca liberal kurama göre fiyatları düşürüp, kaliteyi artıracağı iddia edilen rekabet değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinden dışlanmanın da önü açılmaktadır. Vatandaş olarak yararlanmak için hiç kimsenin diğeriyle yarışmaması ve dışlanmaması gereken sağlık hizmetleri saf kamusal hizmetten saf özel hizmete dönüştürülmek istenmektedir. Bu piyasalaştırma sürecin tamamlayıcısı ise sağlık hizmetlerinin ademi-merkezileştirilmesidir. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ve yerel yönetim yasalarında açıkça gözlemlendiği üzere sağlık hizmetleri il özel idarelerine ve belediyelere devredilmek istenmektedir. Diğer ülke deneyimleri de gözönüne alındığında bu devrin olası sonuçları şunlar olabilir.

1) Vatandaşların koşulsuz ve eşit bir şekilde yararlanması gereken sağlık hizmetlerinin planlaması, idaresi, bütçelemesinin yerelleşmesi varolan eşitsizlik ve dışlamaları daha artıracaktır. Sağlık hizmetleri parçalandığı için aşılama gibi koruma amaçlı tedavi hizmetleri büyük sekteye uğrayacaktır. Belediyeler yalnızca kendi alanlarındaki sağlık sorunlarıyla ilgilenmekle yetinecekleri için salgın gibi durumlarda eşgüdüm ve mücadelenin yapılması zorlaşacaktır. Hastanelerin yerelleştirilmesi sonucunda ölçek ekonomilerden yararlanmak mümkün olmayacak bu nedenle tedavi ve tanı araçlarını, ilaçları daha pahalıya alınacaktır. Bu da masrafların artmasına yol açacaktır.

2) Bir OECD araştırmasında sağlık hizmetlerini adem-i merkezileştiren Çin, Hindistan, Endonezya ve Filipinler'de genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan payda ciddi düşüşler gözlemlenmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerine genel bütçeden ayrılan payın yetersizliği gözönüne alındığında adem-i merkezileşmenin sonuçları ülkemiz için çok daha dramatik olacaktır. Mevcut görev ve sorumluluklarını sürdürebilecek personel ve mali kaynak bulmakta büyük zorluk çeken il özel idareleri ve belediyeler sağlık hizmetlerine gerekli yatırımları yapması pek mümkün gözükmemektedir. Bunun en açık örneği Köy Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün kapatılarak taşra teşkilatlarının devredildiği il özel idarelerine aktarılan sorumluluk ve görevleri yerine getirecek mali kaynakların aktarılmamasıdır.

3) Yerel yönetimlerin merkezi idareden karşılayamadıkları kaynak sorunu aşmak için ilgili yasalarda yer alan "yapar ya da yaptırır" ikilisinden "yaptırır"ı seçerek sağlık hizmetini taşeronlaştırmaları kuvvetle muhtemeldir. Ancak bu seçenek de yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinin masraflarını karşılamalarına yetmeyecektir. Bu durumda yerel yönetimler ya öz gelir kaynaklarının artmasını isteyecekler (yerel vergilendirme hakkı gibi) ya da sağlık kuruluşlarını özelleştireceklerdir. Yabancı doktorların Türkiye'de çalışmasının önünün açılmak istenmesi ve özelleştirilen diğer sektörlerdeki yabancılaşma gözönüne alındığında sağlık hizmetleri yerelleşmek yerine "uluslararasılaşabilecektir".

4) Sağlık personelinin yetiştirilmesi ve eğitimiyle ilgili sorunlar artacak; sağlık kuruluşlarına istihdamda liyakat ilkesinin yerini nepotizmin (ahbap-çavuş ilişkilerinin) alması kolaylaşacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın şu anda bile çözüm bulmakta zorlandığı uzman doktorların ülke genelinde dengeli dağılımı sorunu daha da çözülemez hale gelecektir. Sağlık hizmetlerinin genel anlamda kalitesi düşecektir.

5) Belediye yönetimlerinin iktidarlarını devam ettirmelerinde en önemli etkenlerden biri olan altyapı yatırımlarının aksine sağlığa yapılacak yatırımlar oy getirici nitelikte olmayacağı için gerekli yatırımların belediyeler tarafından yapılmama riski yüksektir.

Yukarıda dile getirilen nedenler ve oluşabilecek başka riskler nedeniyle sağlık hizmetlerini yerelleştirmek doğru ve "sağlıklı" bir çözüm olarak gözükmemektedir. Su ve kanalizasyon gibi yaşamsal hizmetleri sağlayan belediyelerin hiç kuşkusuz sağlımız üzerinde büyük ve önemli etkisi vardır. Ancak sağlık "mahalli" değil "ulusal" müşterek bir ihtiyaçtır. Bu nedenle planlama, idare ve bütçeleme yetkisi merkezi idareye ait olmalıdır. Dile getirilen tüm itirazlara rağmen idari sistemizde yapılan neoliberal düzenlemelerle ilgili olarak takınılan "bir deneyelim, sorun olursa düzeltiriz" anlayışı sağlık alanında geçerli olmamalıdır. Sağlık hizmetlerindeki "reformu" diğer "reformlardan" ayıran en önemli unsur yalnızca idarede sistemimizde değil; kendimizin, sevdiklerimizin ve hepimizin esenliğinde oluşacak tahribattır.

Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı: YERELLEŞTİRME, ÖZELLEŞTİRME VE YÖNETİŞİM

Dr. Faruk Ataay
MKÜ KYB

AKP hükümetinin sağlık hizmetlerini özelleştirme ve özel sektörün kâr mantığına tabi kılma çalışmaları devam ediyor. Hükümet, Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında gündeme getirdiği özelleştirme çalışmaları kapsamında son olarak "Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı"nı gündeme getirmiş bulunuyor. Yasa tasarısı daha önce Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı kapsamında gündeme getirilen ancak tasarılar yasalaştırılamadığı için gerçekleştirilemeyen bazı düzenlemeleri yeniden gündeme getiriyor.

Bilindiği üzere, Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla gündeme getirilen "reform paketi", temelde, üç ana ayak üzerinde yükseliyor. Bunlardan ilki, üç sosyal güvenlik kurumunun (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında toplanması ile ortaya çıktı. Temel mantığı sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanının ayrıştırılmasına dayanan GSS sistemi, tüm yurttaşları sosyal güvenlik şemsiyesi altına alma iddiasıyla gündeme getirilmiş olmakla birlikte, temel teminat paketini dar tutarak yurttaşları hizmetler karşılığında ek ödeme yapmak ya da özel sağlık sigortacılığına yönelmek durumunda bırakıyor. Böylece, sağlığın özelleştirilmesi ve özel sigortacılığa müşteri kitlesi yaratılması doğrultusunda önemli bir adımın gerçekleştirilmesi hedefleniyor. Sağlıkta Dönüşüm Programının **ikinci** önemli ayağını, Aile Hekimliği sistemine geçiş oluşturuyor. Bilindiği üzere, temelde birinci basamak sağlık hizmetlerini özelleştirmeyi hedefleyen aile hekimliği sistemi, bu amaç doğrultusunda kamunun sağlık ocağı sisteminin yerine özel hekim muayenehanelerini geçirmeyi öngörüyor. Sağlıkta Dönüşüm Programının **üçüncü** temel ayağında ise, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, bakanlığın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılarak, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyon ve "sağlık piyasası"nın denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim durumuna getirilmesi amaçlanıyor. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarının "özerk" "sağlık işletmesi" statüsüne geçirilmesi ve daha sonra da işletme hakları devredilmek yoluyla özelleştirilmelerine olanak sağlanması öngörülüyor. Böylece, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin de özelleştirilmesiyle, Sağlık Bakanlığı hiyerarşisi altında örgütlenmiş bulunan kamu sağlık örgütlenmelerinin sağlık hizmetini bir "kamu hizmeti" olarak sunması durumuna son verilmesi amaçlanmaktadır.

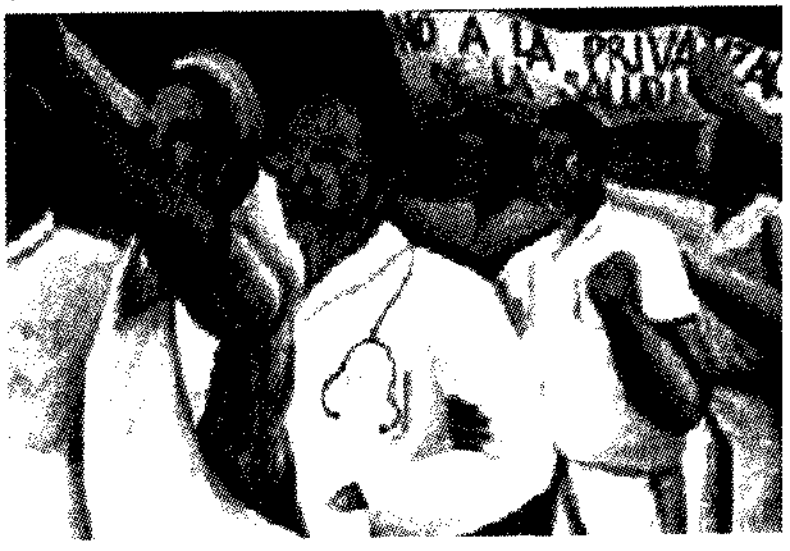
Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında gündeme getirilen "reform paketi" çerçevesinde bugüne kadar önemli değişiklikler gerçekleştirildi. Ancak, programın bazı unsurları henüz yasalaştırılamadığı, bazı unsurları da Cumhurbaşkanı tarafından geri gönderildiği ya da Anayasa Mahkemesi'nce iptal edildiği için gerçekleştirilemedi. Özellikle, programın Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi boyutu henüz yürürlüğe sokulabilmiş değil. Bu doğrultuda, bugüne kadar, başta SSK hastaneleri olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmayan kamu sağlık kuruluşlarının bakanlığa bağlanarak reforma zemin hazırlanması doğrultusunda ilk adımın atılmasıyla yetinilmiş bulunuyordu. Liberalizasyonu sağlayacak asıl adımların ise Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı ile gerçekleştirilmesi planlanıyordu. Bu tasarılardan ilkinin Cumhurbaşkanı tarafından bir kez daha görüşülmek üzere meclise geri gönderilmesi, ikincisinin de yasalaştırılamaması nedeniyle kadük olmasından sonra, reform programı günümüzde **Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı** ile yeniden gündeme getirilmiş bulunuyor.

Tasarının Öngördüğü Model

Tasarı, asıl olarak, bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını "kamu tüzel kişiliğine sahip", "özerk" "kamu hastane birlikleri" çatısı altında yeniden örgütlendirmeyi hedeflemektedir. Birliklerin bakanlıkla ilişkisi "ilgili kuruluş" statüsünde olacaktır. Birlikler birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Ayrıca, bakanlık, birden fazla birliği bir araya getirerek "birlikler koordinatörlüğü" de kurabilecektir. Birliklerin kuruluşu bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla sağlanacaktır.

Tasarıya göre, hastane birliklerinin organları Yönetim Kurulu, Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticilikleri'nden oluşacaktır. Birliğin karar organı Yönetim Kurulu, yürütme organı da Genel Sekreterlik olacaktır. Yönetim Kurulu, ikisi İl Genel Meclisi tarafından (biri hukukçu, biri de mali müşavir olacaktır), biri Vali tarafından (iktisat, işletme ya da maliye eğitimi almış olmalıdır), ikisi bakanlık tarafından (biri tıp hekimi, diğeri de sağlık sektöründe deneyim sahibi, üniversite mezunu olmalıdır), biri de Sanayi ve Ticaret Odası'nca (üniversite mezunu olmalıdır) belirlenen üyelerle İl Sağlık Müdürü'nden (ya da yardımcılarından biri) oluşacaktır. Yönetim Kurulu üyelikleri konusunda dikkat çeken önemli bir nokta, üye seçilebilmek için 8 yıl kamu ya da özel sektörde iş deneyimine sahip olmanın yeterli görülmesidir. Bu bakımdan, özel sektörle kamu sektörü arasında da bir ayrım yapılmadığı görülmektedir. Bu durum, kamu sektöründe hiçbir deneyimi olmayan birinin bile birlik yönetim kurulu üyeliğine seçilebilmesine olanak tanımaktadır. İkinci olarak, Yönetim Kurulu üyeleri belirlenirken Ticaret ve Sanayi Odasına bir üye seçme yetkisinin hangi nedenle verildiği belli değildir. Anayasa'ya göre, kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu statüsünde olan Tabip Odaları ve diğer sağlık çalışanı örgütlerine göstermelik olarak bile temsil olanağı sağ-

Tasarıyla kamu sektöründe hiçbir deneyimi olmayan birinin bile birlik yönetim kurulu üyeliğine seçilebilmesine olanak tanımaktadır.



Birlik yönetimi konusunda dikkat çekici bir husus, her birliğin yıllık olarak "hizmet altyapısı ve organizasyonu", "kalite", "verimlilik" ve "hasta memnuniyeti" açısından performans denetimine tabi tutulacak olmasıdır.

lanmazken Ticaret ve Sanayi Odalarına doğrudan bir üye seçme yetkisi tanınmasının hukuk devleti ve demokrasi ilkeleri açısından savunulabilir bir tarafı olmadığı açıktır. Son olarak, Yönetim Kurulu'nun çalışma usulleriyle ilgili olarak, kurulun gündemi belirlenirken Yönetim Kurulu Başkanının uygun bulmadığı konuların gündeme alınmasının bile olanaksız kılınması da dikkat çekicidir.

Genel Sekreterlik bünyesinde ise, tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulacaktır. Birliğe bağlı her bir hastane Hastane Yöneticisi tarafından yönetilecektir. Hastane yöneticisine bağlı olarak Başhekimlik, İdari ve Mali İşler Müdürlüğü ile Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü kurulacaktır. Bu görevlere atanacak personelin de, kamu ya da özel sektörde en az beş yıllık iş deneyimine sahip olması yeterli görülmekte, kamuda deneyim sahibi olmak şart koşulmamaktadır.

Birlik yönetimi konusunda dikkat çekici bir husus, her birliğin yıllık olarak "hizmet altyapısı ve organizasyonu", "kalite", "verimlilik" ve "hasta memnuniyeti" açısından performans denetimine tabi tutulacak olmasıdır. Tasarıda, performans denetiminin bakanlığın belirleyeceği usul ve esaslara göre yapılacağı belirtilmekle beraber, bu denetimin mekanizması tasarıda açıklanmamıştır. Ancak, tasarının denetimle ilgili hükümlerinde, Sağlık Bakanlığı'nca yapılacak idari ve teknik denetim, Maliye Bakanlığı'nca yapılacak mali denetim ve Sayıştay'ca yapılacak dış denetim yanı sıra, "ihtiyaç duyulması halinde bakanlıkça yetkilendirilen bağımsız denetim kuruluşlarından denetim hizmeti satın alınabileceği"nin belirtilmiş olmasını, performans denetiminin bağımsız denetim kuruluşlarınca yapılmasının planlandığının göstergesi olarak değerlendirmek mümkündür. Diğer yandan, tasarıda, performansı yeterli bulunmayan birliklerde yönetim kademelerinde bulunan personelin görevine son verilerek, yöneticilerin bakanlıkça atanmasının öngörülmesi de dikkat çekmektedir.

Personele İlişkin Düzenlemeler

Tasarının personelle ilgili düzenlemelerinde dikkat çeken özelliklerden ilki, yönetim kademelerinde görevlendirilen personelin "sözleşmeli" statüsünde çalıştırılmasının öngörülmesidir. Ancak, bu hüküm, Anayasa'nın 128. maddesine aykırılık taşımaktadır. Bilindiği üzere, ilgili Anayasa maddesi, kamu kurum ve kuruluşlarında yönetim kademesinde bulunan personelin "memur" statüsünde bulunmasını gerekli görmektedir. Nitekim daha önce verilen yargı kararları da, bu hükme aykırılık taşıyan yasa maddelerinin iptali yönünde olmuştur. Dolayısı ile, tasarının bu hükmünün de iptal edilmesi olasıdır.

Tasarının bir diğer hükmü, sözleşmeli personele, "belirli sürede bitirilmesi gereken işler sözkonusu olduğunda" fazla mesai yükümlülüğü getirilmesidir. Üstelik fazla mesai karşılığında herhangi bir ek ücret ödenemeyeceği de hüküm altına alınmaktadır. Kanımızca, bu hüküm de, Anayasa'nın angaryayı yasaklayan hükümleri karşısında aykırılık taşımaktadır.

Diğer yandan, personelin katkısıyla elde edilen birlik gayri safi hasılatının en fazla yüzde 40'ının, birlik personeline ek ödeme olarak dağıtılabilmesine olanak sağlanmaktadır. Böylece, personelin ücretleriyle birlik gelirleri arasında bağ kurulmak yo-

luyla, personelin verimliliğinin arttırılması amaçlı olarak ek ödemenin bir ödül olarak dağıtılması yolu açılmaktadır.

Tasarıda, ayrıca, "aşırı istihdamı" engelleyici hükümler de bulunmaktadır. Buna göre, bakanlık her yıl birlik yönetim kurulunun görüşünü de alarak azami personel sayısı tespit edecek, birlik de bu azami personel sayısının üzerinde personel istihdam edemeyecektir.

Personele ilişkin bu düzenlemeler, tasarının, "esnek istihdam" anlayışına dayalı olarak kurgulandığını açıkça ortaya koymaktadır. Bu özellikleriyle, memur statüsünün sağladığı güvenceler ortada kaldırılarak ve ücret ve mesai açısından esnek düzenlemeler getirilerek, çalışanların hakları sınırlanırken, işverene işgücü maliyetlerini ve kârlılığı arttırmak için uygun bir ortam hazırlanmaktadır.

Devlet Sağlık Hizmetinin Finansmanından Çekiliyor

Tasarının en fazla dikkat çeken hükümlerinden biri de, birliklerin finansmanı için Hazine katkısının öngörülmemesi olmaktadır. Tasarı, birliklerin yerine getireceği hizmetlerin finansman yolu olarak birliğin ürettiği hizmetler karşılığında elde edilecek gelirleri görmektedir. Bu gelirler de, hizmetler karşılığında GSS ve özel sigorta şirketlerinden alınacak ücretlerle hastalardan alınacak kişisel ödemeler olacaktır. Birliklerin finansmanı için doğrudan Hazine katkısı öngörülmezken, 6. maddede "gerektiğinde" devletin de "yardım" yapabilmesine olanak tanımaktadır. Tasarının 6. maddesindeki bu hüküm, devlet katkısını yalnızca "gerekli görülen durumlar" ile sınırladığı gibi, devlet katkısını "yardım" olarak adlandırarak "dışsal" ve "olağandışı" bir gelir olarak da sunmaktadır. Bu özellikleriyle tasarı, birlikleri, asıl olarak kendi gelirleriyle ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması gereken kurumlar olarak görmektedir. Dolayısı ile modern devletin en temel özelliklerinden biri olan, üretilen hizmetlerin finansmanının vergilerle gerçekleştirilip, hizmet karşılığında ayrıca bir ödeme talep edilmemesi ilkesinin bütünüyle göz ardı edildiği görülmektedir.

Asıl Amaç Özelleştirme

Hastane Birlikleri tasarısının en dikkat çeken özelliklerinden biri de gerçekte kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesine olanak tanımasıdır. Tasarının gerçekte özelleştirme amaçlı olarak gündeme getirildiği, tasarının 3 ve 6. maddelerinden açıkça anlaşılmaktadır.

Tasarının, Yönetim Kurulu'nun görevlerini sayan 3. maddesinin (d) fıkrasında, Yönetim Kurulu'na "birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek" yetkisinin tanındığı görülmektedir. Aynı maddenin (ğ) fıkrasında da, Yönetim Kurulu'na, "ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek" yetkisi tanınmaktadır.

Nitekim Yönetim Kurulu'nun yetkilerine ilişkin bu hükümlere paralel hükümler, birliğin gelir ve giderlerinin sayıldığı 6. maddede de yer almaktadır. 6. maddenin 2. fıkrasında, "tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satışı, kiralanması, işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edecekleri gelirler ile Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiralanması işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edilecek gelirler"in birliğin gelirleri arasında sayılmış olduğu görülmektedir. Aynı maddenin 3. fıkrasında da, birliğin giderleri arasında, "mevzuatı uyarınca yapılacak hizmet alımına ilişkin giderler"

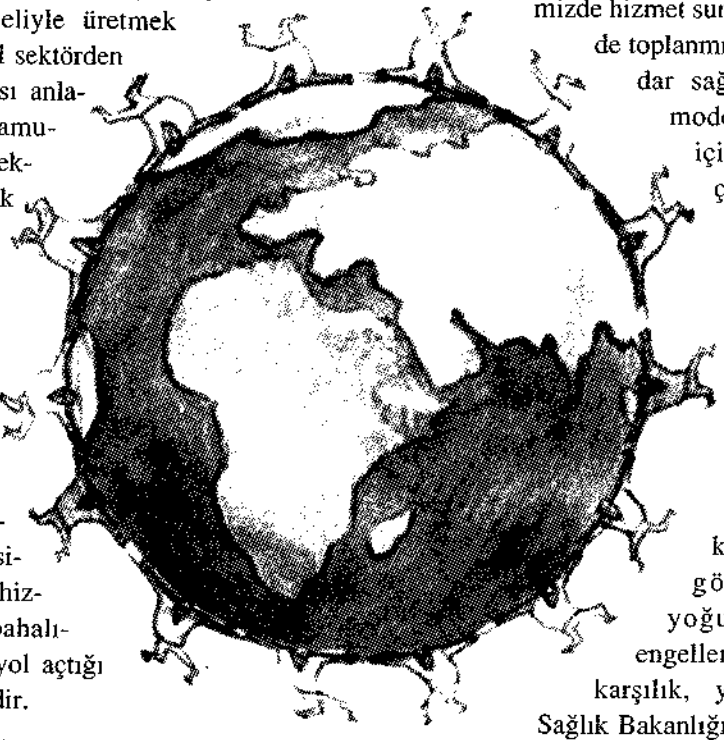
Tasarının en fazla dikkat çeken hükümlerinden biri de, birliklerin finansmanı için Hazine katkısının öngörülmemesi olmaktadır. Tasarı, birliklerin yerine getireceği hizmetlerin finansman yolu olarak birliğin ürettiği hizmetler karşılığında elde edilecek gelirleri görmektedir.

tasarı, kamu sağlık kuruluşlarını, ürettiği hizmeti "satarak" ayakta kalmak zorunda olan sağlık işletmelerine çevirmekle de yetinmemekte, birliklere kamu sağlık kuruluşlarını özelleştirme yetkisi vererek, özelleştirmenin hukuksal altyapısını hazırlamaktadır.

ile "laboratuar ve görüntüleme hizmet alımına ilişkin giderler"in sayıldığı dikkat çekmektedir.

Tasarının 3. ve 6. maddelerindeki bu hükümler, birliğe ait olan ya da hizmet amacıyla birliğe tahsis edilmiş olan yapı ve tesislerin satışı, kiralanması ve işlettirilmesine olanak tanımaktadır. Bu hükümler, tasarıyla, kamu sağlık kuruluşlarının ve bu kuruluşlara ait tesislerin özelleştirilmesinin öngörüldüğünü açıkça göstermektedir.

Aynı şekilde, tasarının 3. ve 6. maddelerinde, birliklere "hizmet satın alma" olanağının sağlanması da, sağlık hizmetinin doğrudan kamu sağlık kuruluşları tarafından üretilmesi yerine, özel kuruluşlardan satın alınmak yoluyla yerine getirilmesine olanak sağlamaktadır. Bilindiği üzere, "hizmet satın alma" yöntemi de, sağlık sektöründe en çok tercih edilen özelleştirme yöntemlerinden biridir. Kamunun hizmeti kendi tesis, araç-gereç ve personeli eliyle üretmek yerine özel sektörden satın alması anlayışının, kamudan özel sektöre kaynak aktarımına yol açtığı ve aktarım mekanizmasının hem kamu açıklarının sürekli büyümesine hem de hizmetlerin pahalılaşmasına yol açtığı bilinmektedir.



Genel Değerlendirme

Buraya kadar yapılan incelemenin de gösterdiği üzere, tasarı, Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleyeceği illerden başlayarak, bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini (devlet hastaneleri) "kamu hastane birlikleri" çatısı altında, "özerk" "sağlık işletmesi" statüsüne geçirmeyi öngörmektedir. Ancak, tasarı, kamu sağlık kuruluşlarını, ürettiği hizmeti "satarak" ayakta kalmak zorunda olan sağlık işletmelerine çevirmekle de yetinmemekte, birliklere kamu sağlık kuruluşlarını özelleştirme yetkisi vererek, özelleştirmenin hukuksal altyapısını hazırlamaktadır.

Tasarının getirdiği bu yeni model, tasarının genel gerekçesinde meşrulaştırılmaya çalışılmaktadır. Genel gerekçede, dünya genelinde merkezi idarelerin sağlık hizmeti ve özellikle de hastane hizmetleri sunumundaki rollerinin yeniden değerlendirildiği ve hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak "sağlık işletmesi" modeline geçildiği savunulmaktadır. Tasarının genel gerekçesine göre, buna karşılık ülkemizde hizmet sunumu merkezde toplanmış, bugüne kadar sağlık işletmesi modeline geçiş için yürütülen çalışmalar da başarısız olmuştur. Bunun sonucunda, aşırı büyüyen ve merkezileşen sağlık hizmetleri bakanlığın asli görevlerinde yoğunlaşmasını engellemiştir. Buna karşılık, yeni model, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını, mahallinde yürütülmesi gereken hizmetlerin yükünden kurtararak, hem hastanelerdeki verimsizlik sorunu çözecek hem de bakanlık merkez teşkilatı asli işle-

rine yoğunlaşma olanağına kavuşacaktır. Böylece, bakanlığın yeniden yapılandırılarak, "stratejik düşünme", "geleceğe dair tasarımlar geliştirme", "misyon ve vizyon geliştirme", "temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme", "ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma", "insan kaynakları geliştirme" gibi esas görevlerine yoğunlaşabilmesinin yolu açılmış olacaktır. Gerekçeye göre, yeni model, hastanelerin özerkleşmesini sağlamakla beraber, hastanelerin "sosyal sorumluluk"ları devam edecek, "kâr amaçlı değil", "hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, katılımcı, verimli, kaliteli ve etkin" hastane hizmetleri sunulacaktır. Nitekim tasarı, her bireyin mümkün olan en yüksek standartta sağlık hizmetinden yararlanabilmesinin, "temel bir insan hakkı" ve "sosyal devlet" anlayışının doğal bir sonucu olarak görüldüğünü ileri sürmektedir.

Ancak, tasarının ortaya koyduğu model ile bu modeli meşrulaştırmak üzere ortaya atılan argümanlar arasında önemli çelişkiler bulunduğu görülmektedir. İlk olarak, tasarının getirdiği en önemli yenilik kamu sağlık kuruluşlarını "sağlık işletmesi"ne dönüştürmek olurken, "amacın kâr olmadığını" ileri sürmek inandırıcı olamamaktadır. Zira "sağlık işletmesi" terimi gerçekte "kâr amaçlı olarak sağlık hizmeti veren kuruluş" anlamına gelmektedir. Dolayısı ile "kamu hizmeti üreten kamu idaresi" statüsünün kaldırılarak "sağlık işletmesi" modeline geçilmesi, gerçek amacın kâr olduğunu göstermektedir. Dahası, tasarıyla özelleştirmenin öngörülmüş olması da, bu kârın kamuda kalmasının değil özel sektöre aktarılmasının hedeflendiğini göstermektedir. Dolayısı ile tasarı, sağlık hizmetini "sosyal devlet" anlayışı çerçevesinde "temel bir insan hakkı" olarak gören bir anlayışa değil, "ücretini ödeyenlerin yararlanabildiği bir piyasa malı" olarak gören anlayışa dayanmaktadır. Nitekim GSS sistemi, "temel teminat paketi" dışında kalan tüm sağlık hizmetlerini paralı hale getirmektedir. Bu durum, alt gelir gruplarının "temel teminat paketi" dışındaki sağlık hizmetlerine "erişimini" de zorlaştırmaktadır. Diğer yandan, devletin kamu hastanelerini finanse etmesi uygulamasına son verilecek olması, hizmetlerin finansmanını güçleştirecek, "kaliteli" hizmetin üretilmesini imkansız kılacaktır. Son olarak, tasarının, yönetişim anlayışı çerçevesinde, birlik yönetim kurullarına yalnızca Ticaret ve Sanayi Odası temsilcilerinin alınmasını öngörmesini de, "katılımcı" bir anlayışın ürünü saymak mümkün görünmemektedir. Gerek kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olan tabip odalarının ve tüm sağlık emekçilerinin sendikal örgütlenmelerinin, gerekse sağlık hizmetinden yararlanan geniş emekçi yığınların temsilcilerinin dışlanmış olması, katılımcı bir anlayıştan çok "sermaye yanlısı" bir tavrın ürünü olarak ortaya çıkmaktadır.

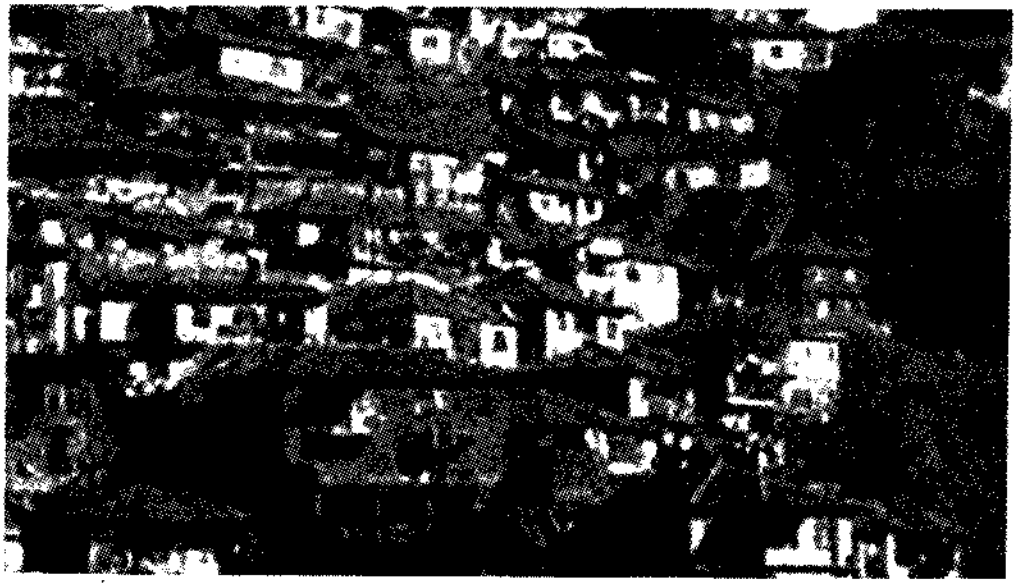
Diğer yandan, tasarının öngördüğü örgütsel yapılanma, anayasal devlet örgütlenmesi ilkelerine de aykırılık oluşturmaktadır. Kamu sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'nın "ilgili kuruluşu" statüsündeki kamu hastane birliklerine bağlanması ve birliklerin yönetim kurullarına "yönetişim" anlayışı çerçevesinde yerel yönetim ve ticaret ve sanayi odası temsilcilerinin atanması, bakanlık örgütlenme şemalarına tamamen aykırı bir modeldir. Anglo-sakson ülkelerinden esinlenilerek oluşturulduğu izlenimi veren bu modelde, yönetim kurulu üyeleri ve diğer yöneticiler seçilirken de kariyer ve liyakat ilkeleri göz ardı edilmekte, şirket anlayışıyla yönetim oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu durum da, gerçek amacın yurttaşlara daha nitelikli kamu hizmeti sunumunun değil, sermayeye yeni kâr alanları açılması olduğunu göstermektedir.

Tasarı, sağlık hizmetini "sosyal devlet" anlayışı çerçevesinde "temel bir insan hakkı" olarak gören bir anlayışa değil, "ücretini ödeyenlerin yararlanabildiği bir piyasa malı" olarak gören anlayışa dayanmaktadır.

KENTSEL VE GECEKONDU YERLEŞİM YERLERİNDE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER : MANİSA ÖRNEĞİ

Doç. Dr. Gönül Dinç
Celal Bayar Üniversitesi

Orta ölçekli bir kent olan Manisa kent merkezinde 1999 yılında ve 2005 yılında yürütülen Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (MNSA) gecekondu yerleşim yerleri için metropollerde yaşanan bu eşitsizliklerin orta ölçekli bir şehirde de söz konusu olduğunu göstermektedir.



Kentlerde yaşama koşulları ve kent içi sağlıkta eşitsizlikler konusunda bir çok çalışma yürütülmüş olup, bu çalışmalar özellikle metropollerde kent içi eşitsizliklere dikkat çekmektedir. Orta ölçekli bir kent olan Manisa kent merkezinde 1999 yılında ve 2005 yılında yürütülen Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (MNSA) gecekondu yerleşim yerleri için metropollerde yaşanan bu eşitsizliklerin orta ölçekli bir şehirde de söz konusu olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmaların sonuçlarına göre gecekondu bölgelerinde yaşayanlar kentsel bölgelerde yaşayanlara göre daha genç kişilerden oluşmaktadır. 2005 yılı MNSA verilerine göre gecekonduda yaşayanların %4.9'u 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmakta olup, bu oran kentsel mahalleler için %8.3 olarak saptanmıştır. Gecekondu mahallelerinde her 100 kişiden 45'i genç bağımlı (0-14 yaş grubunda), 5'i ise yaşlı bağımlıdır (65 yaş ve üzerinde). Kentsel mahallelerde ise her 100 kişiden 30'u genç bağımlı, 12'si yaşlı bağımlıdır. Gecekonduda yaşayan kişilerin kentsel mahallelerde yaşayanlara göre daha genç yaş yapısına sahip olmasında, gecekondu bölgelerinde göçle gelen kişilerin oranının daha fazla olmasının ve bu bölgelerde kentsel bölgelere göre doğurganlığın daha yüksek oluşunun etkisi olduğu düşünülmektedir. 2005 yılı MNSA kapsamında Manisa kent merkezine göçle gelmiş olma oranı, kentsel bölgedeki aileler için %51.1 iken, gecekondu bölgesindeki ailelerde %70.6 olarak saptanmıştır. Göçle gelmiş olanların oranının gecekondu bölgesinde kentsel yerleşim yerlerindekine göre daha fazla olması yanı sıra, gecekonduya göç eden kişilerin daha fazla oranlarda Doğu bölgesinden göç etmiş olması (% 63.7) ve yine önemli bir bölümünün (%79.2) iş bulmak amacı ile göç etmiş olması, gecekondu mahallelerinde

göç sorununu kentsel mahallelere göre daha önemli kılmaktadır. Kentsel mahallelere göçle gelenler ise genellikle Batı bölgesinden –hatta Manisa'nın köy ve ilçelerinden- gelmiş olup, bu grupta "iş bulma beklentisi" gecekonduya göç etmiş olanlardaki kadar yaygın değildir. Yine bu grupta göç nedenleri arasında "işinin Manisa kent merkezine taşınmayı gerektirmesi", "yakınlarının Manisa kent merkezinde bulunması", "evlilik", "eğitim olanakları" gibi sosyal nedenler de önemli bir paya sahiptir.

Kentsel mahalleler ve gecekondu mahallelerinin yaşama koşulları açısından da önemli farklılıklar söz konusudur. Gecekondu bölgesindeki konutlarda artezyen (%12.7) ve kuyu suyunun (%2.5) içme ve kullanma suyu kaynağı olarak kullanılması yaygındır. Yine gecekondudaki her 4 konuttan birinin tuvaleti evin dışında olup, bu oran kentsel mahallelerde yalnızca %3.2'dir. Yaşama koşullarının daha yetersiz olması yanı sıra gecekondu mahallerinde her 4 konuttan birinde oda başına 3 ve daha çok birey düştüğü bir başka ifade ile ailelerin daha kalabalık koşullarda yaşadığı da dikkat çekmektedir. Araştırma kapsamında konut koşullarının yeterli/yetersiz olmasına göre konut tipleri müstakil ev, gecekondu tipi ev ve apartman dairesi şeklinde değerlendirilmiştir. Gecekondu tipi evler gecekondu mahallelerinde kentsel mahallelere göre (%14.3 ve %1.5) daha yaygındır. Gecekondu mahallelerindeki her 2 konuttan birinin müstakil ev ve her 3 konuttan birinin apartman dairesi olduğu görülmektedir. Bu veriler, ülkemizde 1960'lar ve 1970'lerde başlayan gecekondulaşma sürecinin doğasının değiştiğini göstermesi açısından önemlidir. Yani, göç edenlerin kamu arazisi üzerinde gecekondu şeklinde kendi evini inşa etme şansına artık sahip olmadığı ve göçle geldiklerinde daha çok konut kiralayarak kente yerleşebildikleri anlaşılmaktadır.

1999 yılı ve 2005 yılı MNSA'ları sonuçlarına göre, gecekondu yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların %31.0'inin eğitimsiz (kadınlarda bu oran %40'ları geçmektedir), %14.5'inin ise ilkokulu bitirmemiş olması dikkat çekicidir. Lise mezunu olanların oranı yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde, kentsel yerleşim yerinde yaşayan erkeklerin %18.6'sının, kadınların %14.9'unun lise ve üstü eğitimli olduğu saptanmıştır. Gecekondu yerleşim yerlerinde yaşayanlarda ise lise ve üstü eğitime sahip olanlar erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %8.1 ve %3.6'dır. Veriler, kentsel alanlarda yaşayanların gecekondu mahallelerinde yaşayanlara göre, hem eğitime katılımlarının daha yüksek hem de eğitimde kalma sürelerinin daha uzun olduğunu göstermektedir. Özellikle kız çocuklarında olmak üzere gecekondu bölgelerinde 15 yaşından sonra okula devam etme oranı keskin bir düşüş göstermekte olup, bu konudaki veriler gecekondu bölgesinde kızlarda adolesan (ergenlik dönemi) dönem evliliklerin daha yaygın olduğunu ve özellikle kız çocuklarının zorunlu eğitim dışında okula gönderilmeme eğiliminin söz konusu olduğunu düşündürmektedir.

Eğitim düzeyi konusundaki kent içi eşitsizlikler, hane halkı reisinin yaptığı işe göre Korkut Boratav tarafından önerilen kentsel sosyal sınıf verilerinde de saptanmıştır. Kentsel ve gecekondu bölgelerinde sanayi işçisi olarak çalışanların oranı benzerken (%37.3 ve %35.6), gecekonduda kentsel mahallelere göre işsiz olanlar (%14.6 ve %3.2), iş buldukça çalışanlar

Yine gecekondudaki her 4 konuttan birinin tuvaleti evin dışında olup, bu oran kentsel mahallelerde yalnızca %3.2'dir.

Bebeği tuzlama ise hem gecekondu hem de kentsel bölgede yaygın bir hatalı bir uygulama olarak (sırasıyla %55.6 ve %65.2) karşımıza çıkmaktadır.

(%9.1 ve %1.9) ve niteliksiz işlerde çalışanların (%15.3 ve %24.9) daha yüksek oranlarda olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik düzey konusunda bilgi sağlayan bir diğer veri sosyal güvencenin bulup bulunmamasıdır. Manisa kent merkezinde yaşayan kişilerin %74.6'sının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Yani her 4 kişiden biri sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınamamıştır. Daha da önemlisi kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan her 10 kişiden yalnızca birinin, gecekondu yerleşim yerlerinde ise her 2 kişiden birinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Bu veriler sosyal güvenlik kapsamında olma açısından da kent içinde önemli eşitsizlikler yaşandığına işaret etmektedir. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği açısından farklı grupların verilerine bakıldığında, gecekondu yerleşim yerlerinde oturanların %34.1'inin yeşil kart kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlandığı ve %13.0'ünün ise sağlık güvencesinin bulunmadığı görülmektedir. Kentsel mahallelerde ise bu oranlar sırasıyla %4.0 ve %8.3'dür. Gecekonduda sosyal güvenlik kapsamında olmayanların önemli bir bölümünün yeşil kart aracılığı ile sağlık hizmetlerine ulaşabiliyor olması olumlu bir veri olarak yorumlanabilir. Ancak gecekondu yerleşim yerlerinde yaşayan kişilerin %13.0'ünün sağlık güvencesi bulunmadığı göz ardı edilmemelidir. Bu veri, gecekonduda yaşayan kişilerde sosyoekonomik düzeyin düşük olması ve yaşama koşullarının daha kötü olmasına paralel olarak hastalanma hızlarının daha yüksek bekleneceği göz önüne alındığında daha da önem kazanmaktadır.

Gecekondu ve kentsel mahallelerde sağlığı etkileyen geleneksel uygulamalar konusunda da önemli farklılıklar söz konusudur. Doğuştan anomalilerle yakından ilişkili olan akraba evliliğinin özellikle gecekondudaki çiftler arasında yaygın olduğu (%13.2) görülmektedir. 1999 yılı MNSA kapsamında çocuk bakımı ile ilgili bazı hatalı geleneksel uygulamalar konusunda da veri toplanmış olup, gecekonduda kentsel bölgeye göre bebeği kundak yapma (sırasıyla %74.4 ve %46.4) ve toprağa sarma (sırasıyla %2.8 ve %1.4) davranışlarının daha yaygın olduğu görülmektedir. Bebeği tuzlama ise hem gecekondu hem de kentsel bölgede yaygın bir hatalı bir uygulama olarak (sırasıyla %55.6 ve %65.2) karşımıza çıkmaktadır.

Toplam doğurganlık hızı (TDH), kadınların doğurganlık yaşamları süresince bugünkü doğurganlık eğilimlerinin sürmesi halinde doğuracakları toplam çocuk sayısı olarak tanımlanabilir. Göçler ihmal edildiğinde toplumun kendini yenileyebilmesi için toplam doğurganlık hızının 2.1 olması gerekmektedir. TDH, 2005 yılı MNSA kapsamında 1.81 olarak saptanmış olup, göçler ihmal edildiğinde kent merkezindeki nüfusun azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. TDH, kentsel bölgede yaşayanlarda (1.60) gecekondu bölgelerinde yaşayanlara (2.22) göre daha düşük bulunmuştur. 1999 yılı MNSA sonuçlarına göre ise, TDH Manisa kent merkezi için 2.23 olarak saptanmış olup, bu veri kentsel bölgelerde 2.15 ve gecekondu bölgelerinde 2.42'dir. Son 6 yıl içinde TDH'ndaki değişim değerlendirildiğinde, kent merkezinde toplam doğurganlık hızının %18.8 oranında düşerek, nüfusun yenilenme düzeyinin altına indiği görülmektedir. Kentsel bölgede yaşayan kadınların doğurganlık düzeyindeki düşüş %25.5 olup, gecekondu yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlar için bu oran yalnızca %8.2 olarak gerçekleşmiştir.

Gecekonduda gerçekleşen doğurganlık düzeyi kentsel mahallelere göre daha yüksek olmakla birlikte, her 2 yerleşim yeri için de kadınların doğurganlıklarını yaygın bir şekilde sınırlama eğiliminde olmaları dikkat çekmektedir. Bu konudaki sonuçlar, gecekondu ve kentsel yerleşim yerlerinde her 3 kadından ikisinin artık başka çocuk sahibi olmak istemediğini ve ideal çocuk sayısı ortancasının 2 olduğunu göstermektedir. Kentte yaşama hatta kentte yaşama kararı ile aile büyüklüğü normunun değişmesi, kentte çocuk yetiştirmenin maliyetinin kırsal bölgelere göre daha yüksek olması, kentte çocuğun aileye ekonomik yararının sınırlı olması nedeni ile kentleşmenin doğurganlık tercihleri ve doğurganlık üzerinde sınırlayıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Ayrıca kentte kadının gelir getiren işte çalışmaya başlamasına paralel olarak çocuklara bakacak zamanının olması, statüsünün iyileşmesinin de bu konuda etkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların "gerçekleşen doğurganlık düzeyi" ile "doğurganlık konusunda hedefleri gerçekleşseydi ulaşılacak doğurganlık hızları" arasındaki fark yani "istenen doğurganlığa ulaşma açığı" da gerçekleşen doğurganlıkla ilgili verilere paralel sonuçları içermektedir. Yerleşim yerine göre istenen doğurganlığa ulaşma açığı ile ilgili veriler değerlendirildiğinde, bu verinin kentsel yerleşim yerlerinde %14.3, gecekondu yerleşim yerlerinde % 26.5 olduğu görülmektedir. Yani kentsel mahallelerdeki her 100 doğumdan 14.3'ü istenmeden gerçekleşirken, bu oran gecekonduda %26.5 olup, bu veri doğurganlık tercihlerine ulaşma konusunda gecekonduda yaşayanlar aleyhine eşitsizlikleri göstermektedir. 2005 yılı için kentsel ve gecekondu yerleşim yerlerinde aile planlaması hizmet kullanımı ile ilgili veriler değerlendirildiğinde, kentsel ve gecekondu yerleşim yerlerinde gerek herhangi bir modern aile planlaması yöntemi (%50.9 ve %49.0) ve gerekse herhangi bir geleneksel yöntem kullanımı açısından (%23.7 ve %23.3) yöntem kullanım oranlarının benzer olduğu görülmektedir. İsteyerek düşük oranlarının da benzer bulunmuş olması (% 17.6 ve %17.5) doğurganlık tercihlerine ulaşma konusunda kent içi eşitsizliklerin zaman içinde azalacağını düşündürmektedir.

Ana ve çocuk sağlığı ile ilgili olarak doğum öncesi dönemde gebelik izlemlerinin yapılması ve doğumun bir sağlık kurumu sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi önemlidir. Bu konudaki veriler yalnızca doğum öncesi bakım oranı açısından gecekondu aleyhine (gecekondu ve kentsel yerleşim yerleri için sırasıyla %90.5 ve %85.5) olup, doğumun bir sağlık kurumunda gerçekleştirilmesi açısından benzerdir (sırasıyla % 92.7 ve %90.9).

Aşılanma oranları açısından kentsel mahalleler ile gecekondu mahalleleri arasında belirgin bir farklılaşma söz konusudur. Kızamık hariç ilk doz aşılarda aşılanma oranları gecekondu ve kentsel yerleşim yerlerinde birbirine daha yakındır. Ancak ikinci ve üçüncü doz aşılamada ve kızamıkta gecekondu bölgelerinde aşılanma oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Kentsel alanda %76.4'e kadar çıkan tam aşılı çocuk oranı, gecekondu bölgelerinde %57.1'e düşmektedir. 1999 yılı MNSA'nda da bu oranlar %80.7 ve %66.7'dir. Her 2 araştırmanın verileri gecekondu bölgelerinde aşı devamsızlığının önemli bir sorun olduğunu ortaya koymakta olup, gecekondu bölgelerinde sunulacak aşılama hizmetlerine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu

Ana ve çocuk sağlığı ile ilgili olarak doğum öncesi dönemde gebelik izlemlerinin yapılması ve doğumun bir sağlık kurumu sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi önemlidir.

Sonuç olarak gerek 1999 yılı gerekse 2005 yılı MNSA'larına göre gecekondu mahallelerinde yaşayan kişilerin kentsel mahallelerde yaşayanlara göre sosyoekonomik verilerinin daha düşük olduğu, sağlık hizmetlerine daha yetersiz düzeylerde ulaşabildikleri görülmektedir.

konuda aşı şemasının tamamlanmasının önemi konusunda ailelerin eğitimi de ihmal edilmemelidir.

1999 ve 2005 yılı MNSA kapsamında kentsel ve gecekondu yerleşim yerlerinde doğan bebeklerin hemen tamamının emzirildiği ve ortanca emzirme süresinin 12 ay olduğu saptanmış olup, veriler anne sütü verilmesi konusunda olumlu davranışların yaygın olduğunu göstermektedir. Ancak çocuk beslenmesi ile ilgili olarak, her 2 bölgede de ek gıdalara oldukça erken dönemde başlanması hatalı yaygın bir davranış olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma kapsamında halen evli kadınların beslenme durumu ile ilgili verilere bakıldığında, hem kentsel hem de gecekondu mahallelerinde her 3 kadından birinin obes olduğu görülmektedir.

2005 yılı MNSA kapsamında, kentsel bölgede yaşanların %8.5'inin, gecekondu mahallelerinde yaşayanların ise %4.4'ünün son 15 gün içinde sağlık kurumuna veya sağlık personeline bir sağlık sorunu nedeni ile başvurduğu saptanmıştır. Yine kentsel bölgede yaşayanlarda son 15 gün içinde hastalık dışı herhangi bir nedenle (aile planlaması, doğum öncesi ve sonrası bakım, bağışıklama, sağlam çocuk muayenesi ve erken tanı hizmetleri ve gözlük/lens alımı, diş protez gibi) sağlık hizmeti kullanımı %2.9, gecekondu bölgesinde ise %1.8'dir. Son bir yıl içinde yatarak tanı ve tedavi görme açısından da kentte yaşayanların (%6.8) gecekonduda yaşayanlara göre (%5.4) daha fazla hizmet kullandığı görülmektedir. Özetle ayaktan veya yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin kullanımı konusundaki veriler, gecekonduda yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik düzeyinin kentsel mahallelerde yaşayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak gerek 1999 yılı gerekse 2005 yılı MNSA'larına göre gecekondu mahallelerinde yaşayan kişilerin kentsel mahallelerde yaşayanlara göre sosyoekonomik verilerinin daha düşük olduğu, sağlık hizmetlerine daha yetersiz düzeylerde ulaşabildikleri görülmektedir. 1999 ve 2005 yılı arasındaki 6 yıllık dönemde kentsel ve gecekondu yerleşim yerleri için sağlık hizmetlerine ulaşma konusundaki değişim değerlendirildiğinde her 2 yerleşim yeri için de iyileşmenin yaşandığı, ancak bu değişimin kentsel yerleşim yerlerinde gecekondu yerleşim yerlerine göre daha hızlı olduğu söylenebilir. Bir diğer önemli sonuç, gecekonduda yaşayan kişilerin sosyoekonomik ve sağlık hizmet kullanımı verilerinin, bu kişilerin göç etmiş oldukları kırsal bölgeler veya doğu bölgesi verilerine göre daha yeterli düzeylerde olmasıdır. Bu veriler, kent içi eşitsizlikler yaşansa da kentleşmenin sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik konusundaki olumlu etkisini düşündürmektedir.

BİBLİYOGRAFYA

Özcan C, Dinç G, Eser E, Cihan ÜA, Oral A, Ay S, Özvurmaz S, Baydur H, Saatli G, Altıparmak S, Pala T. "Manisa, Turkey 1999: Result from a Demographic and Health Survey". *Turkish Journal of Public Health*, 2003; 1 (1), 50-54.

Boratav K. *İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri*. İstanbul: Türkiye Ekonomi ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını; 1995. s.7-9.

Erhan Eser, Gönül Dinç, Ahmet Murat Oral, and Cemil Özcan. "Contrasting Children and Women's Health and the Determinants of Health in a Small-Sized City" *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2005;82, 666-681.

Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmeti Sunumuna Farklı Bir Örnek: NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİ DENEYİMİ

Doç. Dr. Kayıhan Pala
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş

Tıp Fakültelerinin öğrencileri ile Sağlık Bakanlığı personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve öğretiminde önemli bir yeri olan *Eğitim ve Araştırma Bölgeleri*, Sağlık Bakanlığı ile Üniversiteler arasında yapılan protokollerle kurulan, bölgede yaşayanlara nitelikli sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra Tıp Fakültesi öğrencilerinin birinci basamakta uygulama olanağı bulduğu ve toplumun öncelikli sağlık sorunları ile ilgili saha araştırmaları yapılan birimler olmuşlardır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri ile ilgili olarak eğitim ve araştırma bölgesi kurulması düşüncesi 1960'lı yılların başlarına rastlamaktadır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Bakanlar Kurulu tarafından 17 Ağustos 1964 tarihinde kabul edilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik"te sağlık bölge başkanlıkları, sağlık bölge başkanları ve eğitim ve araştırma bölgeleri tanımlanmıştır. Türkiye'de ilk olarak 1965 yılında Etimesgut'ta bölge kurulmuş, bunu 1975 yılında Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesi izlemiştir. Türkiye için 1961'de çıkarılan "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun"un son derece uygun bir model ve uygulanabilir bir yasa olduğu da başta Etimesgut ve Çubuk olmak üzere, aralarında Gemlik ve Narlıdere'nin de bulunduğu Türkiye'nin çeşitli yerlerinde kurulan Eğitim ve Araştırma Bölgeleri'yle bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Buna karşın, başta bazı sağlık bakanları ve üst düzey bürokratlar olmak üzere, sağlık yöneticilerinin 224 Sayılı Yasayı yurt çapında neden iyi uygulamadıkları kamuoyunun tartışması gereken önemli bir konudur.

Türkiye'de sağlık hizmetleri ile ilgili olarak eğitim ve araştırma bölgesi kurulması düşüncesi 1960'lı yılların başlarına rastlamaktadır.

Uludağ Üniversitesi de Tıp Fakültesi öğrencilerine birinci basamakta uygulama olanağı yaratmak, bölge halkına nitelikli sağlık hizmeti sunmak ve halk sağlığı ile ilgili saha araştırmalarını yürütmek amacıyla Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ni Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile imzaladığı bir protokolle 1979 yılında kurmuştur. İlk olarak 1980 yılında veriler toplanmaya başlanmış ve Bölgedeki düzenli çalışma 1989'a kadar sürmüştür. 1989 yılında dönemin Sağlık Bakanı tarafından protokol iptal edilmiş ve 1989-1991 yılları arasında yönetim Sağlık Bakanlı-

Son yıllarda Sağlık Grup Başkanlığı ile Sağlık Müdürlüğü arasında yaşanan yönetsel sorunlar bölgede sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak istenilen ve gerçekleştirilebilecek düzeyde sunulamamasına yol açtığından Uludağ Üniversitesi bölgeden ayrılma kararı almıştır.

ğı'na geçmiştir. Daha sonra 1991 yılında yeni bir protokol imzalanmış ve bölgedeki çalışmalar 2001 yılına kadar sürmüştür. 2001 yılında, son yıllarda Sağlık Grup Başkanlığı ile Sağlık Müdürlüğü arasında yaşanan yönetsel sorunlar bölgede sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak istenilen ve gerçekleştirilebilecek düzeyde sunulamamasına yol açtığından Uludağ Üniversitesi bölgeden ayrılma kararı almıştır. Yönetsel sorunlara örnek olarak; sağlık ocağında çalışan ebelerin Sağlık Müdürlüğü tarafından Devlet Hastanesi'nde görevlendirilmeleri (Ebe kadrosu 8 olan Hastane'de, sağlık ocaklarından alınan ebelerle toplam ebe sayısı 30'u geçmiştir), Sağlık Grup Başkanlığı'nın bilgisi ve/veya onayı dışında personelin bölge içinde veya dışında görevlendirilmesi, çevre sağlığı hizmetlerinde kullanılan aracın İl Sağlık Müdürlüğü tarafından bölgeden alınması, naklen başka bir yere atanan ya da emekliye ayrılan personelin yerine görevlendirme yapılmaması, artan nüfusla birlikte yeni sağlık ocağı açma girişimlerinin sonuçsuz kalması ve bölgedeki sağlık ocaklarının desteklenmemesi, bakım ve onarımlarının yapılmaması gösterilebilir.

Eğitim ve araştırma bölgelerinin tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminde üslendiği işlevin önemini bilen Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gemlik'ten çekildikten sonra da Uludağ Üniversitesi'nin bir eğitim ve araştırma bölgesi olmasını sağlamak amacıyla çeşitli girişimlerde bulunmuştur. Son yıllarda Eğitim ve Araştırma Bölgelerine karşı izlediği olumsuz politika nedeniyle Sağlık Bakanlığı ile yeni bir protokol imzalamanın doğru olmayacağı anlaşılınca (Yeni kurulacak bölgeye de yönetsel özerklik sağlanamayacağının anlaşılması üzerine), yeni bir bölge oluşturmak amacıyla 30 Ekim 2001'de Uludağ Üniversitesi ile Bursa Nilüfer Belediyesi arasında imzalanan on yıllık bir protokolle Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi (NHSEAB) kurulmuştur.

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi

NHSEAB, üç temel işlevi yerine getirmek için kurulmuştur: Nitelikli birinci basamak sağlık hizmeti sunmak, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine staj ortamı sağlamak ve toplumun sağlık gereksinimlerini saptamak için saha araştırmaları gerçekleştirmek. Bölgede birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun temel felsefesi, hizmeti yalnızca sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerle sınırlamadan, kişileri evlerinde, okullarda ve gerektiğinde işyerlerinde ziyaret ederek sağlıkla ilgili riskleri saptamak ve koruyucu önlemleri almak olarak açıklanabilir.

Protokolün imzalanmasının ardından, İlçede sağlık hizmetine erişme olanağı en az olan kesimler coğrafi olarak belirlenmiş ve bu yerleşim yerlerine yakın yerlerde Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezleri (HSEAM) açılmıştır. Her merkezde, en az bir hekim ile ev ziyareti hizmeti sunulacak her iki bin nüfus için bir ebe olmak üzere yeterince ebe görevlendirilmiştir. Merkezlerde ayrıca hemşire, sağlık memuru vb gibi sağlık çalışanları ile sürücü ve temizlik çalışanı gibi diğer personel de görevlendirilmiştir. HSEAM'e bağlı olarak gereksinim duyulan yerlerde Halk Sağlığı Merkezleri (HSM) de açılmıştır. HSM'lerde sürekli olarak bir ebe ya da hemşire ile bir

temizlik personeli görev yapmakta; birinci basamak tedavi edici sağlık hizmeti ise haftada üç yarım gün HSEAM'den gelen bir hekim tarafından sunulmaktadır.

Merkezlerin hizmete açılmasının ardından, bölgede ev halkı tespit çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu bir tür nüfus sayımı olarak da adlandırılabilir. Sağlık personeli ev ev dolaşarak, ev halkı tespit formu aracılığı ile ziyaret edilecek konutlarda yaşayan kişilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemiş ve formlar bir elektronik veritabanına kaydedilmiştir. Böylece bölgede hizmet sunulacak nüfusun özellikleri belirlenmiştir. Başlangıçta ebe sayısına bağlı olarak yaklaşık 22 bin kişi kapsam altına alınmışken, 2006 yılının sonunda kapsanan nüfus yaklaşık 35 bine yükselmiştir.

Bölgede ev ziyaretleri sırasında sunulan hizmetlerin tümü ücretsizdir. Merkezlerden hizmet alan kişilerden ise sembolik bir ücret talep edilmektedir. Ücret ödeyemeyeceğini belirten herkese, her hangi bir kurumdan belge aranmadan, yalnızca kendi beyanı esas alınarak merkezlerdeki hizmetlerin tümü ücretsiz olarak sunulmaktadır. Merkezlerdeki sağlık hizmetlerinden yalnızca NHSEAB içinde yer alan kişiler değil, Nilüfer'de, hatta Bursa'da oturan herkes yararlanabilmektedir.

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi bir koordinatörlük yapısıyla yönetilmektedir. Bölgenin Koordinatörü Uludağ üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesidir. İki koordinatör yardımcısından biri Üniversiteden, diğeri ise Belediye'den görevlendirilmektedir.

Bölgede Koordinatörlüğe bağlı olarak hizmet veren 6 tane Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi, 6 tane Halk Sağlığı Merkezi, Halk Sağlığı Laboratuarı, Çevre Bürosu, Gıda Denetim Bürosu ve İşçi Sağlığı Merkezi bulunmaktadır.

Bölgedeki merkezlerde 2005 yılı sonu itibariyle 77 kişi çalışmaktadır. Bunlardan 21'i hekim, 1'i veteriner hekim, 1'i çevre mühendisi,1'i ziraat mühendisi, 1'i kimya mühendisi, 1'i biyolog, 21'i ebehemşire, 4'ü laborant, 3'ü sağlık memuru, 1'i röntgen teknikeri, 1'i çevre koruma teknikeri, 5'i memur, 7'si şoför, 9'u hizmetlidir.

Bölgede sunulan sağlık hizmetleri

Bölgede örgütlenme yapısının temel direkleri Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezleridir. Bu merkezlerde, aşağıda başlıkları verilen birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır:

1. *Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri:* Gebe kadınlar gebelikleri sırasında en az 6 kez evlerinde izlenerek, sağlıklı bir doğum için gerekli önlemler alınmakta, yeterli bir lohusalık bakımı, 0-6 yaş çocukların düzenli izlenmesi, fizik gelişmelerinin ve yeterli bağışıklanmalarının takibi sağlanmaktadır.

2. *Aile Planlaması Hizmetleri:* 15-49 yaş evli kadınlar 6 aylık dönemlerle izlenmekte ve bunların içinden isteyenlere, kendilerine uygun aile planlaması yöntemleri önerilmekte ve isterlerse ücretsiz olarak kondom sağlanmakta veya rahim içi araç uygulanmaktadır.

3. *Sağlık Eğitimi:* Gerek toplu, gerek bireysel olarak önemli sağlık konularında uzman kişiler tarafından halka sağlık eğitimi sunulmaktadır. Ayrıca sağlık personeline yönelik sürekli tıp eğitimi etkinlikleri düzenlenmektedir.

4. *Çevre Sağlığı Hizmetleri:* Belediyelerin sorumluluk alanına giren alanlarda hiz-

Bölgede ev ziyaretleri sırasında sunulan hizmetlerin tümü ücretsizdir. Merkezlerden hizmet alan kişilerden ise sembolik bir ücret talep edilmektedir. Ücret ödeyemeyeceğini belirten herkese, her hangi bir kurumdan belge aranmadan, yalnızca kendi beyanı esas alınarak merkezlerdeki hizmetlerin tümü ücretsiz olarak sunulmaktadır.

met verilmektedir. Bu amaçla bir Çevre Birimi kurulmuştur.

5. *Poliklinik Hizmetleri (Hasta Bakımı):* Merkezlerin polikliniklerinde hizmet veren hekimler tarafından sunulmaktadır. Hekimler her başvuran hastayı muayene etmekte, gerekenleri yataklı tedavi kurumlarına sevk etmektedirler.

6. *İlk ve Acil Yardım Hizmetleri:* Merkezlerde ilk ve acil yardım hizmetleri hekimler tarafından verilmekte ve gerektiğinde hasta nakil araçlarıyla hasta sevki gerçekleştirilmektedir.

7. *Laboratuar Hizmetleri:* Merkezlerde kurulan laboratuarlarda, birinci basamakta hekimlerin tanı koymak için gereksinim duyduğu tetkiklerin tümü yapılmaktadır.

8. *Ücretsiz İlaç Dağıtımı Hizmetleri:* Merkezlerde, çeşitli yollarla sağlanan ve dikkatli bir şekilde tasnif edilen ilaçlar, satın alma gücü olmayanlara ücretsiz olarak dağıtılmaktadır.

9. *İstatistik İşleri:* Merkezler, geliştirilen ortak formlarla her türlü istatistik bilgiyi toplamakta ve veriler aylık ve yıllık olarak raporlanmaktadır.

10. *Yaşlıların ve Diğer Risk Gruplarının İzlenmesi:* Bölgede 65 yaşın üzerindeki herkes altı ayda bir kez evinde ziyaret edilerek kan basıncı ve kan şekeri ölçülmektedir.

Bölgede 65 yaş ve üstü nüfusun oranı %5,7'dir. Konut sayısı 8116, hane başına düşen nüfus 3,8 kişidir. Toplumun %20,2'sinin sağlıkla ilgili sosyal güvencesi yoktur. Şebeke suyu kullanım oranı %87,5'tir. Evlerin % 97,6'sı kanalizasyona bağlıdır. Temel ısınma araçları doğal gaz (%51,8), kömür (%28,7) ve odundur (%18,9).

2005 yılında bölgede 98 kişi yaşamını yitirmiş; 382 canlı doğumda 384 bebek dünyaya gelmiştir. Bölgede 6 ölü doğum bildirilmiştir. Doğumların %99,2'sinde sağlık personeli tarafından doğuma yardım edilmiştir.

Bölgede 2005 yılında 56.974 kişi muayene edilmiş, bunların %8,8'i ileri tetkik, tanı ve tedavi amacıyla bir üst sağlık kuruluşuna sevk edilmiştir. Hasta başına yapılan laboratuar tetkik sayısı 0,5'tir. 2005 yılındaki bildirimi zorunlu hastalık sayısı 23'tür. Bölgede en sık görülen hastalık akut solunum yolları enfeksiyonlarıdır.

Merkezlerde gerçekleştirilen hasta muayenesi sayısı 2005 yılı sonu itibariyle 192.639'dur. 2006'da gerçekleştirilen muayenelerle birlikte bu sayı 250 bini bulmuş durumdadır. Bölgede 2005 yılının sonuna kadar 96.662 laboratuar tetkiki gerçekleştirilmiştir. Aynı dönemde, yara bakımı ve ilaç enjeksiyonu gibi hemşirelik hizmetlerinin sayısı ise 96.051'dir.

Bölgede yaşayan 15-49 yaş evli kadın sayısı, 2005 yılı için 5303 olarak tespit edilmiştir. Bu kadınlar 2005 yılında ortalama olarak 1,8 kez evlerinde ziyaret edilmiştir. Aynı yıl gerçekleştirilen ziyaret sayısı 9422'dir. Kadınların %81,8'inin aile planlaması yöntemi kullandığı, yöntem kullananların %58,9'unun çağdaş yöntemleri tercih ettiği saptanmıştır. Bölgede 2005 yılında dağıtılan ücretsiz kondom sayısı 18.732'dir. Aynı yıl 112 kadına ücretsiz olarak rahim içi araç takılmıştır.

Bölgede 2005 yılında 404 kadın gebe kalmış ve bu kadınlar ortalama olarak gebelikleri boyunca 5,8 kez evlerinde ziyaret edilmişlerdir. 2005 yılı sonunda bölgedeki bebek mevcudu 476'dır ve ortalama bebek izlem sayısı 7,4'tür. Bölgedeki 1-6 yaş arasındaki 2320 çocuk toplam olarak 3609 ziyaret ile evlerinde ebeler tarafından kontrol edilmişlerdir.

Bölgede farklı bir uygulama ile 65 yaş ve üzerindeki kişiler, altı ayda bir ev ziyaretleri ile ebeler tarafından tıbbi kontrolden geçirilmektedir. Bu kontrollerde kişilerin kan basınçları ölçülmekte, kan şekerlerine bakılmakta ve sağlıkları sorgulanmaktadır. 2005 yılında bölgedeki 1684 yaşlı, 3145 izlem ile evlerinde kontrol edilmişlerdir.

Bölgede gıda güvenliği ile ilgili hizmetleri yürütmek üzere 2002 yılı Ocak ayında Gıda Denetim Bürosu kurulmuştur. Bu birim 2005 yılında 1288 de-

netim gerçekleştirmiştir. Denetimlerde bulunan uygunsuzluk oranı %61,5'tir.

Koordinatörlüğün girişimi ile 2005 yılı Haziran ayında Çevre Bürosu kurulmuştur. Bürosu, hava, gürültü ve elektromanyetik alan kirliliğine karşı savaşım vermek üzere kurulmuştur. Bölgede su kirliliğini denetlemek üzere Koordinatörlüğe bağlı bir halk sağlığı laboratuarı kurulmuştur. Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim, hizmet ve araştırma etkinliklerini yürütmek amacıyla 1 Mayıs 2006 tarihinde Nilüfer İşçi Sağlığı Merkezi kurulmuştur.

Bölgede Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri sunulan tüm hizmetlere sağlık profesyonellerinin yanında gözetim altında katılmakta, ayrıca "Mahalle Raporu" ve "Hasta Aile Raporu" hazırlamaktadır. Bu raporlarda, yarının hekimlerinin toplumu tanıma ve iletişim kurmakla ilgili beceri kazanmaları hedeflenmektedir.

Bölgede her yıl tıp fakültesi öğrencilerinin katılımıyla bir sağlık fuarı düzenlenmektedir. Adı "Fuar" olmakla birlikte, bu etkinliğin her hangi bir tıbbi ürünü tanıtmak ya da pazarlamakla ilgili hiçbir ticari boyutu yoktur. Sağlık Fuarı topluma dayalı tıp eğitiminin bir bileşeni olarak düzenlenmektedir. Fuarda sağlıkla ilgili risklerin belirlenmesine olanak sağlamak amacıyla hipertansiyon, diabet, kanser, hasta hakları gibi çeşitli standlar yer almaktadır. Bu fuar ile toplumun bilinçlenmesine katkıda bulunmak, başvuranlar içinde risk gruplarını saptamak ve yönlendirmek, tıp fakültesi öğrencilerinin halkla buluşmasını sağlamak amaçlanmıştır.

Bölgede çeşitli sağlık sorunlarına odaklanmış bazı projeler de sürdürülmektedir. "Gelişme Geriliği Olan Çocuklara Süt Dağıtımı Projesi" bunlardan biridir. Süt projesi kapsamında bölgede yaşayan 6 -24 aylık çocuklardan, yaşa göre ağırlıkları 25. persantilin altında ve yoksul olanlar bölge ebeleri tarafından tespit edilmektedir. Bu çocuklara ve bu çocukların kardeşlerine, Nilüfer Belediyesi'nin desteği ile haftada bir kez birer litre süt dağıtılmaktadır. Süt dağıtımını Nilüfer Yerel Gündem 21 kadın gönüllüleri yapmaktadır. Projede 1.10.2003- 31.10.2004 tarihleri arasında 133 çocuğa ve 31 Mayıs 2005 - 31 Mayıs 2006 tarihlerinde 277 çocuğa süt dağıtılmıştır. 13 Kasım 2006'da başlayan döneminde ise 468 çocuk kapsam altına alınmıştır. Süt dağıtılan çocuklar altı ayda bir ebeler tarafından izlenerek ağırlık ve boy takipleri yapılmaktadır. Nilüfer Belediyesi ayrıca başlattığı bir uygulama ile ilköğretim okullarının birinci sınıfındaki her çocuğa günde 200 ml ücretsiz olarak süt dağıtmaktadır.

Yürütülen başka bir proje "İlköğretim 1. Sınıf Öğrencilerinin Göz Muayenesi Projesi"dir. Bu proje ile ilköğretim okuluna başlayan her öğrencinin görme açısından tarama muayenesi gerçekleştirilmektedir. İlköğretim birinci sınıfı öğrencilerinin göz muayenelerinin yapılması, görme bozukluklarının erken dönemde tespit edilmesi ve okul başarısı açısından oldukça önemlidir. Göz projesinde 2005 yılında 2041 ve 2006 yılında 2609 öğrencinin tarama muayenesi Göz Nurunu Koruma Vakfı Bursa Şubesi ile birlikte yapılmıştır.

Bir diğer proje "Diş Sağlığını Geliştirme Projesi"dir. Bu proje Bursa Diş Hekimleri Odası ile birlikte yürütülmektedir. Bu projede florlu gargara uygulamasının diş çürüklerini önlemedeki etkinliğinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Beş yıl sürdürülmesi planlanan projeye Kasım 2005 tarihinde başlanmıştır.

Merkezlerde Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından belirlenen konularda bilimsel araştırmalar da yürütülmektedir. Bu araştırmalar, toplumun sağlık durumunun ortaya çıkarılması, sağlık sorunlarına çözüm bulunması ve toplumun sağlık düzeyinin daha iyiye götürülmesine yönelik planlanıp yürütülmektedir. Araştırmalar sırasında bilimsel ve etik kurallara uygunluk özenle gözetilmektedir. Bölgede 2005 yılı sonuna kadar 6 tez bitirilmiş, 19 bildiri çeşitli kongrelerde sunulmuş ve 5 makale ulusal hakemli dergilerde yayınlanmıştır. İşbirliği protokolünde hedeflendiği gibi bölgede bilimsel etkinlikler de düzenlenmektedir. Bu kapsamda 2006 yılında I.Kent ve Sağlık Sempozyumu düzenlenmiştir. 2007 yılında II. Kent ve Sağlık Sempozyumu'nun yanı sıra bir de Meslek Hastalıkları Sempozyumu düzenlenecektir.

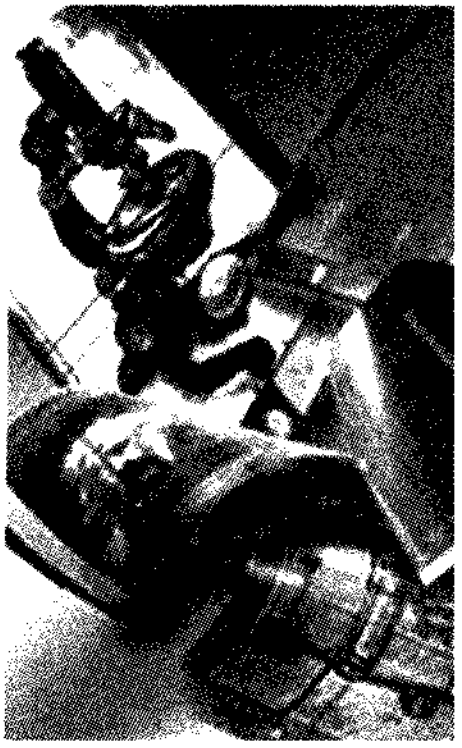
Üniversite-Belediye işbirliği: İlk sonuçlar

Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin sonuçlarını birinci beş yılın sonunda değerlendirmek yanıltıcı olabilir. Daha kapsamlı bir değerlendirme için on yılın bitmesini beklemek uygun olacaktır. Ancak ilk sonuçlar, sağlık alanında uygulamaya konulan Belediye-Üniversite işbirliğinin tartışılmasına olanak sağlayacak kimi ipuçlarını ortaya çıkarmaktadır. Bu işbirliğinin ilk sonuçlarını kısaca şöyle değerlendirmek olanaklıdır:

1. Bu işbirliği ile bir Belediyenin sağlıkla ilgili sunması gereken hizmetin boyutu ve kapsamı genişletilerek, çağdaş sağlık hizmeti sunma anlayışına uygun bir biçimde "Bütüncül" bir yaklaşım sergilenmiştir. Burada iki nokta öne çıkmaktadır. Birincisi sağlık hizmeti "tedavi edici" hizmete odaklanmaktan çıkarılmış ve koruyucu hizmetler ön plana alınmıştır. Bölgede aile planlaması, toplum beslenmesi ve sağlık eğitimine verilen önem bu konuda örnek gösterilebilir. İkincisi ise, sağlık hizmeti sunumunda "risk etmenlerini belirleme" yaklaşımının benimsenmesidir. Gebeleri evlerinde ziyaret ederek riskli gebeliklerin önceden saptanması, bebeklerin yaşamlarının ilk yılında evlerinde sıklıkla izlenerek nörolojik gelişimlerinin değerlendirilmesi ve yaşlıların evlerinde kontrol edilerek farkında olunmayan yüksek tansiyon ve şeker hastalığı olgularının saptanması ve etkin tedavilerinin düzenlenmesi bu konuda örnek gösterilebilir. Risk belirleme yaklaşımı benimsenirken, kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarının beklenmemesi, yaşadıkları mekanlarda ziyaret edilerek periyodik aralıklarla kontrol edilmeleri bu yaklaşımın can alıcı noktalarından birini oluşturmaktadır.
2. Bu işbirliğinin bir diğer önemli yararı, belediye sınırları içerisinde saptanan coğrafi bir alanda yaşayanların sağlığı ile ilgili bir veritabanının çıkarılması olmuştur. Sağlık yönetiminin üç temel bileşeninden birincisi hedefleri saptamak, ikincisi planlamak ve sonuncusu da uygulamaktır. Ancak hem hedefleri saptayabilmek, hem de uygulamanın başarılı olup olmadığını değerlendirebilmek için mevcut durumun bilinmesi zorunluluktur. Ülkemizde ne yazık ki, çoğu zaman sağlıkla ilgili mevcut durumun yeterince bilinmemesi hedeflerin saptanmasını sıkıntıya sokmaktadır. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi Nilüfer ilçesinin tümünü kapsamamakla birlikte, uygulandığı alana ilişkin çok sayıda veri ve bilgiyi içeren ve en önemlisi sürekli güncellenen bir veritabanına sahiptir. Örneğin bölgedeki 15-49 yaş kadınların yaklaşık üçte birinin kansızlık sorunu bulunmaktadır ve bu veri bölgede 2007 yılında yaşama geçirilecek kansızlığın azaltılması programı için yol gösterici olmuştur.
3. Bölgede, 15-49 yaş evli kadınlardan her hangi bir aile planlaması yöntemi kullananların oranı 2002'de %85,7 iken bu oran 2005'te %96,4 olarak gerçekleşmiştir ve orandaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır. Yöntem kullananlar içinde, çağdaş yöntemleri kullananların oranı 2002'de %48,8 iken, bu oran 2005'te %58,9'a yükselmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
4. Yapılan izlemlerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi sonucunda, evlerine gidilerek doğum öncesi bakım hizmeti verilen gebelerin %83,1'inde doğumla ilgili en az bir risk etmeni olduğu saptanmıştır. Bu etmenlerin yaşamsal bir sağlık sorununa yol açmamaları için gereken önlemlerin alınmasına çalışılmıştır. Bölgede anne ölümünün yaşanmaması bu önlemlerin etkili olmasıyla da ilişkilidir.

5. Yaşlıların evlerinde izlenmesi sonucunda, 2005 yılında, %66,3'ünde hipertansiyon; %20,4'ünde ise şeker hastalığı saptanmıştır. Bu hastalıkların farkında olmayan olgular hipertansiyon için 2004'te %20,8'den 2005'te %6,4'e; şeker hastalığı için 2004'te %12,9'dan 2005'te %7,2'ye düşmüştür ve her iki düşüş de istatistiksel olarak anlamlıdır. Bölgede risk gruplarının izlenmesi çalışmaları sonucunda, kronik hastalıklarla ilgili farkındalığın arttığını söylemek olanaklıdır.
6. "Gelişme Geriliği Olan Çocuklara Süt Dağıtımı Projesi"nin dönem sonlarında çocukların yaşa göre ağırlıklarında anlamlı olarak artış olmuştur. Bu artışı etkileyen pek çok etmen olabileceği için, süt verilmesinin tek başına bu artışı açıklayabileceği düşünülmemekle birlikte; dağıtılan sütün de bu sonuçta etkisinin olduğu söylenebilir.
7. İlköğretim 1. Sınıf Öğrencilerinin Göz Muayenesi Projesinde 2005 yılında 477 öğrencide, 2006 yılında ise 372 öğrencide görmeyle ilgili bir sorun olduğu saptanmıştır. Bu çocuklar, ailelerine yazılı olarak bildirilmiş ve kapsamlı bir göz muayenesi için göz hekimine sevk edilmişlerdir. Aileleri tarafından götürülemeyen çocukların göz muayeneleri ile gereksinim duyan yoksul çocukların gözlükleri Koordinatörlük tarafından sağlanmaktadır.

Sonuç olarak, belediye-üniversite işbirliği ile Nilüfer'de gerçekleştirilen sağlık hizmetleri, aslında, 224 Sayılı Yasanın daraltılmış bir uygulamasından başka bir şey değildir. Bu uygulama, neoliberal sağlık politikaları ile Sağlık Bakanlığı'nı sağlık hizmeti sunumundan el çektirip; sağlığın özel sektörün insafına terk edilmesi (ticarileştirilmesi) yaklaşımları sırasında sözü edilen "sağlıkta yerelleştirme" olgusu ile karıştırılmamalıdır. Bu uygulamada sağlık hizmeti sunumu eşitliğe odaklanmıştır ve kapsam içindeki herkesin hizmete kolayca erişebilmesi hedeflenmektedir. İşbirliği, temel sağlık hizmetleri ile ilgili kapsamlı bir içeriğe sahip olmasına karşın, tedavi edici sağlık hizmetleri ile ilgili eksiklikleri bulunmaktadır. Bu konuda en büyük sorunlardan birisini, sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olmayan vatandaşların gereksinim duyması halinde uzman hekim ve yataklı tedavi kuruluşlarından hizmet alması sırasında yaşanan zorluklar oluşturmaktadır.



Bu işbirliğinde öne çıkan en önemli olgu, belediyenin tercih edeceği sağlık hizmeti sunma yaklaşımıdır. Aslında bu işbirliğinin eldeki donanım, insan gücü ve bütçeye göre esneklik gösterebilmesi, kaynakların etkin kullanımı açısından çok güçlü bir özellik olarak algılanmalıdır. Bu işbirliği ile daha başlangıçta, halk sağlığı uzmanlarının katkısıyla belediyenin sağlıkla ilgili önceliklerinin belirlenmesi olanaklıdır. Böylece kaynakların doğru yerlere aktarılması ve toplumun yerel yönetimin sunduğu hizmetten memnuniyetinin arttırılması da olanaklı olacaktır. Nilüfer Belediyesi hizmet anketlerinde bu işbirliği gerçekleşmeden önce (Sağlık poliklinikleri ile tedavi edici sağlık hizmeti daha önce de sunuluyor olmasına karşın) sağlıkla ilgili her hangi bir memnuniyet söz konusu değilken, son yıllarda sağlık hizmetleri belediye'nin toplumun en hoşnut olduğu hizmetler arasında yer almıştır. Nilüfer Belediye Başkanı da halk sağlığı hizmetlerine verdiği önem nedeniyle ulusal düzeyde verilen bir ödüle değer bulunmuştur. Son iki yıl içinde ülkenin değişik belediyelerinden uygulamanın tanıtımı amacıyla alınan davetler, belediye-üniversite işbirliği ile yürütülen bu modelin diğer belediyeler tarafından da dikkatle izlendiğini göstermektedir.

EGELİ HALK SAĞLIKÇILAR TOPLANTILARI

Gelenekselleşen *Egeli Halk Sağlıkçılar Toplantılarının* beşincisi Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının ev sahipliğinde 31 Mart–1 Nisan 2007 tarihlerinde Aydın'da Nysa Otel'de yapılacak. Toplantının ilk günü Egeli Halk Sağlıkçıları Prof. Dr. Mümtaz Soysal' ı dinleyecekler. İkinci gün sabah Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Erdal Beşer, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ali İhsan Bozkurt ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (Hasuder) adına Prof. Dr. Erhan Eser'in yöneteceği forumda sağlık alanındaki güncel gelişmeler ve ekim ayında Denizli'de yapılacak olan Ulusal Halk Sağlığı Kongresinin hazırlıkları tartışılacak. Aynı gün öğleden sonra Nysa antik kenti gezisi ile toplantı son erecek.

Ege bölgesinde üniversite, sağlık müdürlükleri ve yerel yönetimlerde çalışan halk sağlığı uzmanları arasındaki iletişimi ve dayanışmayı güçlendirmek amacı ile iki yıl önce başlatılan toplantılar her dört ayda bir yapılıyor. Bundan önceki dört toplantıya sırası ile Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ev sahipliği yapmıştı.

V. ULUSAL TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

Manisa Celal Bayar Üniversitesi
S.Demirel Kültür Merkezi, 10-11 Mayıs 2007
http://www.manisatabip.org.tr/

Manisa Tabip Odası **"Temel Sağlık Hizmetleri ve Pratisyen Hekimlik Komisyonu,** Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı AD ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğünün eş düzenleyici olarak her yıl düzenledikleri **"Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumları dizisi** 2007 yılında 5. Sempozyuma ulaşmıştır. Sempozyumlar, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine bilimsel katkı yapmak, bu alanda çalışanların dayanışmasını sağlamak amacıyla düzenlenmektedir. Bu sempozyumların bir diğer özelliği ise, çok düşük bütçe ve yüksek katılımla gerçek bir bilimsel toplantı düzenlemenin mümkün olduğunu kanıtlamasıdır.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi S.Demirel Kültür Merkezinde 10-11 Mayıs 2007 tarihinde düzenlenecek olan **V. ULUSAL TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU** program taslağı aşağıda belirtilmiştir. Sempozyumun bu yılki ana konusu, "Birinci Basamak Sağlık Örgütlenme ve Finansman Sistemleri: Farklı Yaklaşımlar" dır. Sempozyum katılım bedeli, sempozyum kitabı, çantası, katılım belgeleri, öğlen yemekleri ve ara ikramlarını kapsamak üzere hekim dışı sağlık çalışanları ve sağlık mesleği dışından katılımcılar için 10 YTL, hekimler ve öğretim üyeleri için 30 YTL 'dir.

Program Taslağı:

- **Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme ve Finansman Modellerine Genel Bakış**
- **Birinci ve ikinci basamak Sağlık Hizmetlerinde ödeme modelleri (ülke örnekleri)**
- **Sağlık Hizmetlerinde ödeme modelleri (ülke örnekleri)**
- **Günümüzde Türkiye'de Kamu ve Özel sektörde Birinci ve ikinci basamak Sağlık Hizmetlerinde ödeme modelleri**
- **Türkiye Sağlık Harcamaları**
- **Doğu Avrupa ülkelerinde Sağlık Örgütlenme ve Finansman modellerinde izlenen değişimin değerlendirilmesi**
- **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesinde "Bölge" Kavramına yaklaşım**
- **Türkiye'de Aile Hekimliği Pilot uygulamasında varılan sonuçların değerlendirilmesi**

KURSLAR

Bilgi: Kurslara uygun sağlık mesleklerinden katılımcılar kabul edilecektir. Ayrıntı için Sempozyum sekreteryası ile iletişim kurunuz.

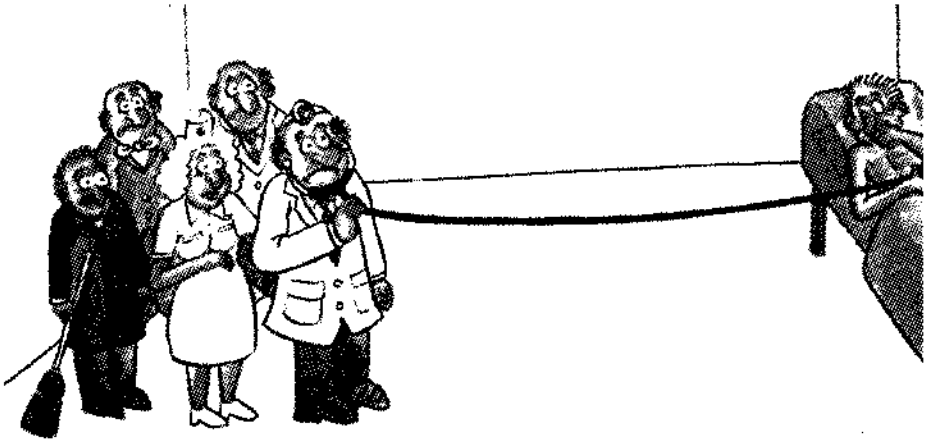
Kursların düzenlenmesinde Genel Koordinasyon :
Dr. Beyhan Cengiz Özyurt, Dr. Gökben Yaslı
0 236 239 13 19
0 543 848 40 74

1. TOPLUMA YÖNELİK SAĞLIK YÖNETİMİ KURSU (TOYS) (Koordinatör: Doç. Dr. Belgin Ünal- Uz Dr. Beyhan Özyurt)
2. EĞİTİM BECERİLERİ (Koordinatör: Doç. Dr. Türkan Günay- Yrd. Doç. Dr. Tümer Pala)
3. ANTENATAL BAKIM (Koordinatör: Yrd. Doç. Dr. Hülya Demirci-Seval Cambaz)
4. İŞ SAĞLIĞI ve RİSK DEĞERLENDİRME (Koordinatör: Dr. Ahmet Can Bilgin- Hakan Baydur)

Yer: Elginkan Vakfı, Manisa

Sağlıkta Dönüşüm Programının İki Önemli Ayağı: AİLE HEKİMLİĞİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

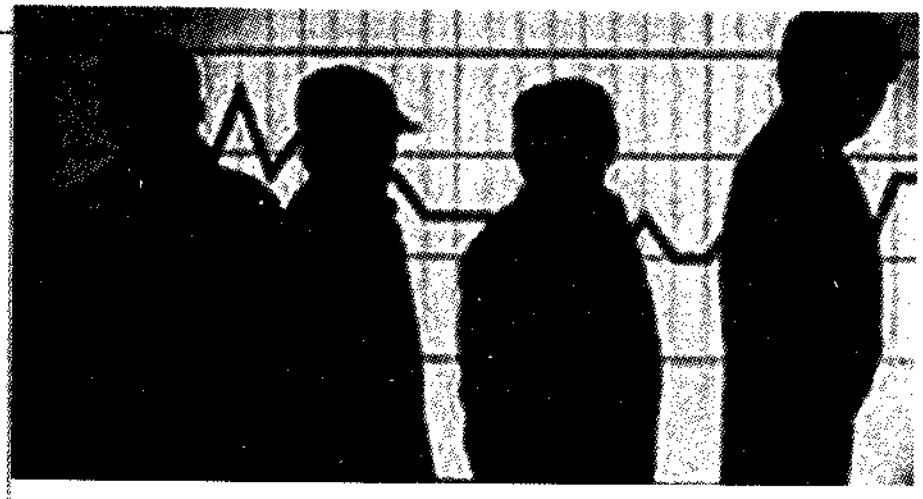
İpek Özkal Sayan
A.Ü. S.B.F. Öğretim Elemanı



Dünyadaki ülkelerin hemen hemen tümünde günlük politik terminolojinin içinde yer alan bir kavram haline gelen sağlık reformları tüm ülkelerde ya başlamış, ya önerilmiş ya da tartışılmaktadır. Türkiye de sağlıkta eşitsizliklerin yoğun olarak yaşandığı ve sağlıkta reforma ihtiyaç duyan bir ülkedir. Bu sebeple sağlık alanında yapılan ya da yapılması planlanan reformlar hep gündemdedir. Cumhuriyetin kuruluşundan 1960'a kadar geçen süre içinde, sağlık alanında ülke düzeyindeki tüm yerleşim birimlerinde tesis, donanım ve personel ihtiyacının karşılaması amacı güdülmüş ve sağlık hizmetlerinin tüm ülke düzeyinde örgütlenmesine ağırlık verilmiştir. 1961 yılında "Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirilme" kanunu ile sağlıkta sosyalleştirme çalışmalarına hız verilmiş, ancak dünyada yaşanan küreselleşme ve liberalleşme akımlarının etkisiyle, küresel ölçekte yaşanan sağlıkta reform girişimlerine paralel olarak uygulanan politikalar yön değiştirmiştir. Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çalışmaları 1990'ların başlarında terk edilerek, sağlık sektörünün kapıları liberalleşme ve özelleştirme politikalarına açılmıştır. Sağlıkta liberalleşme eğilimleri, 3 Kasım 2002 seçimlerinde tek iktidar partisi olan AKP'nin 2003 yılında ortaya koyduğu "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) ile hız kazanmıştır. Bu program, Avrupa Birliği (AB) ve tek parti hükümetinin şekillendirdiği ekonomik ve politik ortam çerçevesinde ilerlemektedir. Bugün sağlıkta yaşanan değişim sürecinin temel ilkeleri bu programla belirlenmiştir. SDP'nı her boyutuyla masaya yatırmak, bugün sağlık sektörünün içinde bulunduğu mevcut durumun anlaşılması bakımından son derece önemlidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı

SDP, genel olarak, AKP Hükümeti'nin Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşların doğrudan gözetim ve yönlendiriciliğinde, sağlık sektöründe yürütmekte olduğu düzenlemelerin genel adıdır. SDP'na temel oluşturan belgeler hükümet programı ve Acil Eylem Planı'dır. Bu belgelerde hükümetçe tanımlanan kamu yönetimi reformu kapsamında "Herkese Sağlık" başlığı altında sağlık alanında öngörülen başlıca hedefler içerisinde; hizmet su-



Aile hekimliği ve genel sağlık sigortası Türkiye'de sağlık sistemini dönüştürmede ve sağlık alanını piyasa koşullarına açmada yapılması tasarlanan en önemli değişikliklerdir.

numunda (örgütlenmede), sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan "aile hekimliği" sistemine geçilmesi, finansmanda ise, "genel sağlık sigortası" üzerine oturtulmuş "özel sigortacılık ve cepten ödeme" sistemi önerilmektedir.[2] Aile hekimliği ve genel sağlık sigortası Türkiye'de sağlık sistemini dönüştürmede ve sağlık alanını piyasa koşullarına açmada yapılması tasarlanan en önemli değişikliklerdir. SDP bütün olarak değerlendirildiğinde ise, AKP Hükümeti'nin esas amacının, sağlık hizmetlerini piyasa koşullarında üretecek ve satacak bir ticari mal olarak özel sağlık kuruluşlarına devretmek olduğu ileri sürülmektedir.[3]

Sağlık sistemindeki dönüşümü anlayabilmek için aile hekimliği ve genel sağlık sigortası sisteminin incelenmesi gerekmektedir.

I. Aile Hekimliği

Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarında yapısal bir dönüşüm öngörülmektedir. Bu yapısal dönüşüm esas olarak "aile hekimliği sistemi" üzerine oturmaktadır. Aile hekimliği, Dünya Bankası'nın, Türkiye'ye birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunda bir seçenek olarak önerilmektedir. Dünya Bankası'nın 2004 Sağlık Türkiye raporuna göre aile hekimliği Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin en önemli adımıdır. Bu nedenle Türkiye'ye 2004 yılında 49.4 milyon Euro kredi verilmiştir.[4]

Türkiye'de aile hekimliği uygulaması, kişiye ve çevreye yönelik bütüncül olarak üretilen koruyucu hekimlik hizmetlerinin birçok disiplinden oluşan bir ekiple yürütülen bu bütüncül halini değiştirerek, kişiye yönelik koruyucu hekimlik kısmını ayırmakta ve birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetleri ile birlikte "aile hekimi"ne sorumluluk yüklemektedir. Böylece "hekim seçme özgürlüğü" hakkına sahip bireyler, belli koşullarda "istedikleri" aile hekiminden sağlık hizmeti alabileceklerdir. Aile hekimliği sisteminin uygulanışında kırsal bölgelerde mevcut sağlık ocağı altyapısının kullanılacağı ve ek olarak özellikle kentlerde serbest hekimlik ve özel poliklinik uygulamalarından da yararlanılacağı belirtilmektedir.[5]

Aile hekimliği konusunda Sağlık Bakanlığı 2004 yılında bir doküman yayınlamış ve yasal düzenlemeler yoluna gitmiştir.

---

[1] Dr. Ar. Gör., e-mail:ozkal@politics.ankara.edu.tr

[2] T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 1992.

[3] Erinç Yeldan, *Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerçekler*, http://www.bilkent.edu.tr (e.t.26.02.2007).

[4] T.C. Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 11 Haziran 2004 tarihinde imzalanan Kredi Anlaşması ile "Sağlıkta Dönüşüm Programı"na Destek Projesi için Banka'dan 49,4 milyon Euro sağlanmıştır. Söz konusu kredi 200 milyon Dolarlık bir paketin 2004-2007 yıllarını kapsayan ilk dilimini oluşturmaktadır. Projenin temel amacı, sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesi, genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesinin alt yapısının oluşturulması, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, aile hekimliği sisteminin hayata geçirilmesi ile sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında entegre bir bilgi teknolojisi sistemi oluşturmak olarak açıklanmıştır. Proje Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından birlikte yürütülecektir. Dünya Bankası'ndan sağlanan kredi, 4 yıl geri ödemesiz dönem olmak üzere toplam 17 yıl vadeli olup, faiz oranı, Euro Libor tabanlı değişken faiz oranı ile altı ayda bir sabitlenen değişken marjın toplamıdır. T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Basın Duyurusu, 11 Haziran 2004, Sayı:2004/73, http://www.hazine.gov.tr/duyuru/basin 2004 (e.t.14.02.2007)

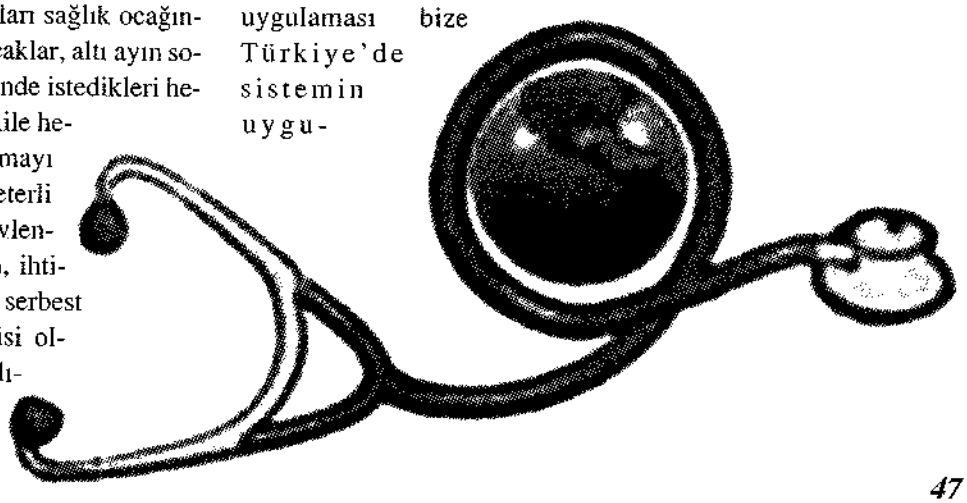
[5] Onur Hamzaoğlu, Cavit Işık Yavuz, "Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine", *Mülkiye Dergisi*, Cilt: XXX, Sayı:252, s.280.

Yapılan düzenlemelerle belirlenecek illerde "aile hekimliği pilot uygulaması" gerçekleştirilmesi ve sonrasında da ülkeye sistemin yaygınlaştırılması öngörülmüştür. Ancak Sağlık Bakanlığı, uygulamaya başlarken neden Düzce'nin pilot il seçildiğini açıklamamıştır. Bununla birlikte aslında Düzce'deki uygulamayı "pilot" olarak nitelendirmek de yerinde değildir. Çünkü pilot uygulama sonuçları eğer olumsuzsa sistemin genelleştirilmesinden vazgeçilmesi gerekmektedir. Türkiye'de ise mevcut hükümetin böyle bir niyeti yoktur. Aile hekimliğinin "pilot" uygulama adı altında hayata geçirilmesi, genel sağlık sigortası kanunu tam olarak uygulanmaya başlayana kadardır. Genel sağlık sigortası kanunu uygulanmaya başlandıktan sonra aile hekimliği de "pilot" uygulama olmaktan çıkacak, hızla tüm yurt düzeyinde yayılacaktır.

Kanun ve yönetmelikler ile sınırları çizilen "aile hekimliği pilot uygulamasında", devamlı olarak belli bir mekânda, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler "aile hekimi", aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanları da "aile sağlığı elemanı" olarak tanımlanmaktadır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan bu iki kişilik ekip, belli ölçülerle ve koşullarla kendi sorumluluğundaki kişilere (sayı 1000-4000) sağlık hizmeti sunacaktır. Bireyler, pilot uygulamanın ilk altı aylık bölümünde bağlı bulundukları sağlık ocağındaki bir hekime bağlanacaklar, altı ayın sonunda da ilçe sınırları içinde istedikleri hekimi seçebileceklerdir. Aile hekimi ya da elemanı olmayı öncelikle gönüllülüğe, yeterli gönüllü çıkmaz ise görevlendirmeye bağlayan kanun, ihtiyaç duyulması halinde serbest çalışan ve kamu görevlisi olmayan hekim ve aile sağlığı elemanlarından da uygun olarak çalıştırılabilmesine olanak tanımaktadır. Böylece pilot uygulama içersinde çalışacak personelin statü ve ücretlendirilmesi farklı bir yapıya kavuşturulmaktadır. Aile hekimliği pilot uygulamalarının bir diğer önemli yanı da verilecek hizmetin ücretsiz oluşudur. Ancak bu sadece pilot uygulama dönemini kapsayan bir uygulamadır. Çünkü aile hekimliği, daha sonra üzerinde durulacağı üzere, genel sağlık sigortası ile finanse edilecek bir sistemdir. Aile hekimliği ve genel sağlık sigortası sistemi Türkiye'de tam olarak uygulanmaya başladığı zaman aile hekimi öncelikle hastanın genel sağlık sigorta primini yatırıp yatırmadığını kontrol edecek ve hizmetini buna göre verecektir. Bu sistemde, sağlık ocakları "aile hekimliği merkezleri"ne dönüştürülecektir. Sağlık ocaklarının kapatılmasıyla bu kurumların görevi olan "koruyucu sağlık hizmetleri", Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından verilmeye başlanacaktır. Konuyla ilgili düzenlemenin 4. maddesine göre Toplum Sağlığı Merkezleri "Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezleridir." Ancak bu merkezlerde çalışan personelin aşağıda açıklanacağı üzere büyük sorunları mevcuttur.

Düzce'de başlatılan aile hekimliği pilot uygulaması bize Türkiye'de sistemin uygu-

Aile hekimliği ve genel sağlık sigortası sistemi Türkiye'de tam olarak uygulanmaya başladığı zaman aile hekimi öncelikle hastanın genel sağlık sigorta primini yatırıp yatırmadığını kontrol edecek ve hizmetini buna göre verecektir.



Düzce'de uygulanan model kapsamında aile hekimlerinin sunduğu koruyucu hizmetler önceliğini yitirmiş durumdadır. Aile hekimleri, poliklinik ve kayıt iş yüklerinin eskiye oranla arttığını ve zamanlarının önemli bir kısmını aldığını, risk gruplarının periyodik izlemleri, aile planlaması ve bağışıklama gibi koruyucu hizmetleri ise ancak kendilerine başvuranlara sunabildikleri belirtilmektedir.

lanması bakımından ipuçları vermektedir. Bu sebeple burada kurulmaya çalışılan sistemi değerlendirmek gerekmektedir.

"Pilot il" Düzce'de Aile Hekimliği Uygulaması

Düzce'de denenen model kapsamında öncelikle Aile Sağlığı Merkezleri tarafından sunulan laboratuar, bağışıklama ve izlem hizmetleri ücretsiz olarak sunulmakta, herhangi bir katkı payı alınmamakta ve harcamaların tümü Sağlık Bakanlığı tarafından kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Ancak sistemin temeli, prim toplama ve verilen hizmetin Genel Sağlık Sigortası kapsamında bu prim sisteminden karşılanmasına dayanmaktadır. Denenen uygulamaların modelin temel unsurlarından yoksun olması, uygulamaları "pilot" olma özelliğinden uzaklaştırmakta ve elde edilecek değerlendirmelerin eksik olmasına neden olmaktadır.

Modelin temel unsurlarından biri olan "sevk zinciri" de Düzce örneğinde uzun bir süre (9 ay) uygulanmamıştır. Sevk zorunluluğu ile birlikte sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Yıllardır yürütülen politikaların yanlış bir sonucu olarak ikinci ve üçüncü basamaktan doğrudan hizmet almaya alışmış vatandaşların birinci basamaktan sevk alma zorunluluğu ile birlikte aile hekimlerine yönelmesi hasta başvurularını daha da arttırmış, aile hekimlerinin ev ziyaretleri ve halk eğitimleri gibi uygulamaları gerçekleştirmeleri olanaksız hale gelmiştir.[6]

Bununla birlikte Düzce'de uygulanan model kapsamında aile hekimlerinin sunduğu koruyucu hizmetler önceliğini yitirmiş durumdadır. Aile hekimleri, poliklinik ve kayıt iş yüklerinin eskiye oranla arttığını ve zamanlarının önemli bir kısmını aldığını, risk gruplarının periyodik izlemleri, aile planlaması ve bağışıklama gibi koruyucu hizmetleri ise ancak kendilerine başvuranlara sunabildikleri belirtilmektedir.[7] Örneğin bulaşıcı bir hastalık ile karşılaşılması durumunda aile hekimlerinin sorumluluğu yalnızca "bildirim" ile sınırlıdır. Bu bildirimlerin Toplum Sağlığı Merkezleri'nce izlenmesi ve değerlendirilmesi, gerekli müdahalenin de bu merkezlerce yapılması beklenmektedir. Uygulamanın başlangıcında aile hekimlerine dağıtılan nüfus, mevcut sağlık ocaklarına bağlı bölgelerden oluşturulmuştur. Ancak "aile hekimi seçme uygulaması" bu durumu daha da tehlikeli hale getirecektir. Bu uygulama ile aile hekimleri farklı bölgelerden nüfusları kaydedebilecek ve bulaşıcı hastalık bildirimlerinin bölgesel özelliklerini saptamak zorlaşacaktır. Koruyucu hizmetlere ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik planlı bir uygulamadan yoksun bu tablo Türkiye için kaygı vericidir.

Düzce modeli kapsamında aile hekimliği veya aile sağlığı elemanlığına geçmeyen sağlık çalışanları meslektaşlarından çok daha düşük bir ücretle Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevlendirilmiştir. Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık personeli, aile hekimliği modelinde yer almak istemeyen personelin gözden çıkarıldığını düşünmekte, görev yaptıkları birimi, sistemi tercih etmeyenlerin düşük ücretle cezalandırılarak depolandığı yerler olarak algılamaktadır.[8] Çalışma barışını ciddi biçimde tehdit eden bu uygulama, Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının aile hekimleri ile birlikte hizmet üretmesini ve bununla birlikte Düzce modelini başlangıçta başarısızlığa mahkûm etmektedir. Bununa birlikte Düzce'de koruyucu hizmetlerin alanda sürdürülmesinden vazgeçilmiş, hizmet sadece başvuranlar veya çağrıldığında gelenler ile sınırlandırılmıştır.[9]

Sağlık Bakanlığı, Düzce ilindeki pilot

---

[6] Türk Tabipler Birliği, *Aile Hekimliğinde Son Durum*, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 2006, s.9

[7] Türk Tabipler Birliği, *Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu*, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 2006, s.12.

[8] *Üstteki Kaynak*, s.21.

[9] *Üstteki Kaynak*, s.25.

uygulamanın, sağlık ortamına ne tür katkılar sunduğunu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve sağlık göstergelerinde ne tür değişikler yarattığını açıklama gereği duymadan başka illerde de aile hekimliği uygulamasına başlamıştır. Aile hekimliği pilot uygulama sonuçlarının değerlendirilmeden ülke genelinde yaygınlaştırılmaya başlanması Türkiye'deki sağlık sistemi açısından kaygı vericidir.

II. Genel Sağlık Sigortası

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2003'te tarafların görüşlerinin alınması ve tartışılması için kamuoyuna açılmıştır. O günden bu yana kamuoyunda tartışılma olanağı bulan bu tasarı, sivil toplum kuruluşlarının ve ana muhalefetin karşı olmasına rağmen tek parti hükümeti tarafından 19 Nisan 2006 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilmiştir. 5510 sayılı bu kanunun bazı maddeleri daha sonra Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş ve yürürlüğü 1 Temmuz 2007'ye kadar ertelenmiştir. Kanunun uygulanmaya başlanmasıyla, Türkiye'deki sağlık alanındaki finansman sistemi tamamen değişecektir. "Toplumun bütününü kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi" olarak tanımlanan genel sağlık sigortası, hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmeti sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak gibi nedenlerle gerekçelendirilmektedir. Sıralanan başlıkların neden vergi tabanlı bir finansmanla gerçekleştirilmediği sorusu dokümanda yanıt bulamamakta, esas olarak da böyle bir kaygının bulunmadığı izlenmektedir. Finansmanda temel ve ağırlıklı tercih sigortacılık olarak belirlenmiştir. Kurulacak genel sağlık sigortası sistemi ile primlerle oluşturulacak fon, finansmanın temelini oluşturacaktır. Sağlık sistemindeki finansmana ilişkin sorunlar kişilerden toplanacak genel sağlık sigortası prim sistemi ve bu sisteme yapılacak kamu katkıları ile çözülecektir.

Yeni düzenleme ile tüm vatandaşlar genel sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır. İstisnai olarak askerlik görevini yapanlar (tedavi giderleri genel bütçeden karşılanacaktır), Türkiye'de ikamet eden yabancı ülke vatandaşlarından kendi ülkesinde sosyal sigortası olanlar ile tutuklu ve hükümlüler kapsam dışında tutulmaktadır. Genel sağlık sigortası ile Türk vatandaşlarının yanı sıra, Türkiye'de bir yıldan daha uzun süre yaşayanlar, vatansızlar, sığınmacılar da kapsama alınmaktadır. Genel sağlık sigortası prim oranı %12.5 olarak belirlenmektedir. Primin %5'i çalışan, %7.5'i işveren tarafından ödenecektir. Yoksulların primi devlet tarafından karşılanacaktır. Mevcut düzenlemede kamu çalışanlarının sağlık giderleri kurumlarınca karşılanmakta, dolayısıyla Emekli Sandığı'na herhangi bir sağlık primi ödememektedirler. Genel sağlık sigortası ile Emekli Sandığı'na tabi çalışanlardan da %5 sağlık primi kesilmeye başlanacaktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için tedavi için son başvurulan tarihte, son bir yıl içinde 30 gün prim ödenmiş olması koşulu aranmaktadır. Oysa mevcut sistemde, Emekli Sandığı'na tabi olan kişi işe girer girmez sağlık hakkından yararlanmaya başlamaktadır. Genel sağlık sigortası sistemi içinde özel sağlık sigortalarının da "tamamlayıcı bir rol" üstlenerek desteklenmesi amaçlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda belirtildiği üzere, zorunlu genel sağlık sigortasının kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılık teşvik edilecektir. Böylece gereksinim duyulan sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının "temel teminat paketi" ile karşılanmayacağı ve bu

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda belirtildiği üzere, zorunlu genel sağlık sigortasının kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılık teşvik edilecektir.

[10] http://www.ttb.org.tr/TD/TD92/1.php3 (e.t.14.02.2007)

[11] Türk Tabipleri Birliği, *Genel Sağlık Sigortası*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2005, s.39.

Önerilen bu yeni sistem, Türkiye'de sağlık sektöründe yaşanan sorunları çözmek bir yana, mevcut eşitsizlikleri daha da derinleştirecektir. Bununla birlikte bir ülkede yapılan reformların başarılı olabilmesi için halk tarafından benimsenmesi ve kabul görmesi gereklidir.

"paket" dışındaki hizmetler için kişilerin cepten ödeme yapmaları ya da özel sağlık sigortasını tercih etmeleri gerektiği anlaşılmaktadır.

Adalet ve Kalkınma Partisi Hükümeti, vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanamadığını, genel sağlık sigortası ile tüm vatandaşların eşit olarak sağlık kuruluşlarından ve hizmetlerinden yararlanacaklarını iddia etmektedir.[10] Kanunun genel gerekçe kısmında "yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı dayanışmacı bir anlayış" yerine, genel sağlık sigortası ile getirilen eşitlik, hanelerin sağlık hizmetlerinin karşılığını ödemek için gelirleri ne olursa olsun aynı prim ve katılım payı ödemeleri ile tanımlanmaktadır. Adalet ve Kalkınma Partisi'nin sağlıkta eşitlikten anladığı budur.[11] Ancak sağlıkta eşitlik, herkesin sağlık hizmeti gereksinimi olduğunda buna ulaşabilmesinin ve ödeyebilmesinin yanı sıra aynı sağlık hizmetinden aynı oranda yararlanabilmesidir. Genel sağlık sigortasının yapacağı sınırlı sağlık yardımlarına bağlı olarak Türkiye'de sağlıkta ikili bir sistem belirginleşecektir. Ödeme gücü olan ve tamamlayıcı sigortaları bulunan, sağlık için ödemede bulunabilen kişilere uygun sağlık işletmeleri ile genel sağlık sigortasının sağlık yardımları ve kısmi ödemelerle yetinen kamu sağlık işletmeleri ayrımı yaşanacaktır. Böylece söylemin aksine Türkiye'de sağlık hizmetindeki eşitsizlikler daha da belirgin hale gelecektir. Bununla birlikte işsizler, kayıt dışı sektördeki küçük şirketlerde çalışanlar, tarım kesimindeki düzensiz gelir sahipleri vb. primini sürekli ve düzenli ödemeyecek durumda olan pek çok insan genel sağlık sigortasının dışına itilerek sağlık güvencesinden mahrum kalacaktır. Genel sağlık sigortasına prim ödeyemeyecek veya hizmet alımı sırasında katılım payı ödeyemeyecek kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarından zor durumlarla karşı karşıya kalacaklardır. Primleri devlet tarafından ödenecek derecede yoksul olan kesimlerin de katkı payı ödemek zorunda bırakılmaları bu kesimlerin örneğin yiyecek alımlarında kısıntıya gitmesine yol açacaktır, böylece Türkiye'de yoksullar daha da yoksullaşacaktır.

Sonuç

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması söylemiyle ortaya konulmuş olan SDP, sağlık ocaklarının iyi durumda olmadığı, sevk sisteminin işlemediği, mevcut sistemin ülke geneline yayılamadığı ve başarılı olunamadığı [12] gerekçeleri ileri sürülerek gündeme getirilmiştir. Ancak önerilen bu yeni sistem, Türkiye'de sağlık sektöründe yaşanan sorunları çözmek bir yana, mevcut eşitsizlikleri daha da derinleştirecektir. Bununla birlikte bir ülkede yapılan reformların başarılı olabilmesi için halk tarafından benimsenmesi ve kabul görmesi gereklidir. Özellikle sağlık hizmetleri, politikacıların sandığının aksine toplumun çok önem verdiği hizmetlerdir.[13] Bu sebeple özelikle sağlık alanında yapılan reformların toplumdan kabul görmesi ve benimsenmesi önemlidir. Mevcut iktidarın ise böyle bir kaygısı bulunmamaktadır.

SDP ile birlikte, sağlığı "hasta olmama durumu" olarak tanımlayıp koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önemi vermeyen, kamunun desteğinden tamamen yoksun, piyasa kurallarına göre çalışan bir "sağlık" sistemi, sağlık ocaklarının etkili kullanımı ve desteklenmesi yerine, sağlıkta "ekip çalışması" anlayışından yoksun, bireysel çalışmayı teşvik eden, birbirleriyle rekabet eden "aile hekim"leri anlayışı, mevcut kaynakların etkili kullanımı yerine

[12] http://www.mediamagazin.com.tr/kose-yazisi_50542.html (27.02.2007)

[13] Gürhan Fişek, "SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Devri: Ver Kurtul", *Çalışma Ortamı Dergisi*, Sayı:77, Kasım-Aralık 2004, http://sosyalpolitika.Bek.org.tr/?P=50 (e.t.02.2007).

harcamaları arttıran ve bunu da yetersiz ekonomik koşullara rağmen vatandaştan daha çok para alarak sağlamaya çalışan bir sigorta sistemi yaratılmaktadır. Tüm bunların yanında yeni sistemde özel sektör teşvik edilmekte, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk kılınacağı belirtilmekte, hastaneler için "verimli işletmeler", "müşteri odaklı organizasyonlar"[14] gibi ifadeler kullanılmaktadır. Yeni sistemde Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı'nca tanımlanan Sağlık Bakanlığı'nın rolü bize tasarlanan "yeni" sağlık sistemi hakkında pek çok şeyi açıklamaktadır.

" *Sağlık Bakanlığı'nın, yeni konumu gereği gündelik operasyon yükünden kurtarılarak stratejik planlama yapan, etkili insan kaynakları politikası yürüten, düzenleyici, planlayıcı ve denetleyici bir misyon üstlenmesi; vatandaşa doğrudan hizmet sunan ikinci basamak sağlık kuruluşlarının (hastanelerin), mülkiyetleri yine kamu sahipliğinde yani devlette kalmak kaydıyla yerinden yönetim ilkelerine göre kendi karar ve uygulama organlarınca yönetilen, idari ve mali yönden özerk birer işletme haline dönüştürülmeleri gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın örgütsel ve işlevsel olarak yeniden yapılandırılmasında önemli bir eşik değer taşıyan bu hedefin, kamuoyunda kimi çevrelerin etkisiyle esas anlamından farklı bir biçimde sağlık hizmetlerinin özelleştirileceği yönünde algılanması ve yorumlanması SDP'nin karşısındaki önemli engellerden birisini oluşturmaktadır.*"[15]

SDP, Sağlık Bakanlığı yetkililerince bir "özelleştirme programı" olarak tanımlanmasa da, aslında tam olarak yapılmak istenen muayenehane temeline dayanan aile hekimliği, yabancı hekim çalıştırılması, hastane özerkleştirilmesi, özel sağlık sektörünün devlet tarafından teşviki ve genel sağlık sigortası sisteminin özel sigortacıkla desteklenip yaygınlaştırılmasıyla ile sağlık sektörünün her boyutuyla özelleştirilmesidir. Bunu kabul etmeyen Sağlık Bakanlığı yetkililerinin kendi özelleştirme tanımlarını yapmaları gerekmektedir.

Sonuç olarak SDP acilen durdurulmalı, sağlık alanına "kâr "sağlama güdüsüyle yaklaşmayan, hastayı "müşteri" olarak görmeyen, sevk sistemine dayalı, koruyucu sağlık hizmetlerinin de desteklenip ön plana çıkarıldığı "kamucu" bir sağlık anlayışı yeniden inşa edilmelidir. ✿

SDP acilen durdurulmalı, sağlık alanına "kâr "sağlama güdüsüyle yaklaşmayan, hastayı "müşteri" olarak görmeyen, sevk sistemine dayalı, koruyucu sağlık hizmetlerinin de desteklenip ön plana çıkarıldığı "kamucu" bir sağlık anlayışı yeniden inşa edilmelidir.

Kaynakça

Hamzaoğlu, Onur, Cavit Işık Yavuz, "Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine", *Mülkiye Dergisi*, Cilt: XXX, Sayı:252, s.275-296.

http://www.mediamagazin.com.tr/kose-yazisi_50542.html (27.02.2007).

http://www.ttb.org.tr/TD/TD92/1.php3 (e.t.14.02.2007).

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Basın Duyurusu, 11 Haziran 2004, Sayı:2004/73, http://www.hazine.gov.tr/duyuru/basin 2004 (e.t.14.02.2007).

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 1992.

Türk Tabipler Birliği, *Aile Hekimliğinde Son Durum*, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 2006.

Türk Tabipler Birliği, *Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu*, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 2006.

Türk Tabipleri Birliği, *Genel Sağlık Sigortası*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2005.

Yeldan, Erinç, *Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerçekler*, http://www.bilkent.edu.tr (e.t.26.02.2007).

Saran, Ulvi (Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı), "Sağlıkta Dönüşüm İlkeleri", *Radikal Gazetesi*, 11.08.2005.

[14] http://www.mediamagazin.com.tr/kose-yazisi_50542.html (e.t.26.02.2007)

[15] Ulvi Saran (Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı), "Sağlıkta Dönüşüm İlkeleri", *Radikal Gazetesi*, 11.08.2005.

YEREL SAĞLIK HİZMETLERİ

Hüseyin Çağatay
İçişleri Bakanlığı Kontrolörü

1580 sayılı "eski" Belediye Kanunu ile 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda belediyelere işyerlerinin kontrol, denetim ve ruhsatlandırma görevleri ile çevre ve halk sağlığının korunmasına ilişkin görevler verilmiş idi.

Öncelikle belediyenin tanımını yapalım. Belediye; belde halkının yerel ve ortak ihtiyaçlarını karşılamak üzere kuruluş esasları kanunla belirtilen ve karar organları, gene kanunda gösterilen, seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan kamu tüzel kişiliğidir.

5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 3. maddesinde de belediyenin tanımı yapılmıştır. Yasadaki tanıma göre belediye; *"Belde sakinlerinin mahalli ve müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idari ve mali özerkliğe sahip tüzel kişisini..."* ifade eder, şeklinde tanımlanmıştır.

YASALARDA YEREL SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık konusu devletin temel görevlerindendir ve Anayasanın 56.maddesinde bu görev şöyle belirlenmiştir:

"Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." hükmüne yer verilmiştir.

1580 sayılı "eski" Belediye Kanunu ile 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda belediyelere işyerlerinin kontrol, denetim ve ruhsatlandırma görevleri ile çevre ve halk sağlığının korunmasına ilişkin görevler verilmiş idi. Daha önceden; halkın yiyeceği, içeceği ve kullanacağı şeylerin satıldığı yerlerin ve halkın içinde yatıp kalkacağı, barınacağı yerlerin sağlık şartlarına uygun olup olmadığını kontrol etmek ve ruhsatname vermek belediyenin görevi iken 28 Haziran 1995 tarih ve 22327 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan ve yayımı tarihinde yürürlüğe giren 560 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketilmesi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin 9. maddesi gereğince gıda maddeleri üreten işyerlerinin 4. madde kapsamındaki denetimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacağı,

Gıda maddeleri üreten işyerlerinde, gıda maddelerinin gıda kodeksine uygunluğunun denetimi ve gıda kontrolü, 5. ve 18. madde kapsamındaki denetimler ile gıda maddelerinin ithal ve ihracındaki denetimlerin Tarım ve Köyişleri Bakanlığı tarafından yapılacağı,

Söz konusu Kanun Hükmünde Kararnamenin 10. maddesinde: gıda maddeleri satış yerlerinin denetimi Sağlık Bakanlığı'nca Belediye sınırları ve mücavir alanlar içinde Belediyeler ile işbirliği içinde bunun dışında Sağlık Bakanlığı'nca yapılır, hükmüne yer verilmiştir.

27 Mayıs 2004 tarihinde kabul edilen 5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun ile bu konuda yeniden düzenleme yapılmıştır. Yasanın 3. maddesinde tanımlara yer

verilmiştir. Bakanlık olarak Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, denetim ise; bakanlık tarafından gıda kontrol hizmetlerinin yürütülmesi ve/veya doğrulanması için yapılan işlemleri, Gayri sıhhi müessese: çevresinde bulunanlara fiziki, ruhi ve sosyal yönlerden az veya çok zarar veren veya vermesi muhtemel olan ve doğal kaynakların kirlenmesine neden olabilecek müesseseleri, Gıda kontrolörü/ Gıda denetçisi: Gıda kontrol ve gıda denetim iş ve işlemlerini yerine getirmek üzere ilgili konuda asgari lisans düzeyinde eğitim almış Bakanlık tarafından eğitim verilerek yetkilendirilmiş olan kişilerin tanımı yapılmıştır. Yasanın 23. maddesinde; tüm gıda maddeleri ve gıda ile temas eden madde ve malzemeleri üreten, satan işyerleri ile bu yerlerde üretilen, satılan tüm gıda maddelerinin ve gıda ile temasta bulunan madde ve malzemelerin piyasa gözetimi ve denetimi, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde yapılır. Ancak, halk sağlığını ilgilendiren acil durumlarda gerektiğinde, Sağlık Bakanlığının müdahale hakkı saklıdır.

Gıda maddeleri satış ve toplu tüketim yerlerinin denetimi, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Bakanlığın belirleyeceği usul ve esaslar çerçevesinde ilgili mercilerce yapılır.

Bu Kanunun amaç ve kapsamına uygun olarak; gıda ve gıda ile temas eden madde ve malzemelerin birincil üretim aşaması dahil olmak üzere üretim ve tüketim zincirinin tüm aşamalarında, gıda kontrol ve denetim hizmeti, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi en az lisans düzeyinde eğitim almış personel tarafından yapılır.

Yasanın 26. maddesinde doğal kaynak, doğal maden, içme ve tıbbi suların uygun şekilde ambalajlanması ve satış esaslarının Sağlık Bakanlığınca belirleneceği hüküm altına alınmıştır.

Yasanın 36. maddesi ile 1580 sayılı Belediye Kanununun 15. maddesinin ikinci fıkrasının (28) numaralı bendindeki *"yiyeceği, içeceği ve"*, (61) numaralı bendindeki *"ve hususi teşebbüs tarafından kurulan aynı mahiyetteki tesisleri sağlık ve teknik bakımlarından murakabe etmek"* ibareleri metinden çıkarılmış ve (77) numaralı bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yasanın 37. maddesiyle 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 3. maddesinin birinci fıkrasının (6) numaralı bendindeki **"Gıdalar ile"** ibaresi, 181. maddesinin birinci fıkrasındaki **"Bütün gıda maddeleriyle"** ibaresi, aynı maddenin ikinci fıkrasındaki **"gıda maddeleri ile"** ibaresi, 199 uncu maddesindeki **"Her gıda maddesi ile"** ibaresi ve ek 3 üncü maddesinin birinci fıkrasındaki **"ve 188"** ibaresi ve aynı maddenin son fıkrasındaki **" yenecek ve içilecek şeylere"** ibaresi, 297 inci maddesindeki **"ve 188"** ibaresi metinden çıkarılmış ve **20 inci maddesinin birinci fıkrasının (8) bendi,** ***(Yenilecek içilecek şeylerin murakabesi,.... gıda maddelerinin muayenesine mahsus laboratuvar tesisi)*** numaralı **181. maddesinin son fıkrası, (gıda maddelerinin kaynakta kontrol esasları) 183. maddesinin (1) ve (4) numaralı bentleri (gıda maddelerine karıştırmaya mahsus boyalar)** ile **170., (süt ticareti yapanlar) 171., (sütlerin nevileri, vasıfları ve süt mamullerinin istihsali) 172., (170. maddeye atıfta bulunuyor) 182, (gıda maddesi tanımlanmaktadır.) 184., (sağlığı hafif yada ağır şekilde bozacak gıda satışı yasaktır.) 188., (gıda maddelerine boya karıştırmak yasaktır.), 189., (Gıda maddelerini bozmak ve taklide yarayan maddeleri ithal etmek ve satma) 190., (gıda maddelerinin ambalajları üzerine ürün bilgilerini Türkçe yazmak zorunludur.) 191., (gıda maddelerinin ambalajlandığı, satıldığı yerlerin sağlık koşullarına uygun olması zorunludur.) 192, (denetim ve numune alma) 193. (numune alınan gıdanın, tahlil sonucu alınıncaya kadar satılması ve mühür altına alınması) ve 198. (mezbahalarda et muayenesinin özel kanuna göre yapılacağı)** maddeleri yürürlükten kaldırılmıştır.

Yasanın geçici 4. maddesi ile Sağlık Bakanlığında ***"Çevre Sağlığı Teknisyeni"*** olarak görev yapmakta olan ***"Sağlık Memuru"*** unvanlı kadrolarda görev yapan personelden Sağlık Bakanlığınca belirlenecek **beşyüz adet** personel, kadroları ile birlikte, **en geç altı ay içerisinde, Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devredilir.** İptal edilerek devredilen kadrolarda istihdam edilen personel, başka bir işleme gerek kalmaksızın Tarım ve Köyişleri Bakanlığının kadro cetveline eklenen sağlık memuru kadrolarına atanmış sayılırlar.

5393 sayılı Belediye Yasası ile getirilen düzenlemelerden eskiye göre farklı olan en önemli konu, hizmetlerin özel sektöre devri yolunun neredeyse tüm hizmetler için açılmış olmasıdır. Sağlık hizmetleri de daha hızlı ve kolay bir şekilde özelleştirilebilecektir.

Sağlık hizmeti belediyelerin asli görevi niteliğindedir. Eski belediye yasasında toplum sağlığına ilişkin konular ile sağlık tesisi kurmak, belediyelerin görevleri arasında sayılmıştı.

5393 Sayılı Belediye Kanununun 14/2.maddesine göre, *belediye, mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla; sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebi-*

67. maddede sağlıkla ilgili destek hizmetlerinin, süresi ilk mahalli idareler genel seçimlerini izleyen altıncı ayın sonunu geçmemek üzere ihale yoluyla üçüncü şahıslara gördürülebileceği düzenlenmiştir.

lir. Yani nüfusu ne olursa olsun her belediye hastane, sağlık ocağı vb. sağlıkla ilgili her türlü tesis açabilir. Ancak bu tesislerin işletmesini devredemez, bizzat kendisi işletecektir. Çünkü yetki ve imtiyazlarını düzenleyen 15.maddede sağlıkla ilgili tesisler sayılmamıştır. Dolayısıyla belediyeler hastane, sağlık ocağı vb. sağlıkla ilgili her türlü tesis açıp işletebilir. Acil yardım, kurtarma ve ambulans hizmetlerini ise belediye olarak bizzat yapabilir veya yaptırabilir.

Ayrıca 67.maddede sağlıkla ilgili destek hizmetlerinin, süresi ilk mahallî idareler genel seçimlerini izleyen altıncı ayın sonunu geçmemek üzere ihale yoluyla üçüncü şahıslara gördürülebileceği düzenlenmiştir. Yani yalnızca acil yardım, kurtarma ve ambulans hizmetleri, yeni belediye yönetiminin göreve başladığı günden itibaren 6.ayın sonuna kadar olan süre ile sınırlı olmak üzere (en fazla yaklaşık 5,5 yıl) ihale yolu ile üçüncü şahıslara gördürülebilir.

Belediyenin yetkileri ve imtiyazlarını düzenleyen 15.maddeye göre de belediye,

- *Belde sakinlerinin mahallî müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla her türlü faaliyet ve girişimde bulunabilir. Katı atıkların toplanması, taşınması, ayrıştırılması, geri kazanımı, ortadan kaldırılması ve depolanması ile ilgili bütün hizmetleri yapmak ve yaptırmak.*
- *Gayrisıhhî müesseseler ile umuma açık istirahat ve eğlence yerlerini ruhsatlandırmak ve denetlemek,*
- *Beldede ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi ve kayıt altına alınması amacıyla izinsiz satış yapan seyyar satıcıları faaliyetten men etmek. izinsiz satış yapan seyyar satıcıların faaliyetten men edilmesi sonucu, cezası ödenmeyerek iki gün içinde geri alınmayan gıda maddelerini gıda bankalarına. cezası ödenmeyerek otuz gün içinde geri alınmayan gıda dışı malları yoksullara vermek,*
- *Gayrisıhhî işyerlerini, eğlence yerlerini, halk sağlığına ve çevreye etkisi olan diğer işyerlerini kentin belirli yerlerinde toplamak;*
- *İl sınırları içinde büyükşehir belediyeleri, belediye ve mücavir alan sınırları içinde il belediyeleri ile nüfusu 10.000' i geçen belediyeler, meclis kararıyla;, sağlık kurumlarının su, termal su, kanalizasyon, doğal gaz, yol ve aydınlatma gibi alt yapı çalışmalarını faiz almaksızın on yıla kadar geri ödemeli veya ücretsiz olarak yapabilir veya yaptırabilir, bunun karşılığında yapılan tesislere ortak olabilir; sağlık, ... geliştirecek projelere İçişleri Bakanlığının onayı ile ücretsiz veya düşük bir bedelle amacı dışında kullanılmamak kaydıyla arsa tahsis edebilir.*
- *Belediyede belediye meclisinin, belediyeye bağlı kuruluşlarda yetkili organın kararı ve sağlıkla ilgili destek hizmetleri ile ilgili işler, süresi ilk mahallî idareler genel seçimlerini izleyen altıncı ayın sonunu geçmemek üzere ihale yoluyla üçüncü şahıslara gördürülebilir.*
- *Belediye; sağlık, eğitim, çevreye yönelik hizmetlerin yapılmasında beldede dayanışma ve katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla*

gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygular.

5216 sayılı Büyükşehir Belediye Yasasının 7. maddesinde Büyükşehir belediyesinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında aşağıdaki hususlar yer almaktadır.

- *Gıda ile ilgili olanlar dâhil birinci sınıf gayrisıhhî müesseseleri ruhsatlandırmak ve denetlemek.*
- *Yiyecek ve içecek maddelerinin tahlillerini yapmak üzere laboratuvarlar kurmak ve işletmek. Gerektiğinde sağlık, hizmetleri ile ilgili bina ve tesislerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlamak.*
- *Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri kurmak, işletmek veya işlettirmek,*
- *İl sınırları içinde büyükşehir belediyeleri, belediye ve mücavir alan sınırları içinde il belediyeleri ile nüfusu 10.000'i geçen belediyeler, meclis kararıyla; sağlık, kurumlarının su, termal su, kanalizasyon, doğal gaz, yol ve aydınlatma gibi alt yapı çalışmalarını faiz almaksızın on yıla kadar geri ödemeli veya ücretsiz olarak yapabilir veya yaptırabilir, bunun karşılığında yapılan tesislere ortak olabilir; sağlıkla ilgili projelere İçişleri Bakanlığının onayı ile ücretsiz veya düşük bir bedelle amacı dışında kullanılmamak kaydıyla arsa tahsis edebilir.*
- *Sürdürülebilir kalkınma ilkesine uygun olarak çevrenin, tarım alanlarının ve su havzalarının korunmasını sağlamak;*
- *Gayrisıhhî işyerlerini, eğlence yerlerini, halk sağlığına ve çevreye etkisi olan diğer işyerlerini kentin belirli yerlerinde toplamak;*
- *İnşaat malzemeleri, hurda depolama alanları ve satış yerlerini, hafriyat toprağı, moloz, kum ve çakıl depolama alanlarını, odun ve kömür satış ve depolarını sahalarını belirlemek, bunların taşınmasında çevre kirliliğine meydan vermeyecek tedbirler almak;*
- *Büyükşehir katı atık yönetim plânını yapmak, yaptırmak; katı atıkların kaynakta toplanması ve aktarma istasyonuna kadar taşınması hariç katı atıkların ve hafriyatın yeniden değerlendirilmesi, depolanması ve bertaraf edilmesine ilişkin hizmetleri yerine getirmek, bu amaçla tesisler kurmak, kurdurmak, işletmek veya işlettirmek;*
- *Sanayi ve tıbbî atıklara ilişkin hizmetleri yürütmek, bunun için gerekli tesisleri kurmak, kurdurmak, işletmek veya işlettirmek; deniz araçlarının atıklarını toplamak, toplatmak, arıtmak ve bununla ilgili gerekli düzenlemeleri yapmak.*

Büyükşehir belediye meclisi üyeleri arasından seçilecek en az beş, en çok dokuz kişiden oluşan çevre ve sağlık komisyonunun kurulması zorunludur.

İlçe ve ilk kademe belediyelerinin görev ve yetkileri arasında da sağlık tesis ve binalarının yapım, bakım ve onarımı ile geliştirilmesine ilişkin hizmetler yapmak sayılmıştır. Yani, büyükşehir içerisindeki ilçe ve ilk kademe belediyelerinin, sağlığa ilişkin belediye yasasında sayılmış olan diğer yetki ve görevleri bulunmamaktadır.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 4.maddesi, hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenlerin, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebileceğini düzenlemiştir.

5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanununun 7/1-j bendinde; *"Gıda ile ilgili olanlar dahil birinci sınıf gayrı sıhhi müesseseleri ruhsatlandırmak ve denetlemek..."* görevi büyükşehir belediyelerine verilmiş iken, aynı Kanunun 7/2-c bendindeki; *"Sıhhi işyerlerini, 2 inci ve 3 üncü sınıf gayrı sıhhi müesseseleri, umuma açık istirahat ve eğlence yerlerini ruhsatlandırmak ve denetlemek..."* görevi ise ilçe ve ilk kademe belediyelerinin görev ve yetkileri arasında sayılmıştır.

5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 15/l bendine göre; *"Gayrı sıhhi müesseseler ile umuma açık istirahat ve eğlence yerlerini ruhsatlandırmak ve denetlemek"* görevi belediyenin yetkileri ve imtiyazları arasında sayılmıştır.

Aynı Yasa'nın 15 inci maddesinin 2 inci paragrafı-

da; *"(l) bendinde belirtilen gayrı sıhhi müesseselerden birinci sınıf olanların ruhsatlandırılması ve denetlenmesi büyükşehir ve il merkezi dışındaki yerlerde il özel idaresi tarafından yapılır."* hükmüne yer verilmiştir.

5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'nun 7/(g) bendinde; *" belediye sınırları dışındaki gayrı sıhhi müesseseler ile umuma açık istirahat ve eğlence yerlerine ruhsat vermek ve denetlemek"* İl özel idaresinin yetki ve imtiyazları arasında sayılmıştır.

4562 Sayılı Organize Sanayi Bölgeleri Kanununun, 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 85 inci maddesinin (h) bendi ile değişik 4 üncü maddesinin 6 ncı fıkrası uyarınca; *"Yürürlüğe giren mevzi imar planına göre arazi kullanımı, yapı ve tesislerin projelendirilmesi, inşası ve kullanımıyla ilgili ruhsat ve izinler ile işyeri açma ve çalışma ruhsatları OSB tarafından verilir ve denetlenir. İşyeri açma ve çalışma ruhsatının verilmesi sırasında işyeri açma ve çalışma ruhsatına ilişkin harçlar, OSB tarafından tahsil edilerek ilgili belediye veya il özel idaresi hesabına yatırılır."* hükmü yer almaktadır.

2559 sayılı Polis Vazife ve Selahiyat Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun[1], 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu[2], 3572 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulüne Dair Kanun[3], 4562 Sayılı Organize Sanayi Bölgeleri Kanunu[4], 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu [5] ile 5393 sayılı Belediye Kanununa[6] dayanılarak hazırlanan İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik[7] Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiş bulunmaktadır. Anılan Yönetmelik, işyeri açma ve çalışma ruhsatlarının verilmesinde uygulanacak esas ve usulleri düzenlemekte, ayrıca sıhhi (sağlıklı) ve sıhhi olmayan (gayrı sıhhi) müesseseler ile umuma açık, dinlenme ve eğlence yerlerinin ruhsatlandırılması, denetlenmesine dair iş ve işlemlerinin hangi merciler tarafından ve ne şekilde yürütüleceğini kapsamaktadır.

2005/9207 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Yönetmelik; hem sıhhi işyerlerini hem de 1 inci, 2 inci ve 3 üncü sınıf işyerlerini ve işletmeleri kapsamaktadır. Oysa 10 Ağustos 2005 tarihinden önce yürürlükte bulunan İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Yönetmelik, yalnızca sıhhi işyerlerini, 26 Eylül 1995 tarihli ve 22416 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Gayrı Sıhhi Müesseseler Yönetmeliği ise sadece gayrı sıhhi müesseseleri kapsadığı halde, 2005/9207 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Yönetmelik; hem sıhhi işyerlerini hem de 1 inci, 2 inci ve 3 üncü sınıf işyerleri ve işletmeler ile umuma açık eğlence yerlerini kapsamaktadır.

BELEDİYELERDE NORM KADRO UYGULAMASI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE NORM

Belediye Yasasının 48. maddesinde; Belediye teşkilâtının, norm kadroya uygun olarak yazı işleri, malî hizmetler, fen işleri ve zabıta birimlerinden oluşacağı belirtilmiştir.

Beldenin nüfusu, fizikî ve coğrafî yapısı, ekonomik, sosyal ve kültürel özellikleri ile gelişme potansiyeli dikkate alınarak, norm kadro ilke ve standartlarına uygun olarak gerektiğinde ***sağlık,*** itfaiye, imar, insan kaynakları, hukuk işleri ve ihtiyaca göre diğer birimler oluşturulabilir. Bu birimlerin kurulması, kaldırılması veya birleştirilmesi belediye meclisinin kararıyla kesinlik kazanmaktadır.

Aynı Yasa'nın 49. maddesinde ise norm kadro ilke ve standartları İçişleri Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı tarafından müştereken belirleneceği belirtilmiş, belediyenin ve bağlı kuruluşlarının norm kadroları, bu ilke ve standartlar çerçevesinde belediye meclisi kararıyla belirlenir hükmüne yer verilmiştir.

Belediye ve bağlı kuruluşlarında, norm kadroya uygun olarak ***çevre, sağlık, veterinerlik,*** teknik, hukuk, ekonomi, bilişim ve iletişim, plânlama, araştırma ve geliştirme, eğitim ve danışmanlık alanlarında avukat, mimar, mühendis, şehir ve bölge plâncısı, çözümleyici ve programcı, ***tabip, uzman tabip, ebe, hemşire, veteriner, kimyager,*** teknisyen ve tekniker gibi uzman ve teknik personel yıllık sözleşme ile çalıştırılabilir. Sözleşmeli personel eliyle yürütülen hizmetlere ilişkin boş kadrolara ayrıca atama yapılamaz. Avukat, mimar, mühendis (inşaat mühendisi ve harita mühendisi olmak kaydıyla) ve ***veteriner*** kadrosu bulunmayan veya işlerin azlığı nedeniyle bu unvanlarda kadrolu personel istihdamına ihtiyaç duyulmayan belediyelerde, bu hizmetlerin yürütülmesi amacıyla, haftanın ya da ayın belirli gün veya saatlerinde kısmi zamanlı olarak sözleşme ile personel çalıştırılabilir. Kısmi zamanlı olarak çalıştırılacak personel sayısı yukarıda belirtilen her unvan için birden fazla olamaz ve bunlarla yapılacak sözleşme süresi takvim yılını aşamaz. Bunlara ödenecek net ücret, aynı unvanlı kadroların birinci de-

recesinin birinci kademesi için yapılması gereken bütün ödemeler toplamının net tutarının yarısını geçmemek ve çalıştırılacak süre ile orantılı olmak üzere belediye meclisi kararı ile tespit edilir. Bu fıkra uyarınca sözleşmeli personel olarak çalıştırılanlar için iş sonu tazminatı ödenmez ve işsizlik sigortası primi yatırılmaz. Bunlardan yaptıkları başka işler sebebiyle herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna tâbi olanlar için sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası primi yatırılmaz ve aynı kişi birden fazla belediye veya bağlı kuruluşta çalıştırılamaz.

Belediyeler ve bağlı kuruluşları ile mahalli idare birliklerinde çalışan memur ve sürekli işçi statüsündeki personeli kapsayan **"Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esaslar"** 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 49. maddesi, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun 21. ve 28. maddeleri ile 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu'nun 17 ve 22. maddelerine dayanılarak düzenlenmiş olup, yürürlüğe konması Bakanlar Kurulu'nun 29.11.2005 tarih ve 2005/2809 sayılı kararı ile kararlaştırılarak, 22 Nisan 2006 tarih ve 26147 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yayımı tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Yukarıda ki paragrafta bir hususa dikkatinizi çekmek istiyorum. Esaslar, Bakanlar Kurulunca 29 Kasım 2005 tarihinde kararlaştırılmış olmasına rağmen, her nedense yaklaşık 5 ay sonra Resmi Gazete' de yayımlanmıştır.

Ancak, Danıştay 5. Dairesinin 08.11.2006 tarih ve 2006/3751 sayılı kararı ile 22.4.2006 tarih ve 26147 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2006/9809 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli idare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına ilişkin Esasların yetki yönünden hukuka aykırı olması nedeniyle yürütmesinin durdurulmasına, ...oyçokluğu ile karar verilmiştir.

Bunun üzerine İçişleri Bakanlığı konuya ilişkin olarak yeni bir düzenleme yapmak durumunda kalmıştır. Bu düzenleme ise **"Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına Dair Yönetmelik** olup, anılan Yönetmelik 22 Şubat 2007 tarih ve 26422 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiş, dolayısıyla yürütümünün durdurulmasına karar verilen 22 Nisan 2006 tarihinde yayımlanan **"Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esaslar"** hükümsüz kalmıştır.

Yönetmeliğin; "Sözleşmeli Personel" başlıklı 21. maddenin 1. fıkrası, belediye ve bağlı kuruluşlarında, norm kadroya uygun olarak 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 49. maddesinin 3. fıkrasında sayılan unvanlara ***(tabip, uzman tabip, veteriner,*** avukat, mühendis, çözümleyici ve programcı, mimar, ***ebe, hemşire,*** teknisyen, tekniker gibi) nitelikli personelin yıllık sözleşme ile çalıştırılmasına olanak tanımaktadır. Yine 1. fıkrada, sözleşmeli personel eliyle yürütülen hizmetlere ilişkin boş kadrolara atama yapılamayacağı, 21. madde 2. fıkra hükmüne göre çalıştırılacak personel için İçişleri Bakanlığı'nın unvanlar itibarıyla sınırlama getirebileceği hükme bağlanmıştır.

Danıştay 5. Dairesince Yürürlüğü Durdurulan Esaslara ekli cetveller incelendiğinde; Büyükşehir İlçe ve ilk kademe belediyeleri hariç olmak üzere ***nüfusu; 20.000' in altında bulunan ilçe ve belde belediyelerine sağlık personeli öngörülmediği halde,*** 22 Şubat 2007 tarih ve 26422 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına Dair Yönetmelikte; ***nüfusu; 20.000' in altında bulunan ilçe ve belde belediyelerine en az 1, en çok 2 sağlık personeli öngörülmüştür.***

Gerek yürürlüğü durdurulan (eski) Esaslarda ve Gerekse 22 Nisan 2007 tarihli Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına Dair Yönetmelikte; Büyükşehir Belediyeleri başta olmak üzere; İl, Büyükşehir İlçe ve ilk kademe belediyeleri ile İlçe belediyelerinde ***Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, Sağlık İşleri Müdürlüğü*** şeklinde bir ***sağlık biriminin ku-***

Danıştay 5. Dairesince Yürürlüğü Durdurulan Esaslara ekli cetveller incelendiğinde; Büyükşehir İlçe ve ilk kademe belediyeleri hariç olmak üzere nüfusu; 20.000' in altında bulunan ilçe ve belde belediyelerine sağlık personeli öngörülmediği halde, 22 Şubat 2007 tarih ve 26422 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına Dair Yönetmelikte; nüfusu; 20.000' in altında bulunan ilçe ve belde belediyelerine en az 1, en çok 2 sağlık personeli öngörülmüştür.

Sağlık hizmeti devletin asli ve temel görevidir. Daha önce yürürlükte bulunan yerel yönetim yasaları da belediyeleri bu asli görevi yapabilecek yetkilerle donatmıştı. Ancak, yerel yönetimler bu hizmeti doğrudan kendileri yapabiliyordu. Son dönemde yürürlüğe giren yerel yönetim yasaları ile daha önceden kamu gücü kullanılarak, kamu tarafından sunulan bazı hizmetlerin de özel teşebbüs eliyle yerine getirilmesi, gördürülmesi, yaptırılması veya işletilmesine olanak sağlanmıştır.

rulması zorunlu değildir. *Sağlık İşleri Daire Başkanlığı* veya *Sağlık İşleri Müdürlüğü* biriminin kurulması tamamen ilgili belediye meclisinin tasarrufundadır.

"Sağlık Personeli" başlıklı 16. maddesinde; *"norm kadro standartları cetvelinde belirlenmiş personel sayısının yetersiz kalması durumunda Yönetmeliğin yayımı tarihinde hastanesi bulunan ya da bu tarihten sonra hastane açan belediyelerin 26.10.1994 tarihli ve 22093 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği"nde yatak sayısı itibarıyla öngörülen kadro sayısını aşmamak üzere ihdas edilecek kadrolarını belediyenin personel kadrosuna eklemesini..."* öngörmektedir.

Yönetmeliğin 19. maddesinde; *"Memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi zorunlu olmayan hizmetlerin hizmet satın alma yoluyla karşılanması esastır.*

Hizmetlerin yürütülmesinde; kaynakların etkili ve verimli kullanılması, hizmet kalitesi ve miktarından ödün verilmeden maliyetlerin düşürülmesi, bürokrasi ve kırtasiyeciliğin azaltılması ile hizmetlerin vatandaş odaklı sunulması ilkelerine uyulur." hükmüne yer verilmiştir.

2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 128. maddesinde: *"Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür. Memurların ve diğer kamu görevlilerinin niteliklerî, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenleneceği..."* belirtilmiştir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/A maddesinde; Memurun tanımı yapılmıştır. Buna göre; *"Mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler, bu Kanunun uygulanmasında memur sayılır."* hükmüne yer verilmiştir.

Aynı Yasanın 36. maddesinde tesis edilen hizmet sınıfları sayılmış, III fıkrasında; Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri sınıfında; hangi kariyere ve hangi formasyona sahip memurların yer alacağı belirtilmiştir.

Buna göre; sağlık hizmetleri, devletin asli ve temel görevidir. Asli ve sürekli kamu hizmetleri ise memurlar eliyle yürütülür. Temel sağlık hizmetlerinin; sözleşmeli personel eliyle yürütülmesi Anayasa'ya ve yasalara aykırıdır.

SONUÇ

Sağlık hizmeti devletin asli ve temel görevidir. Daha önce yürürlükte bulunan yerel yönetim yasaları da belediyeleri bu asli görevi yapabilecek yetkilerle donatmıştı. Ancak, yerel yönetimler bu hizmeti doğrudan kendileri yapabiliyordu. Son dönemde yürürlüğe giren yerel yönetim yasaları ile daha önceden kamu gücü kullanılarak, kamu tarafından sunulan bazı hizmetlerin de özel teşebbüs eliyle yerine getirilmesi, gördürülmesi, yaptırılması veya işletilmesine olanak sağlanmıştır.

DİPNOTLAR

[1] Bu Kanun, 01Aralık 2004 tarih ve 25657 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

[2] 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 23 Temmuz 2004 tarih ve 25531 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanmış, Kanunun 23/b maddesi hariç diğer hükümleri yayımı tarihinde yürürlüğe girmiştir.

[3] 3572 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulüne Dair Kanun, 17 Haziran 1989 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanarak, yayımı tarihinde yürürlüğe girmiştir.

[4] 4562 Sayılı Organize Sanayi Bölgeleri Kanunu 15.04.2000 tarih ve 24021 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

[5] 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 04 Mart 2005 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanarak, yayımı tarihinde yürürlüğe girmiştir.

[6] Bu Kanun, 13 Temmuz 2005 tarih ve 25873 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanmış ve yayımı tarihinde yürürlüğe girmiştir.

[7] İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik 10 Ağustos 2005 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanarak, yayımı tarihinde yürürlüğe girmiştir.

KENT VE SAĞLIK SEMPOZYUMLARI

Nilüfer Belediyesi ve Uludağ Üniversitesi, yine işbirliği halinde bir ilke imza atarak sağlıklı bir çevrede yaşamak temalı ve uluslar arası katılımlı **Kent ve Sağlık Sempozyumu'nun** ilkini 7–8–9 Haziran 2006 tarihlerinde gerçekleştirdi. Sempozyum adından da anlaşılacağı üzere insanların çoğunluğunun bir arada yaşadığı ve paylaştığı kentlerde, sağlığın doğrudan ya da dolaylı tüm etkileyenlerinin ortaya çıkarılması, paylaşılması, tartıştırılması ve geleceğe dair çözümler üretilmesi hedeflenerek düzenlenmiştir.

Sempozyum konuları kent ve toplum, kentlerin çevre sorunları, kent ve sağlık hizmetleri ile kent ve planlama olmak üzere dört ana tema altında toplanmıştır.

Üç gün süreli, eş zamanlı iki ayrı salonda düzenlenen ve 36 oturumla gerçekleştirilen sempozyumda 83'ü sözel, 72'si poster olmak üzere 155 bildiri sunulmuştur. 77 davetli konuşmacı konuğun bilgi ve deneyimlerini paylaşmasının yanında 70'i Bursa'dan, 144'ü Bursa dışından, 63'ü Nilüfer belediyesi ve Uludağ Üniversitesi olmak üzere kayıtlı toplam 354 katılımcı sempozyumda bulunmuştur.

Oldukça yoğun geçen üç günün ardından geride kalan, sempozyumun farklı disiplinleri bir araya getirebilme, tartıştırıp, çözümler üretebilme başarısını göstermiş olduğu idi. Üç günün sonunda bütüncül bir bakış açısının oluşturulduğu, ortak bir dil yaratılabildiği görülmektedir. Ortaya çıkan sonuç, kent bir bütün olarak, tüm bileşenleri ile dönüştüğü ölçüde sağlıklı insan ve sağlıklı kentlerden söz edilebileceğidir.

Sempozyumun son oturumunda Sağlıklı Kent Planlama konusu irdelenmiş ve üç günün gözlemleri üzerinden bir sonuca varılmaya çalışılarak sonun başlangıcı kurgulanmıştır. Alınan olumlu tepkiler sonucunda gelinen nokta, bu sempozyumun bir geneli ve bütünü yansıttığı ve bundan sonra daha spesifik konular çerçevesinde bu etkinliklerin geleneksel hale getirilebileceğinin düşünülmesi ve 2007 yılında **II. Kent ve Sağlık Sempozyumu'nun** düzenlenmesine karar verilmesi oldu.

II. Kent Planlama Sempozyumu yine uluslar arası katılımlı olarak Sağlıklı Kent Planlama teması ile 7 ve 8 Haziran tarihlerinde iki gün süreli olarak gerçekleştirilecektir. Sempozyum Sağlıklı Kent Planlama açısından sosyal ve ekonomik bileşenler, fiziksel ve çevresel bileşenler, hukuksal ve siyasal boyut ve sağlığın tartışılması üzerine kurulacak bir çatıdan oluşmaktadır. Bu çatı altında uluslar arası ve ulusal ölçekte örnekler de sempozyumda yer alarak teorik boyuta pratik anlamda destek sağlanması hedeflenmektedir.

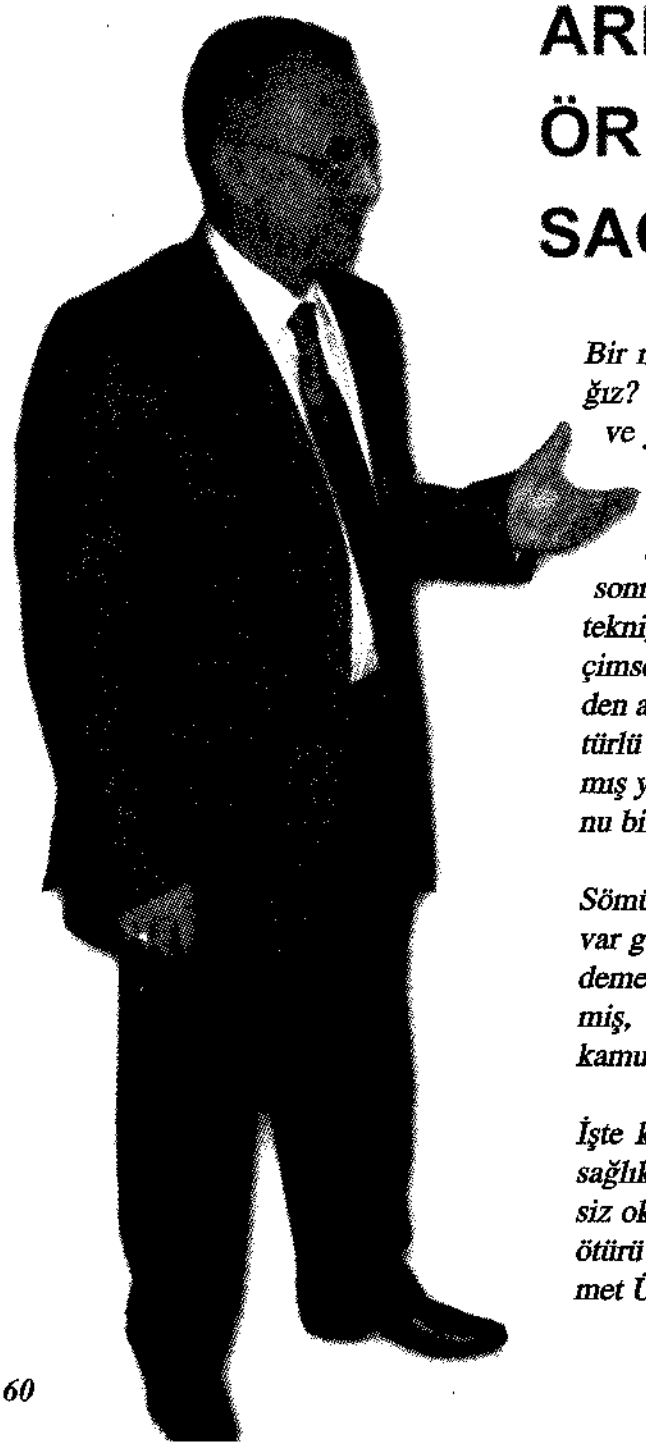
Sağlıklı kent planlama kavramının tartışılmasındaki hedef, geleceğin ancak sağlıklı kent planlama aracı ile düzen altına alınması sonucunda yaşanılabilir olacağı, sağlıklı kent planlamanın hangi koşulların oluşması ile uygulanabileceği ve sağlıklı kentlerin yaratılmasında oynayacağı etkinin saptanabilmesidir.

Sempozyuma ilgisinin çekilmesi düşünülen hedef kitle, en başta kent plancıları olmak üzere, halk sağlığı uzmanları, sosyologlar, mimarlar, kent bilimciler, kent yöneticileri, sivil toplum örgütleri ve tüm kentliler yani kentleri dönüştüren insanlardır.

Röportaj: Tekin AVANER

Konusu Sağlık, Mekânı Yerel Yönetimler Olan Dönüşüm Politikası:

ARMUTALAN ÖRNEĞİNDE YEREL SAĞLIK HİZMETLERİ



Bir nefes kamucu yerel sağlık çekemez mi olacağız? Gidişat böyle üzücü de olsa. Küresel, bölgesel ve yerel, özelleştiriyorlar, serbestleştiriyor, yerelleştiriyorlar. Sacayaklar çalışıyor. Bu taraf hareketsiz, yalnızca seyrediyor. Her olumsuzluk berinin sırtında, kamburlaştırmışlar, sonra gel kamburunu alacağız diyorlar. Kafa-kol tekniği sıradan zira eski, ama yöntem ve kurallar biçimsel olarak değişse de amaç ve sonuç aynı. Neden acaba? Oysa asırlar var gerisinde sahnenin. Bir türlü çözemiyoruz. Koruyucu hekimi ya hiç olmamış ya da hekime pek fırsat tanınmamış, yalnız bunu biliyoruz.

Sömürün ve semirin içeriden ve dışarıdan, hem de var gücünüzle, tıksırıncaya kadar. Burada buyurun demeyenlerin de var olduğunu bilin ancak. Yerelmiş, bölgesel, ulusalmış, eğitim, sağlıkmış, hepsi kamunun olacak...

İşte konusu sağlık, mekânı yerel yönetimler olan sağlıkta dönüşüm politikasını Armutalan örneğinde siz okurlarımızın dikkatine sunuyoruz. İlgilerinden ötürü Armutalan Belediye Başkanı Sayın Muhammet Ünlü'ye teşekkür ediyoruz.

Muhammet ÜNLÜ; 1951 Marmaris doğumlu, ilk ve orta öğrenimini Marmaris'te tamamladı. 1969 yılında Muğla Sağlık Kolejini bitirdi. 14 yıl sağlık memurluğu yaptıktan sonra 1983 yılında görevinden ayrılarak, 21 yıldan beri turizm sektöründe, kendi aile işletmesinde yönetici olarak çalışmaktayken 28 Mart 2004 yerel seçimlerinde Arnıutalan Belediye Başkanı oldu. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Belediyelerin sağlık açısından en önemli görevleri çevre sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri alanlarındadır.

MM: Sayın Ünlü belediyelerin sağlık hizmetleri ile ilgili görevleri hakkında bilgi verir misiniz?

Belediyelerin sağlık hizmetleri ile ilgili görevleri 1580 Sayılı Belediye Kanununun 15. maddesinde açık bir şekilde "belde halkının sağlık, esenlik ve refahını sağlamaktır" diye tanımlanmıştır. Belediyelerin sağlık açısından en önemli görevleri çevre sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri alanlarındadır.

Düzgün, temiz, sağlıklı çevrenin oluşması, hem çevre sağlığı açısından hem de sosyal yaşantı açısından önemlidir. Üstelik sağlıklı bir çevrede yaşamak insanların ruhsal yapılarını sağlıklı kılacak ve dolayısıyla hastalanma oranı daha da azalacaktır. Belediyeler açısından bu tür çalışmalar genel olarak yenilecek, içilecek ve halkın sağlığına ilişkin kullanılacak şeylerle ilgili yerlerin özel kanun, tüzük veya yönetmeliklerle denetlenmeleri ile sağlanabilecektir. Bu denetimler için 6 Kasım 1960 tarihinde yürürlüğe giren 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununa ve günün koşullarına uygun olarak düzenlenecek bir Sağlık Zabıtası yönetmeliğinin hazırlanması uygun olacaktır.

Belediyelerin sağlık alanında yükümlü oldukları görevlerin başında; halkın genel sağlığı açısından, lokanta, gazino, çayhane, aşçı dükkânı, büfe, hamam, sıhhi banyo, umumi tuvalet, suların temizliği, gıda maddeleri üreten ve satan yerler, mezbahalar vb. yerlerin temizliğini ve sağlık şartlarına uygunluğunu denetlemek ve sağlamak gelmektedir.

Gıdaların üretimi, tüketimi ve denetlenmesi, yenilecek, içilecek ve halkın sağlığına ilişkin olarak kullanılacak şeyler ve yerlerin denetim görevi belediyelere verilmiş ise de bu alandaki ana görev, yetki ve sorumluluk Tarım ve Köyişleri Bakanlığına aktarılmıştır.

Bunun yanında katı atıkların bertaraf edilmesi, ayrıştırılması, kanalizasyon hizmetlerinin yapılması, temiz suyun halkımıza verilmesi, sağlıklı mezbaha hizmetlerinin görülmesi gibi hizmetler de bu kapsamda sayılabilir.

Sağlık alanında uygulanmak istenilen projeler halkımızın sosyal yaşamı, eğitim ve kültür düzeyi ile uyumlu olmalıdır.

MM: Yerel yönetimler alanındaki yeni yasal düzenlemeler belediyelerin sağlık hizmetleri konularında ne tür değişiklikler getirdi?

5393 sayılı yasayla "Belediyeler sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir" denmektedir. Yeni yasayla özellikle çevre sağlığı ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi öne çıkmıştır.

MM: Ülkenin gündemini işgal eden bir diğer konu sağlıkta dönüşüm projesi. Bu proje hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu bağlamda sağlık ocaklarının kapatılması kararını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sağlık alanında uygulanmak istenilen projeler halkımızın sosyal yaşamı, eğitim ve kültür düzeyi ile uyumlu olmalıdır.

Sağlıkta dönüşüm projesinin uygun olmadığını düşünüyorum. Özellikle yurt dışından doktor getirilmesi ile sıkıntıların daha da artacağını düşünüyorum. Bir kere toplum yapımıza uymayacak bir projedir. Bu gelecek kişiler neden bizim ülkemize geliyorlar? Kendi ülkelerinde imkânları daha fazla ve gelir düzeyleri bize göre daha yüksek. Demek ki bunlar konularında yetersiz.

Bu uygulamaya neden gerek duyuldu? Her yıl ülkemizde Tıp Fakültelerinden yüzlerce doktor mezun oluyor. Sayıca bir sıkıntımız olmadığını düşünüyorum. Şayet mesleki yeterlilik konusunda sıkıntımız varsa bu eksikliğin giderilmesi için çalışmalar yapılmalı. Bilgi ve pratiğin arttırılması için olanaklar yaratılmalı. Bizim insanlarımızın yurtdışında çalıştıkları yerlerdeki başarılarını görüyoruz. Şayet bu kişiler imkânsızlık nedeniyle yurt dışına gidiyorlarsa çalışma koşullarındaki olanakları arttırmalıyız.

Sağlık Ocakları 224 Sayılı Sosyalizasyon Yasasıyla kurularak uygulamaya konulmuştur. Çok yerinde ve doğru düşünülerek hazırlanan bir yasa olduğunu düşünüyorum. Biliyorsunuz iki tür sağlık hizmeti vardır. Bunlar; 1. Koruyucu Sağlık Hizmeti, 2. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti.

Koruyucu sağlık hizmetindeki amaç; vatandaşlarımızın hasta olmadan yaşamını devam ettirmesidir. Daha ucuz bir hizmettir. Devletin görevi de halkımızın sağlığını korumaktır. İşte Sağlık Ocakları da bu amaçla düşünülmüş ve uygulamaya konulmuştur.

Sağlık Ocakları konusunda şunları söylemek mümkün; 2–3 köy hesabıyla Sağlık Evleri oluşturulmuş ayrıca coğrafi yapıya göre 2–3 Sağlık Evinin bağlı olduğu Sağlık Ocakları düşünülmüştür. Bu kuruluşlarda hem annelerin, hem de çocukların sağlığının korunması asıl amaçtır. Basit hastalıklar buralarda gerekli işlemi gördükten sonra ihtisası ve mütehassısı gerektiren hastalar için de bölge hastaneleri düşünülmüştür.

Bu şekilde elenerek hastanelere gelen hastalara tedavi edici hekimlik hizmeti verilerek tedavi edilmektedir. Tedavi edici hekimlik masraflı ve maliyeti devletimize daha fazla olmaktadır.

Sağlık Ocakları uygulamadan kaldırıldığında bütün hastalar hastaneye gelecekler ve gerçekten ilgilenilmesi gereken ve zaman ayrılması gereken hastalara gereken ilgi gösterilemeyeceği için hastalar beklemek zorunda kalacaklar, belki de tedavi olma olanakları yok olup gidecektir.

MM: Gittikçe yaygınlaşan bir eğilim sonucunda sağlık hizmetlerinin piyasalaştı-

Röportaj: Tekin AVANER

SAĞLIKLI KENT VE SAĞLIK HİZMETİ: Yerel Sağlıkta Neler Oluyor?

Bir tür reform fetişizmi içinde yuvarlanıp gidiyoruz. Bu fetişizm histerik ve totaliter eğilimlerle yüklü görünüyor. Debelenenler sayıca çok olduğu gibi kürsünü dolduranlar da epey fazla. Bir tür hay huy içindeyiz. Uğultu kulaklarımızı sağır etmişti ya bize sunulan aydınlık da gözlerimizi kör etmiş besbelli. Nedir, kimdir, nasıl ya da neler oluyor, ne olacak diye soramadığımız gibi bunları düşünemez de olduk. N'olcek memleketin hali önemli bir soruymuş, şimdilerde önemini keşfediyorum. Memleketin bilumum çayhanelerinde, kahvehanelerinde hükümet indirilip-bindirilirdi ya ben de ona yetiştim. Dalga geçilip, eğlenir olunmuştu bu durumla. Hay köftehorlar diyorum şimdi. Ne büyük kumpas varmış işin içinde. Bugünse birileri bizim adımıza siz şunu bunu yapın diyor, biz de onu bunu yapıyoruz. Yuvarlanıp gidiyoruz işte, kötüye bir şey olmaz, iyileri de torpilli olan bir süreç yaşıyoruz.

Yerel sağlık konusu ne mi olacak? Çok şeyin olduğu belli. Daha da olacak. Gerekirse işitme ve görme aparatları yardımına başvurup şimdi ona bakalım, ne dersiniz? Bu söyleşide özellikle otuz dört yıl öncesinde yerel yönetimler sağlık alanında meslek hayatına atılmış, bu konuda engin deneyimi olan bir yerel yönetimler çalışanı ile, Hilman Yakut'la, konuyu ele almak istedik. Bu uzun süreci kendi yaşadıklarıyla destekleyerek bir çözümleme yapmasını ve bunları bize aktarmasını bekledik. Kendisi bizi kırmadı ve deneyimlerini ve değerlendirmelerini bizimle paylaştı. Kendisine teşekkür ediyoruz.

Sağlıklı kent denilince akla gelen; insanların sosyal, ekonomik ve kültürel olarak iyi halde, huzurlu, mutlu ve güvenli yaşamaları için oluşturulmuş yerleşim ve yaşam alanlarıdır.

MM: Efendim Hilman Yakut kimdir? Bize öncelikle kendinizi tanıtır mısınız?

02.09.1955 tarihinde Yozgat'ın en yeşil ilçesi Çandır'da dünyaya geldim. İlk ve ortaokulu ilçemde, Sağlık Koleji'ni de Çankırı ilinde bitirdim. 1973 yılında Ankara Eğitim Enstitüsünden, 1985 yılında da Gazi Eğitim'in İngilizce bölümünden mezun oldum.

İlk memuriyetim 1973 yılı sonlarında Kayseri Sağlık Müdürlüğü'nde (Bel sağlık ile beraber) Sağlık Memuru olarak başladı. 1975 yılında Ankara ili Bala ilçesinde, Ayaş Hükümet Tabipliğinde çalıştım. 1978 yılında Ankara Belediyesi, ardından da Keçiören Belediyesi'nde çalıştım. 1985 yılında da Altındağ Belediyesi'nde Kontrolör, Ayniyat Saymanı, Müdür Yardımcılıkları ve Müdürlük görevlerinde bulundum.

APK Uzmanı görevinde iken yasaların icap ettirmediği bir şekilde Siirt Belediyesi'nde görevlendirildim. Mahkemeyi kazandım ve ardından Çankaya Belediyesi'ne tayinim oldu. Burada İşletme ve İştirakler Müdürlüğü görevinde iken Norm Kadro ile müdürlüğüm kapatıldı. Halen uzman olarak Hesap İşleri Müdürlüğünde görevli bulunmaktayım. Eşim öğretmen, iki kızım vardır.

MM: Hilman Bey biliyorsunuz sağlık çok önemli bir kavram. Bize sağlık ve kent arasında nasıl bir ilişki kurulabileceğini söyler misiniz? Sağlıklı kent sözünden siz ne anlıyorsunuz?

Sağlıklı kent denilince akla gelen; insanların sosyal, ekonomik ve kültürel olarak iyi halde, huzurlu, mutlu ve güvenli yaşamaları için oluşturulmuş yerleşim ve yaşam alanlarıdır.

Burada bahsedilen kent temiz gıda, temiz su, temiz hava, mekânlar ve topraklarında iş olanakları, her ekonomik bütçeye uygun, öncelikli sağlık ve eğitim verilebilen, çağdaş yaşama hedefli değişim ve dönüşüm yapabilen kenttir.

MM: Şu anda çalıştığınız Belediyenizin sağlık hizmetleri hakkında bilgi verir misiniz?

Belediyemiz birçok alanda sağlık hizmeti sunmaktadır. Genel olarak sağlık hizmeti kapsamında geçmişte olduğu gibi bugün de koruyucu ve tedavi edici hekimlik alanında hizmet sunulmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel yasası 1593 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Yasası"dır. Biliyorsunuz sağlık hizmetleri tek bir elden yürütülür. Burada yetki Sağlık Bakanlığındadır. Yerel yönetimler Sağlık Bakanlığı'nın vesayet denetimi altındadır. Mevzuat belediyelere daha çok koruyucu sağlık hizmetleri alanında görevler yüklemektedir.

Belediyemiz bu anlamda, sağlık hizmetleri kapsamında çeşitli denetimler yapmaktadır. Bu denetimlerde esnaf odaları işbirliği ile gönüllü denetimleri ekip olarak; ziraat mühendisleri, veteriner, iktisatçı, teknik ve sağlık memurları ile birlikte yapmaktadır. Ayrıca ücretsiz işyeri ilaçlamaları, eğitim ve öğretim kurumlarında tamir ve onarımları da yapmaktadır.

Norm Kadro ile veteriner hizmetlerini de bünyesine alarak, bu alanda hayvan koruma barınakları ve ilgili denetimler de vardır. Bu denetimler sürecinde Çevre, Küşat ve Ruhsat müdürlükleri ile işbirliği içerisinde hareket edilmektedir.

Ayrıca tedavi edici hekimlik alanında da kurum içinde ve kurum dışında çeşitli sağlık hizmetleri verilmektedir. Kurum içinde

muayene ve laboratuar üniteleriyle destek sağlanmaktadır. Kurum dışında ise halka, 40'a yaklaşan Sağlık Ocakları ve Merkez Muayene büroları ile sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu hizmetler gün geçtikçe artırılmaya da çalışılmaktadır.

MM: Belediyelerin sağlık hizmetlerinin artırılması, koruyucu sağlık ve tedavi edici sağlık hizmetleri konularındaki düşünceleriniz nelerdir?

Belediyelerde sağlık hizmetlerinin artırılması denilince, hizmetin merkezi yönetim tarafından samimi olarak isteniyor olması gerekir ki öncelikli bu kurumların kurumsallaşması, görevlerinde netliklerin belirlenmesi, nitelikli sağlık personeli akışının sağlanması ve finans kaynaklarının oluşturulması gerekir. Burada belirtmeliyim ki, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri konusunda, yılların deney ve tecrübeleri, birikimi ile verilmeye çalışılan hizmet, karma karışık bir halde Tarım Bakanlığı birimlerine bırakılmıştır. Halen görev karmaşası devam etmektedir.

Yerel sağlık hizmetlerinin ancak yerel sorunların alt yapılarının çözülerek sağlıklı verilebileceği açıktır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri alanında Büyükşehir ve kent belediyelerinin dört dörtlük olmasa da birikimlerinin olduğu ve bunun son düzenlemelerle heder edildiği görülmektedir.

Tedavi edici hekimlik alanı kaliteli sağlık hizmeti için pahalı bir uygulamadır. Alet, edevat ve kaliteli sağlık personeli bakımından Sağlık Bakanlığı bile tökezlerken, ekonomileri iyi olmayan ve kaliteli sağlık personelini barındıramayan belediyelerin bu işe el atmaları gerçekte popülist politikalardandır.

MM: Belediye sağlık örgütlenmesi nasıl olmalıdır? Mevcut durumu nasıl yorumluyorsunuz? Eleştirileriniz ve çözüm önerileriniz nelerdir?

Mevcut durum itibari ile karma karışık bir yapı mevcuttur. Bu durum netleştirilmelidir. Yani şehrin sağlık sorunları ve çözümlerinde belediyelerin bu sorunları sahiplenme durumları, olanakları itibariyle net bir şekilde belirlenmelidir. Bu konular zamanla programlanmalıdır, neyi yapabileceği, neyi yapamayacağı belirlenmelidir.

Belediyeler bu haliyle koruyucu sağlık hizmeti vermelidir. Halk sağlığı uzmanı hekimler görevlendirilmeli, hizmet şehrin durumuna uygun yapılanmalıdır.

Kendi ekip ve ekipmanını kurarak, kendi hizmetini kendisi yapmalı, hizmet satın alınmasından vazgeçmelidir. Belediyelerin, Sağlık Bakanlığı'nın bile çözemediği alanlarda uğraşması hem ekonomisine, hem vatandaşına, hem de hizmette kalitesizliğe sebep olduğundan ve sonuçta kaybettiklerinden buralarda daha dikkatli olmaları gerekir.

MM: Bildiğiniz üzere sağlık hizmetleri temel kamu hizmetidir. Böylesine önemli bir hizmet satın alma yoluyla ve sözleşmeli personel eliyle yürütülebilir mi? Bir de sağlık hizmetlerindeki norm kadro uygulamaları hakkında neler düşünüyorsunuz?

Sağlık hizmeti hiçbir gerekçe ile paralı hale getirilmemelidir. Kamu hizmeti olarak ücretsiz verilmelidir. Ticari kazanç olarak yapılması tam bir insanlık ayıbıdır. Çağdaş ve demokrat olarak belediyeleri alan yönetimler bu konuda farklılıklarını göstermelidirler.

Ulusal ve uluslararası boyutta insanlık deneyim ve birikimlerinde yaşama hakkı önemli bir yere sahiptir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin verilememesi ya da genele yaygınlaştırılamaması gerçekte bir ilkelliktir. Sağlık hizmeti hiçbir gerekçe ile paralı hale getirilmemelidir. Kamu hizmeti olarak ücretsiz verilmelidir. Ticari kazanç olarak yapılması tam bir insanlık ayıbıdır. Çağdaş ve demokrat olarak belediyeleri alan yöne-

timler bu konuda farklılıklarını göstermelidirler.

Norm kadro yönetmeliğinde daraltıcı ve kısıtlayıcı hükümler olarak belirlenmiş personel miktarları, iş analizleri, iş yapanların özlük haklarının yönetmelik içerisinde belirlenememişliği, eski unvanları ile dondurularak atıl durumda bırakılan personel, kamunun zararıdır. Bu haliyle sağlık hizmetleri alanında uygulanmasında kamu yararı olmamaktadır.

MM: Köklü ve engin deneyimleriniz ışığında bize belediye ve sağlık konusunda genel bir değerlendirme yapar mısınız?

Genelde belediyeler kuramsallaşamama sıkıntısını yaşamaktadırlar. Bu da başarısızlığa sebep olmaktadır. Siyasi iradenin 5 yılda bir değişiyor olması ile birlikte yönetici kadroların da değişiyor olması geleneği kurumun zamanla oturmasını gerektirmektedir.

Tecrübe ve birikimle dolmuş kadrolar görevlerden alınarak yeni atamalarla tecrübe ve birikim yaratılması, zaman ve hizmet kaybına neden olduğu gibi kalitesiz iş üretilmesine de sebep oluyor. Liyakat gözetilmiyor. Bu durum çalışanların hizmette, bilgide ve yönetimde yarışacakları yerde, siyasi irade sahibi yöneticilere yakın olmalarını doğuruyor. Bu durum zamanla hizmetlerin yapılamaması, kalitesizlikleri doğuruyor. Oluşan boşluklarda göz boyama ve süslemelerle dolu bir arabesk belediyecilik anlayışı ve uygulaması ortaya çıkıyor.

Siyasi irade liyakate dayalı birikimli kadrolarla hizmeti sunma kararlılığını sunmalı, personeli hizmette rekabete sokmalı, hizmetlerin yapılmasında kalitenin yakalanmasını sağlamalıdır. Kendi içinde kritik ve eleştiri mekanizmasına sahip olarak ve dışarı karşı da kenetli bir ekiple yönetim gerçekleştirilmelidir.

Bugün insan sağlığının bu kadar pahalı olduğu yurt ve dünyada, hiçbir gerekçe, insan sağlığının paralı olmasına, ticaretinin yapılmasına haklı gerekçe olamaz.

MM: Son olarak neler söylemek istersiniz?

Türkiye'de sosyal devlet olayı bitirilmiş, her şey paralı hale getirilmiştir. Sınıflı bir toplum olan ülkemiz, küreselleşme sevdasına kapılmış haliyle, son yönetenler iradesinde sağlıksız bir toplum haline gelmiştir.

Tıbbın gelişmişliğinden yararlanma oranı vatandaşın ekonomik seviyesine göre şekillenmektedir. Yani parası olan sağlıklı, olmayan sağlıksız durumdadır. Zengin ile fakir arasındaki uçurum gittikçe büyümekte, açlık sınırının altındakiler çoğalmaktadır. Okumuş işsizler ordusu şehirlerde suç işler durumlara itilmektedir.

Vatandaşın % 90'a varan kısmının ekonomik göstergesi bırakın tıbbın son gelişmişliğinden yararlanmayı, yaş ortalaması, gelir düzeyi, iş istihdamı ve yaşam biçimi ile yeniden muska ve büyülere bırakılmış haldedir. Bundan üzüntü duymamak olanaksız.

Cumhuriyetin kazanımlarından olan sosyal güvenceler, devlet memur ve işçilerinin ellerinden bile alınmakta, sağlık güvencesi ortadan kalkmaya doğru gitmektedir.

Maddi gücün varsa sağlığın da vardır, yoksa bir dilenci gibi sağlık kurum ve kuruluşlarında boy gösteriyor olmaktasınız. Bu kurumlarda paranız oranında itibarınız vardır. Sözüm ona Hipokrat yeminli sağlıkçılık bir mafyalaşma sürecine girmiş durumdadır. Ayrıca, muayene parası, bıçak parası, yatak parası ve malzeme parası adı altında ticaret son safhalardadır. Bu durumlar, ciddi olarak, sağlık alanında öncü Türk Tabipler Birliği ve benzeri örgüt bültenlerinde, soysuzluk ve soygunlar üzerine eylemler ve yazılarla, mesleğin tabularına uygun bir biçimde dile getirilmemektedir.

Bugün insan sağlığının bu kadar pahalı olduğu yurt ve dünyada, hiçbir gerekçe, insan sağlığının paralı olmasına, ticaretinin yapılmasına haklı gerekçe olamaz.

Bunu yapanlar da ilelebet aydınlık maskesi altında kalamazlar ve insanları uyutamazlar.

Yerel Yönetim Araştırma Yardım ve Eğitim Derneği'nin kurucu üyesi, derneğin ilk genel sekreteri ve Memleket Mevzuat Dergisi'nin ilk editörü Deniz Sayın'ı 13 Mart 2007 tarihinde bir trafik "cinayeti"nde kaybettik.

DENİZ SAYIN

Deniz Sayın 12.04.1957 tarihinde Giresun'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Giresun'da tamamladı. 1974-1975 öğrenim yılında A.Ü Siyasal Bilgiler Fakültesine girdi.1978 yılında aynı okulun Siyaset ve İdare bölümünden mezun oldu.

1979 yılı Ocak ayında Ecevit hükümeti tarafından yeni kurulan Yerel Yönetim Bakanlığında yapılan sınav sonucu Müfettiş Yardımcılığı görevi ile kamu görevine başladı. 1979 yılı sonunda CHP hükümetinin istifası ile Süleyman Demirel başkanlığında kurulan MC (Milliyetçi Cephe) hükümeti tarafından Yerel Yönetim Bakanlığının kapatılması sonrasında 1 Mart 1980 tarihinde Adana Meteoroloji Bölge Müdürlüğüne memur olarak sürüldü. Çeşitli kurumlara memur olarak sürülen meslektaşları ile birlikte hukuk mücadelesi başlattı, Danıştay'a açtığı davanın yürütmeyi durdurmasına karşın, kararın uygulanmaması üzerine Başbakan Süleyman Demirel ve o dönemin İçişleri Bakanlığı hakkında tazminat davası açtı ve C. Başsavcılığına suç duyurusunda bulundu. Bu arada 12 Eylül askeri darbesi oldu, olumlu seyreden dava tersine döndü ve yürütmenin durdurulmasının durdurulmasına, ardından da iptal isteminin reddine karar verildi. Deniz Sayın ve bazı meslektaşları davanın bu şekilde sonuçlanması nedeniyle Süleyman Demirel'e o tarihlerde 12.000 lira ödemek zorunda kaldılar.

Yerel Yönetim Bakanlığına bağlı birimlerin İçişleri Bakanlığına geri bağlanması ve denetim elemanına duyulan ihtiyaç nedeniyle 12 Eylül döneminin İçişleri Bakanının onayı ile 1981 Şubat ayında İçişleri Bakanlığında Kontrolör olarak göreve başlatıldı. Kaza sonucu ölümüne kadar Başkontrolör olarak bu görevini sürdürdü.

1992 yılında TODAİE 'de uzmanlık programına katılarak Kamu Yönetimi Uzmanı oldu. Bu ara Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi ile tanıştı, ilk

yazıları bu dergide yayımlandı. Yerel yönetimler alanında ticari kaygılarla birkaç ayda bir yayımlanan dergi ve bültenlere duyduğu kızgınlıkla 1994 yılında birkaç arkadaşı ile birlikte "Belediye Dergisi" adıyla aylık bir dergi çıkardı. Belediye Dergisi tasarımı tamamen Deniz Sayın'a aittir. Bu dergi Türkiye'de bu alanda ilk kez aylık yayın periyodunu yakaladı ve sürdürdü. Halen yerel yönetim alanında çıkan onlarca dergi, bu derginin iç düzenlemesini aşabilmiş değiller.

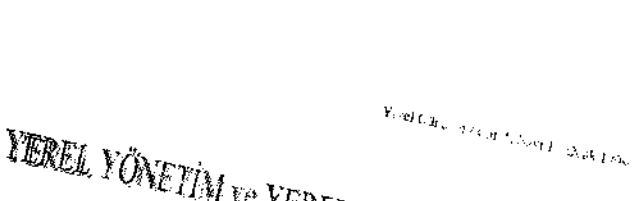
Deniz Sayın bu dergide birçok yazı yazdı, ancak bu yazılar dışında iki "karakter" yarattı. Bunlardan biri "Necabettin Muhterem" tiplemesidir. Necabettin ve muhterem kelimeleri biri Farsça diğeri eski Türkçe eşanlamlı kelimeler olup, anlamı "Sayın"dır. Yani "Necabettin Muhterem" "Sayın Sayın" anlamına gelmektedir. Deniz Sayın'ın ince mizahi zeka ürünü olarak bulup kullandığı müstear bir isimdir. Deniz Sayın, Necabettin Muhterem'i AB yanlısı entelektüel bir aydın olarak konuşturur. Bu AB yandaşlığı zaman zaman tepki çeker, Necabettin Muhterem'e eleştiri mektupları gelir. Yozgat Sorgun ilçesinden gelen bir mektuba Yerel Gündem Dergisinde yer verilmiştir. Belediye Dergisi'nde yaratılan bu kişi daha sonra Yerel Gündem ve Kamu Yönetimi Dünyası dergilerinde de yazmaya devam etmiştir.

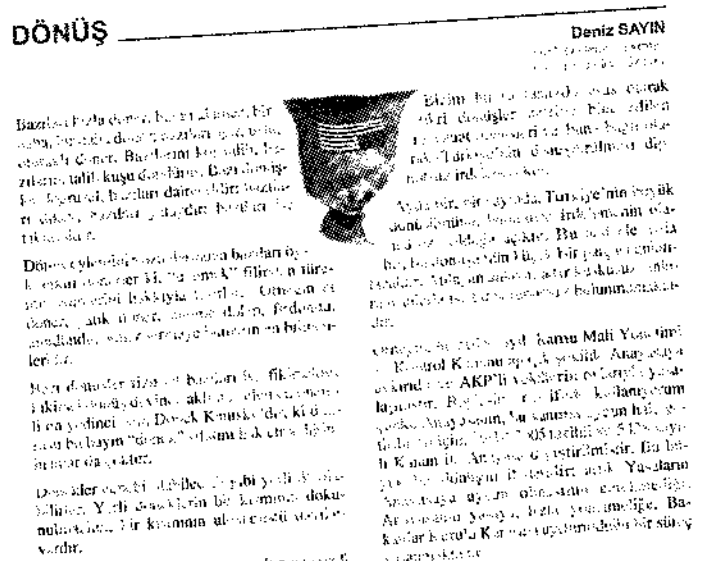
Deniz Sayın'ın yarattığı bir tipleme de "Tekaüt Canan Abla"dır. Magazin gazetelerinde yazan "Bacı" veya "Abla"lardan esinlenerek bulunmuştu. Bunları hicvetmek için kendisi veya arkadaşları tarafından sorulan saçma sapan sorular cevaplandırılmaktaydı. Belediye Dergisinde 5-6 sayı süren bu yazılar ne yazık ki devam ettirilmedi.

Belediye Dergisi'nden sonra birkaç meslektaşı ile birlikte Yerel Gündem Dergisi'ni çıkardı ve 2 yıl sürdürdü. Devamlı yenilik arayan Deniz Sayın bu dergide de bazı yenilikler geliştirdi. Belediyelerle ilgili ilginç, eski yazılı belgeler için bir yarışma düzenledi ve bu belgeleri dergide yayımladı. Ayrıca "Tarihten Bir Yaprak" başlığı altında bir bölümün geliştirilmesine öncülük etti ve bunun sürekli kılınmasını sağladı. Ayrıca Belediye Dergisi'nde düşünüp yapamadığı başka bir bölüm geliştirdi ve "Denetim Anıları" adı altında denetim esnasında elemanlarının başından geçen olayları bir anılar dizisi halinde yayımladı.

Bu Dergilerle uğraştığı dönemde ayrıca Kamu Yönetimi Dünyası Dergisinde yazı yazmaya devam etti ve derginin yayına hazırlamasında çok önemli katkılarda bulundu.

2000'lerden sonra CHP Yerel Yönetim Biriminde çalıştı, önemli katkılar yaptı. Yerel Yönetim Bülteni çıkardı, bu bülteni geliştirerek alanında iddialı bir dergi haline gelmesinde baha biçilmez hizmetlerde bulundu. Gerek bülten gerekse dergide Adnan Sezgin, Cengiz Bahri, Hüseyin Çekek adlarıyla yazılar yazdı. Dikkat çeken bu yazıları nedeniyle kendisiyle görüşmek üzere zaman zaman okuyucular tarafından CHP Genel





Merkezi'nden arandı ve o anda bulunmadığı, Ankara dışında olduğu söylenmek zorunda kalındı.

2004 yılı sonlarında yerel yönetimler alanında uzman olan bir grup akademisyen ve çeşitli meslekler den insanlarla "Yerel Yönetim Araştırma Yardım ve Eğitim Derneği"ni (YAYED) kurdu ve ilk genel sekreteri olarak seçildi. 2005 Temmuz ayında yayın yaşamına başlayan "Memleket Mevzuat Dergisi"nin ilk editörü olarak görev aldı, derginin kapak dahil tüm tasarımı Deniz Sayın'a aittir. Dergi kapağının ilk yılı memleketten insan manzaralarını yansıtmaktadır.

En son İçanadolu Belediyeler Birliği yayın organı olarak "Birlik Dergisi"ni 3 sayı çıkardı. 4. sayı üzerinde çalışıyordu, çıkaramadan aramızdan ayrıldı.

Deniz Sayın yaşamı boyunca yanlış gördüğü her şeye karşı hiç yılmadan hukuksal mücadele yürüttü. Son zamanlarda evde beslediği köpeği nedeniyle lojmandan çıkarılmasına karşı Danıştay'da açtığı davaya yoğunlaşmış durumdaydı. Bu sefer hayvan hakları savunucu olarak hukuk mücadelesi başlatmıştı.

Daha iyi yerel yönetimler uğruna yıllarca kalemi ile mücadele eden ve olağanüstü çaba gösteren Deniz Sayın, ne yazık ki şehir içi yolları otobana çeviren yanlış bir yerel hizmet anlayışının kurbanı oldu. Tüm sevenlerinin başı sağolsun...


SABAH

Dedem melek oldu

Trafik kazasında hayatını kaybeden Deniz Sayın'ın, köpek beslediği için lojmandan tahliyesinin istendiği öğrenildi. Sayın'ın, köpeği Polibey adına açtığı internet sitesine, ölümünün ardından "Dedemi kaybettim" yazıldı

LOJMANDAN TAHLİYESİ İSTENDİ

SABAH ÖZEL

"TAHLİYE KARARINA ÇOK ÜZÜLMÜŞTÜ"


SABAH

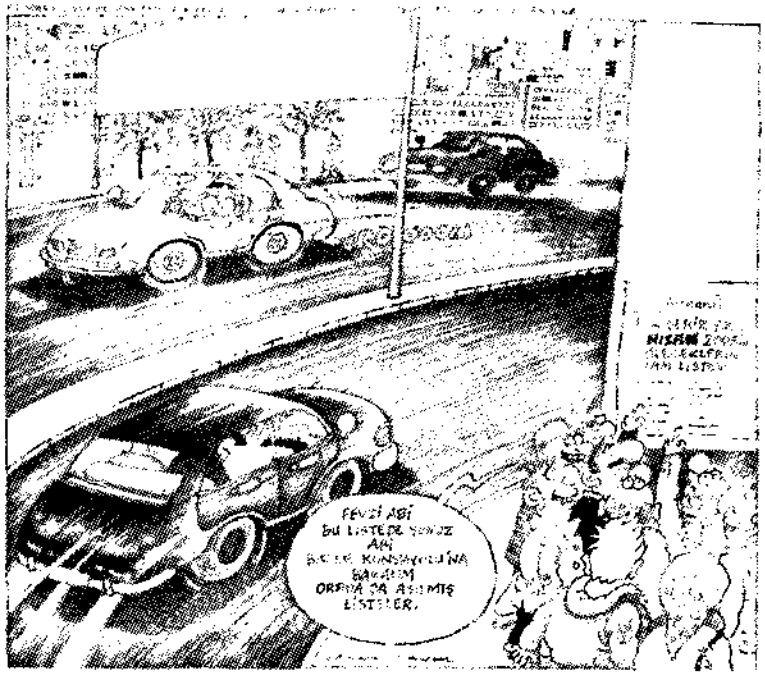
Başkontrolör kaza kurbanı

Başkontrolörün acı sonu

MEMLEKETİNE SÜRÜLÜYOR

Kentiçi Ulaşım Cinayetlerine "Dur" Demek İçin....

Kentiçinde otoban olmaz. Kentler yaya ve taşıt birliğinin yaya lehine düzenlendiği yerleşmelerdir. Yayaları ölüme götüren "trafik canavarı" değil, otoban hızını kent merkezine taşıyan ulaşım politikasıdır. Kentiçi ulaşım cinayetlerine son vermek, mevcut politikanın değiştirilmesiyle olur...



13 Mart 2007 günü öğleye doğru, yani güpegündüz ve henüz kimsenin yorgun olmadığı saatlerde, 11.00'de Ankara'da kentin göbeğinde bir araç bir yayaya çarptı. Kent merkezinde, Sayıştay binasının önünde, herhangi bir bedensel engeli ya da yaşlılık gibi bir sorunu olmayan arkadaşımızı, Deniz SAYIN'ı böyle yitirdik.

Üzerinde duracağız, tam rakamları bulacağız, kentiçinde ölümleriyle rakam konusu yapılanların adlarını ve öykülerini toplayacağız. Herhangi birimizin dostu, eşi, babası-annesi olan sevdiklerimizin bu kabul edilemez gidişlerinin sorumlularını saptayacağız.

Kentiçinde, kent merkezlerinde taşıt çarpmasıyla yok olan insanlarımızın hiçbiri "dikkatsiz", "kurala uymama" gibi açıklamalarla 'kendi suçlarının bedelini ödemiş' ilan edilemeyecektir. Kentiçi ulaşım, yaya - taşıt beraberliğinde yaya için düzenlenir; yayanın dikkatsiz olabileceği, kuralı ihlal edebileceği varsayımı baştan kabul edilerek planlanır ve yapılır.

Kentiçinde yaya ölümlerinin sorumlusu, kentiçinde otoban mantığına dayalı yol yapma politikasıdır. Bu politika, bir an önce değiştirilmelidir. Sorun doğru saptanmalı, sorumlular doğru belirlenmelidir. Biz, YAYED olarak bu sorunu gündemimizin baş maddesi kılıyoruz.

Bize katkı verin. Kentiçi ulaşım cinayetlerini bildirin. Olayı, tarihini, mağduru, sevenlerinin yaşadıklarını anlatın. Bu cinayetlere son verilmesini sağlayalım.

Sayın YAYED Kurucuları,

Kurucularınızdan Deniz Sayın'ın bir yaya cinayetine kurban gittiğini önce duyurunuzdan, sonra gazetelerden okudum. Öncelikle size başsağlığı dilemek isterim.

Çağrınızda belirttiğiniz "kent içi ulaşım cinayetlerine dur demek için" başlıklı çağrınız ve içeriğine bütünüyle katılıyorum. Yıllardır gerek kişisel, gerekse 2002-2006 yılları arasında Şehir Plancıları Odası Ankara Şubesi Yönetiminde iken Ankara'nın benzersiz trafik güvensizliği ortamını sıklıkla dile getirdik. **"Gazdan ayak çekmemeye"** dayanan ve ulaşıma **"şoför mahallinden"** bakan bu çarpık ulaşım politikası anlayışı karşısında gücümüzün yettiğince mücadele verdik. Bu konuda İnşaat Mühendisleri Odası ile birlikte **"Yaya Cinayetlerini Durdurun"** ve **Ankara'nın Yolları Kandan"** isimli iki basın açıklaması yaptık. Bu açıklamalarda Emniyetten kaza verilerini aldık, kamuoyuna sunduk. (Bunu şurada belirtmek isterim ki, emniyetin istatistikleri çelişkilerle dolu ve ölü sayıları kesinlikle çok düşük gösteriliyor. Buna rağmen yine de Ankara diğer kentlere göre ilk sıradaydı.) 2005 Aralık ayında Oda olarak yaptığımız "Ankara'da uygulanan ulaşım politikaları ve kente etkileri" konulu ulaşım sempozyumunda, kazalar da dile getirilen önemli bir başlığı oluşturuyordu.

Hepimizin hemfikir olacağı gibi, en önemli insan hakkı **"insanın yaşama hakkı"**dır. Ne yazık ki Ankara Büyükşehir Belediye başkanının **keyfi ve hastalıklı uygulamaları** sonucu Ankara'da yaşayanlar olarak bizlerin ya da bir yakınımızın yaşama hakkı "trafik kazası" adı altında her gün sona erdiriliyor. Ölüyor ya da sakat kalıyoruz. Kaza nedeni bireylerin dikkatsizliğine bağlanıyor. Trafik kaza tutanaklarında yaya ve sürücü arasında kusurlar paylaştırılıyor ve konu kapanıyor. "Yayanın dikkatsizliği", "üst geçidi kullanmaması sonucu", "aşırı hız nedeniyle", "dikkatsizlik sonucu" ile başlayan ifadeler, kusuru hep bireylerde arıyor ve kurumların trafik güvenliği konusundaki sorumsuzluğu tartışma konusu bile yapılmıyor.

Oysa Ankara Büyükşehir Belediyesi gerçekleşen pek çok kazanın doğrudan olmasa bile dolaylı sorumluluğunu taşıyor. Belediye, yıllardır **kentte sadece taşıtlar olduğunu varsayarak** ulaşım yatırımlarını şekillendiriyor. Yolların genişletilmesi, kesintisiz akım için hemzemin-ışıklı kavşakların kaldırılarak yerine köprülü kavşakların yapılması, ışıklı yaya geçitlerinin kaldırılması. Belediyenin yegâne ulaşım politikası dizgesini oluşturuyor. Taşıtların hızlandırılması öncelikli olarak düşünülürken, **yayalar her zaman bu yaklaşımda dışlanan, zorlanan, hareketi kısıtlanan kesim oluyor**. Yayaların güvenli ve kolay olarak karşıya geçebileceği yaya geçitleri oluşturulması akla bile gelmiyor. Bir yere yaya geçidi (o da üst geçit) yapılması için çok sayıda yayanın ölmesi(!) gerekiyor. Yayalar için kilometrelerce uzunluğundaki yol kesimlerinde göstermelik birkaç üst geçit yapılıyor. Üst geçide ulaşmak için yüzlerce metreyi yürümek istemeyen ve düzayak yoldan geçmeye çalışan yayalar ise maalesef yaya cinayetlerine maruz kalıyor.

Özürlüler, yaşlılar, bebek arabalılar, merdiven inip çıkamayacak düzeyde kronik hastalığı bulunanların ise zaten çoktan hareket alanı ortadan kalkmış durumda... Artık Ankara'da bazı yol kesimlerinde yaya olarak karşıya geçmek bile taşıtla yapılmak zorunda!

Derneğinizin başlattığı bu girişimin, Ankara Genelinde sivil toplum örgütleri, öğrenciler ve vatandaşların katılımıyla yürütülecek **uzun soluklu bir kampanyaya** dönüştürülmesini öneriyorum. Mücadelenin güçlü ve ses getirir olabilmesi için Bu konuda ortak hareket edilmesi önem taşıyor. İlk işbirliği yapılacak kuruluşlar bu konuda önemli birikimleri olan Şehir Plancıları Odası ve İnşaat Mühendisleri Odası olabilir. Semt dernekleri (Kavaklıderem, Çiğdemim, Çayyolu Platformu), çocuk, kadın ve yaşlı dernekleri de sürece katılabilir. Yaya güvenliği ve hakları konusunda **basın açıklamaları, görsel sunuşlar, halk toplantıları, yürüyüşler, suç duyuruları, afişleme ve bilgilendirici-bilinçlendirici broşür dağıtımı,** vb. kampanya kapsamında düşünülebilir.

Bu konuda ben de kişisel olarak mücadelenizde destek verebilirim. Ankara'da gerçekleşen "kazalar" konusunda oldukça kapsamlı bir envantere sahibim. Bu konuyu, doğrudan yaşama hakkını ilgilendirdiğinden, Belediyenin her türlü rant oyununun da önünde Ankara'nın birinci öncelikli konusu olarak görüyorum. 19.03.2007

Saygılarımla

ESER ATAK
Şehir Plancıları Odası

İçişleri Bakanlığımızın Sayın Baş Kontrolörü Deniz Sayın elim bir trafik kazası sonucu vefatı bizleri ve sevenlerini derinden üzmüştür. Merhuma Allah'tan rahmet, kederli ailesine, İçişleri Bakanlığı camiasına ve tümsevenlerine sabır ve başsağlığı diler, saygılar sunarım.

Mehmet Güven
Erzin İlçe Belediye Başkanı
Hatay

Küreselleşme: İki Yüze Bir Maske

YAYED

Venezuela Bolivar Büyükelçisi Prof. Dr. Kaldone G. Nweihed'ın *"Küreselleşme: İki Yüze Bir Maske"* isimli kitabının Türkçe çevirisi YAYED Memleket Yayınları tarafından basıldı. Kitabın tanıtım toplantısı Çankaya Belediyesi ve YAYED tarafından birlikte gerçekleştirildi.

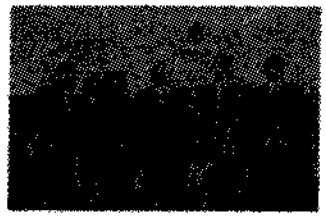
8 Mart 2007 günü Çankaya Belediyesi Çağdaş Sanatlar Merkezi, *"Küreselleşme: İki Yüze Bir Maske"* nin yazarı Prof. Dr. Nweihed ile tanışmak isteyenlerce tıklım tıklım dolduruldu.

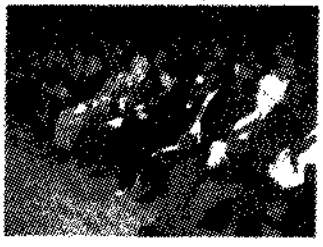
Prof. Dr. Mümtaz Soysal'ın yurtdışında olduğu için yapamadığı açılış konuşması yazılı bildiri olarak okundu.

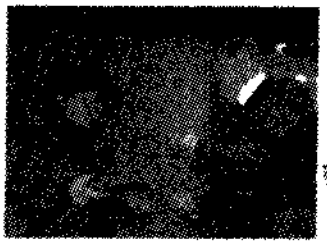
Çankaya Belediye Başkanı Prof. Dr. Muzaffer Eryılmaz, YAYED Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Birgül A. Güler'in birer konuşma yaptığı toplantının açılış bölümünde Prof. Dr. Kaldone G. Nweihed, kitabının ortaya çıkış öyküsünü, küreselleşme konusuna yaklaşımını çoşkulu bir biçimde anlattı. Prof. Dr. Nweihed, kitabın Türkçe basımı konusundaki katkılarından ötürü Prof. Dr. Birgül A. Güler'e, kitabın çevirmeni Banu Temel Gürel'e, düzeltmeni Berna Talun Öğüten'e ve editörü Mehmet Necati Kutlu'ya birer hediye verdi.

Prof. Dr. Nweihed, açılış konuşmalarının ardından yaklaşık 1.5 saat boyunca kitaplarını imzaladı.

Tanıtım toplantısına bazı büyükelçiler de katıldı.







Yeni Bir Liderlik Örneği: Hugo Chavez

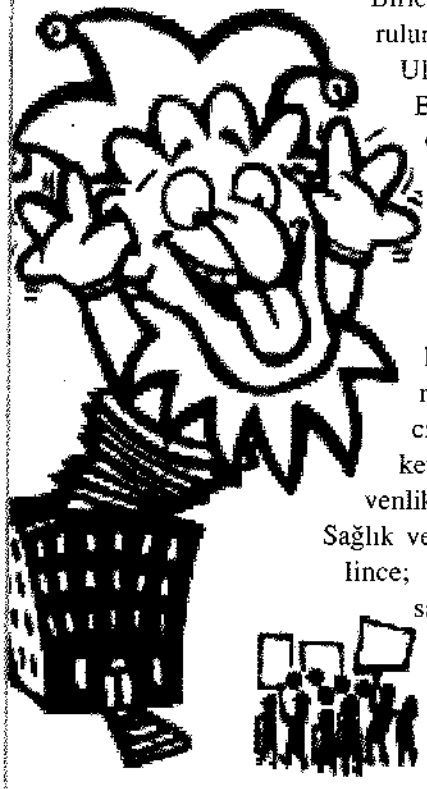
Venezuela Simon Bolivar Enstitüsü Müdürü Prof. Dr. Reinaldo ROJAS, TODAİE, Mülkiyeliler Birliği ve YAYED'in davetlisi olarak Ankara'ya gelerek bir konferans verdi.

9 Mart 2007 günü TODAİE konferans salonunda konuşan Prof. Dr. Reinaldo ROJAS, bir lider olarak Hugo Chavez'in ortaya çıkışını, Chavez'i ortaya çıkaran koşullar bağlamında anlattı. Konferans'ın açılışında TRT yapımcısı Banu Avar'ın Venezuela ile ilgili bir belgesel filmi de gösterildi.

Özellikle öğrencilerin yoğun ilgisini çeken ve çok sayıda kişi tarafından izlenen konferansa başta Küba olmak üzere bazı ülkelerin büyükelçileri de katıldılar.

Tüketime ve Kullanıma Sunulan Ürünlerde Tüketicinin Sağlık ve Güvenlik Hakkı Ülkemizdeki Yasal Durum ve Uygulamalar

Turhan ÇAKAR
Tüketici Hakları Derneği Genel Başkanı



Birleşmiş Millet Genel Kurulunda, o zamanki adıyla Uluslar arası Tüketici Birlikleri Örgütü (IOCU), şimdiki adıyla Uluslararası Tüketiciler (CI) örgütünün önerisi ile 9 Nisan 1985 tarihinde oybirliği ile kabul edilen tüketiciyi koruma ilkelerinin (Evrensel Tüketici Hakları) arasında tüketicilerin sağlık ve güvenlik hakkı yer almaktadır. Sağlık ve güvenlik hakkı denilince; tüketiciler tarafından satın alınan her çeşit mal ve hizmetin üretim, dağıtım ve kullanılması sırasında karşılaşılan risklere ve tehlikelere karşı alınan yasal, idari, teknik önlemler ve uygulamalardır.

Ülkemizde, tüketicinin sağlık ve güvenliğini ilgilendiren bir çok kanun ve ilgili kanunlar kapsamında yayımlanan yönetmelikler bulunmakla birlikte, uygulama ve denetim eksikliği nedeniyle tüketicilerin sağlık ve güvenliği tehlike altında bulunmaktadır.

Gerek yerli gerekse ithal olsun patlayan televizyonlar, düdüklü tencereler, cep telefonları; imalat ve tasarım hatalı şehirlerarası yolcu otobüsleri, sağlıksız gıda maddeleri, fren sistemi güvenlik kurallarına uygun olmayan otomobiller, çocukların güvenliğini ve sağlığını riske sokan oyuncaklar, sağlığa aykırı kozmetik ürünleri, yasaklanmış boyar madde ile boyanmış kumaştan yapılan giysiler, güvenliğe ve sağlığa aykırı çeşitli elektrikli cihazlar piyasada tüketicilere satılmaya devam etmektedir.

EVRENSEL TÜKETİCİ HAKLARI KAPSAMINDA ÜRÜN GÜVENLİĞİ

Türkiye'nin de imza atmış olduğu evrensel tüketici haklarından olan tüketicinin sağlık ve güvenlik hakkı kapsamında ürünlerin fiziki güvenliğine ilişkin şu kararlar alınmıştır.

Fiziki Güvenlik

Hükümetler, ürünlerin öngörülen veya tahmini normal kullanım süreleri boyunca güvenli olmalarını sağlamak için hukuki sistemleri, güvenlik kuralları, ulusal veya uluslar arası standartlar ve güvenlik kayıtlarının tutulması da dahil olmak üzere uygun tedbirleri benimsemeli veya benimsenmelerini teşvik etmelidir.

İmalatçıların ürettiği malların öngörülen veya tahmini normal kullanım süreleri boyunca güvenli olmalarını sağlamak için uygun politikalar temin edilmelidir. Malları pazara getirmekle yükümlü olanlar, bilhassa müteahhitler, ihraç ve ithal edenler, perakendeciler ve benzerleri (Bundan böyle "dağıtımcılar" olarak tanımlanacaklardır.), bu malların uygunsuz muamele veya depolama sonucunda güvenli olmayan bir hale gelmiş olmamasına ve bu mallar kendi gözetimleri altında iken uygunsuz muamele veya depolama sebebi ile güvenli olmayan bir hale gelmemelerini sağlamalıdırlar. Tüketiciler malların usulüne uygun kullanımı hususunda uyarılmalı ve öngörülen veya tahmini sürelerince içerebilecekleri tehlikeler bildirilmelidir. Önemli güvenlik bilgileri mümkün olan her yerde tüketiciye uluslar arası anlaşılabilen semboller vasıtasıyla aktarılmalıdır.

İmalatçıların veya dağıtımcıların, ürünlerin pazara çıkartılmasından sonra, daha önce fark edilmeyen tehlikelerin farkına varıldığında, ilgili yetkilileri ve gerekirse halkı, vakit geçirmeden haberdar etmeleri uygun politikalarla temin edilmelidir. Hükümetler de, tüketicilerin bu gibi tehlikeler hakkında uygun şekilde haberdar edilmelerini temin için yollar araştırmalıdır.

Hükümetler, gerektiğinde, bir ürünün ciddi bir şekilde hatalı olduğu ve/veya usulünce kullanıldığı takdirde dahi külliyetli ve şiddetli bir tehlike arz ettiği tespit edilirse, imalatçıların ve/veya dağıtımcıların o malın geri almasını ve değiştirmesini veya tadil etmesini veya yerine başka bir ürün vermesini ve bunları makul bir zaman içinde yapması kabil değilse tüketicinin yeterli şekilde tazminini sağlayacak politikaları benimsemelidirler.

TÜRKİYE'DE TÜKETİCİNİN SAĞLIK VE GÜVENLİĞİNİ İLGİLENDİREN YASAL DÜZENLEMELER

Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun

Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'un "amaç" başlıklı 1.maddesinde; kanun'un amacının, "tüketicinin sağlık ve güvenliğini koruyucu önlemleri almak" gerektiği belirtilmektedir.

4822 Sayılı Kanun İle Değişik 4077 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'da güvenli olmayan riskli mal ve hizmetler aynı zamanda ayıplı mal ve ayıplı hizmet olarak değerlendirilir.

Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'da " Üretimin ve Satışın Durdurulması ve Malın Toplatılması" başlıklı 24.maddesinin 1.fıkrasında " Satışa sunulan bir seri malın ayıplı olması durumunda Bakanlık, tüketiciler veya tüketici örgütleri, ayıplı seri malın üretiminin ve satışının durdurulması ve satış amacıyla elinde bulunduranlardan toplatılması için dava açabilir" denilmektedir.

Kanun'un 3.fıkrasında "Satışa sunulan bir seri malın, tüketicinin güvenliğini tehlikeye sokan ayıp taşıması durumunda 4703 Sayılı Ürünlere İlişkin Teknik Mevzuatın hazırlanması ve Uygulanmasına Dair Kanun hükümleri saklıdır. " denilmektedir.

4703 Sayılı Ürünlere İlişkin Teknik Mevzuatın Hazırlanması ve Uygulanmasına Dair Kanun

Ürünlere İlişkin Teknik Mevzuatın Hazırlanması ve Uygulanmasına Dair 4703 Sayılı Kanun, ürünlerin piyasaya güvenli olarak arz edilmek zorunda olduğunu, üretici ve dağıtıcıların yükümlülükleri ile yetkili kamu kuruluşlarının görev ve sorumluluklarını belirlemektedir.

Kanun'da sözü edilen yetkili kamu kuruluşları şunlardır: Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Telekomünikasyon Kurumu, Denizcilik Müsteşarlığı

4703 Sayılı Kanunda Bazı Tanımlar Güvenli Ürün:

Kullanım süresi içinde, normal kullanım koşullarında risk taşımayan veya kabul edilebilir ölçülerde risk taşıyan ve temel gerekler bakımından azami ölçüde koruma sağlayan ürün, demektir.

Temel Gerekler:

Ürününün insan sağlığı, can ve mal güvenliği, hayvan ve bitki yaşam ve sağlığı, çevre ve tüketicinin korunması açısından sahip olması gereken asgari güvenlik koşulları, demektir.

4703 Sayılı Kanunda Üretici ve Dağıtıcıların Yükümlükleri

Üretici, ürünün öngörülen kullanım süresi içinde, yeterli uyarı olmaksızın fark edilemeyecek nitelikteki riskleri hakkında tüketicilere gerekli bilgiyi sağlamak, özelliklerini belirleyecek şekilde ürünü işaretlemek; gerektiğinde piyasaya arz edilmiş ürünlerden numuneler alarak test etmek, şikayetleri soruşturmak ve yapılan denetim sonuçlarından dağıtıcıları haberdar etmek, riskleri önlemek amacı ile ürünlerin toplatılması ve bertarafı da dahil olmak üzere gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

Dağıtıcı, sahip olduğu bilgiler çerçevesinde, güvenli olmadığını bildiği ürünleri piyasaya arz edemez. Dağıtıcı, faaliyetleri çerçevesinde, ürünlerin taşıdığı riskler ve bu risklerden korunmak için alınması gereken önlemler hakkında ilgililere bilgi verir.

Üreticinin tespit edilemediği durumlarda, yetkili kuruluşça belirlenecek süre içinde üreticinin veya malı tedarik ettiği kişinin kimliğini bildirmeyen dağıtıcı, üretici olarak kabul edilir.

4703 Sayılı Kanunda Ürünün Piyasaya Arzının Yasaklanması, Toplatılması ve Bertarafı

İlgili teknik düzenlemeye uygunluğu belgelenmiş olsa dahi, bir ürünün güvenli olmadığına kesin belirtilerin bulunması halinde, bu ürünün piyasaya arzı, kontrol yapılıncaya kadar yetkili kuruluşça geçici olarak durdurulur.

Kontrol sonucunda ürünün güvenli olmadığının tespit edilmesi halinde, masrafları üretici tarafından karşılanmak üzere yetkili kuruluş;

a) Ürünün piyasaya arzının yasaklanmasını,
b) Piyasaya arz edilmiş ürünlerin piyasadan toplatılmasını,
c) Ürünlerin, güvenli hale getirilmesinin imkansız olduğu durumlarda, taşıdıkları risklere göre kısmen ya da tamamen bertaraf edilmesini,
d) (a), (b), (c) bentlerinde belirtilen önlemler hakkında gerekli bilgilerin, masrafları üreticiden karşılanmak üzere, ülke genelinde dağıtımı yapılan iki gazete ile ülke genelinde yayın yapan iki televizyon kanalında ilanı suretiyle, risk altındaki kişilere duyurulmasını,

sağlar.

Gıda Mevzuatı

5179 Sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun ve Kanun kapsamında yayımlanan yönetmeliklerle gıda güvenliğinin sağlanması, her çeşit gıda maddesinin ve gıda ile temasta bulunan madde ve malzemelerin hijyenik ve uygun kalitede üretimi, tasnifi, işlenmesi, ambalajlanması, etiketlenmesi, dağıtımı ve satışı ile ilgili hükümler belirlenmiş ve bu konuda Tarım ve Köyişleri Bakanlığı görevli ve yetkili kılınmıştır.

SORUNLAR

4703 Sayılı Ürünlere İlişkin Teknik Mevzuatın Hazırlanması ve Uygulanmasına Dair Kanun ve bu kanun uyarınca, 13/11/2001 tarih ve 2001/3529 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan "Ürünlerin Piyasa Gözetimi ve Denetlenmesine Dair Yönetmelik"e dayanılarak, kanun ve yönetmelikte sözü edilen yetkili kuruluşların kendi görev ve sorumluluk alanlarına giren konularda hazırlamış oldukları yönetmelikler yeterince uygulanmamaktadır.

Tüketicinin sağlık ve güvenliğine aykırı çeşitli sanayi ürünleri, gıda maddeleri piyasada tüketicilere, satılmaya devam etmekte, tüketicilerin sağlık ve güvenlikleri tehlike altına girmektedir.

Üretici ve dağıtıcı firmalar ilgili kanun ve yönetmeliklerdeki yükümlülüklerini gereğince yerine getirmemektedir.

Tüketicilerin sağlık ve güvenliğine aykırı olan ürünlerin piyasadan toplatılması, bertaraf edilmesi ve bu işlemin ülke genelinde dağıtımı yapılan iki gazete ile ülke genelinde yayın yapan iki televizyon kanalında ilan edilerek risk altındaki tüketicilere duyurulması gerektiği halde, bugüne kadar bu konuda herhangi bir girişimin yapıldığı birkaç istisna dışında görülmemiştir.

Diğer taraftan, 5179 Sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun henüz 3 yılını doldurmamışken 4 adet Kanun şeklinde yeniden değiştirilme çalışmaları başlatılmıştır. Eğer, Kanun Tasarıları mevcut içerikleri ile yasalaşacak olursa, gıda mevzuatı iyice içinden çıkılamaz bir duruma getirilecektir.

ÇÖZÜMLER

Öncelikle, tüketicilerin sağlık ve güvenliğini ilgilendiren mevzuatın düzenlenmesi ve uygulanması sürecinde tüketicinin evrensel haklarından olan temsil edilme hakkının, katılımcılığın ve demokrasinin gereği olarak tüketici örgütleri ile ilgili demokratik kitle örgütlerinin temsil edilme hakkından hareketle tam katılımının sağlanması ve toplumun ilgili mevzuata sahip çıkacak politikaların ve sistemin oluşturulması zorunludur.

Tüketicilerin, mevzuat hakkında doğru ve eksiksiz şekilde bilgilendirilmesi ve haklarına sahip çıkarak güçlü bir oto kontrolün gerçekleşebilmesi sağlanmalıdır.

İlgili mevzuatın tam olarak uygulanabilmesi için gerekli personel, teknik ve idari önlemlerin eksiksiz olarak alınması gereklidir.

İlgili mevzuatın etkin ve eksiksiz olarak uygulanabilmesi için tüketici örgütleri, ilgili diğer demokratik kitle örgütleri ve tüketicilerin katılımı ve desteği sağlanmalı; uygulamanın her aşamasında toplum eksiksiz ve doğru bir şekilde bilgilendirilmelidir.

Bir örnek vermek gerekirse, tüketicilerin sağlık ve güvenliği ile ilgili mevzuata aykırılığı görülen ya da toplatılan ve bertaraf edilen ürünler marka ve firma adı verilerek zaman geçirmeden kamuoyuna açıklanmalı ve tüketicilerin bilgilendirilerek önlem almaları sağlanmalıdır.

Ancak, tüm bunların gerçekleşebilmesi halk ve ülke sevgisi, samimiyet, doğruluk, tüketicilerin çıkarlarını ve haklarını gözetme ve ön plana alma kararlılığına sahip olunması ile kısaca, halktan, ülke bağımsızlığından ve demokrasiden yana olunması ile sağlanabilir.

BASINDAN SEÇMELER

HÜRRİYET 21 Şubat 2007

GÖKÇEK 'TIRPAN'INA DANIŞTAY 'DUR' DEDİ

Büyükşehir Belediye Meclisi'nde AKP oyları ile kabul edilen, Çankaya Belediyesi'nin bütçesinin yüzde 50'sinin borçlarına karşılık kesilmesi kararını Danıştay bozdu. Danıştay kararında Çankaya Belediyesi'nin ASKİ'ye borcunun yanında alacağının da olduğu belirtilerek, "Belediye borçlarının uzlaşma komisyonu kararından sonra öngörülen özel bir yöntemle ödeneceği dikkate alındığında, Çankaya Belediye Başkanlığı bütçesinin yukarıda anılan değişiklerle kabul edilmesine ilişkin Belediye Meclisi kararında hukuka uyarlık bulunmamaktadır" denildi.

DEMECİ ELE GEÇİRECEĞİZ

Son günlerde gazetelerde yeralan ve Ankara Büyükşehir Belediye Başkanlığı tarafından Çankaya Belediyesi'nin AKP dışında tek belediye olduğu belirtilerek, buranın önümüzdeki seçimlerde partinin eline geçeceği yorumlarına yer veren demeçlerinin yanı sıra, kamuoyuna yansıyan 2007 bütçe büyüklüğü yan kuruluşlarıyla 5-6 milyar YTL olan ve Hazine'ye Türkiye çapında en fazla borcu olan belediye olan Ankara Büyükşehir Belediyesi bütçesinde böyle bir değişikliğe yer verilmemişken, yine basına yansıyan Keçiören ile Büyükşehir belediyeleri arasındaki borçlardan dolayı karşılıklı ağır ithamlara rağmen iki belediyenin aynı partiden olması nedeniyle, bütçesinde Çankaya gibi herhangi bir değişiklik olmamıştır." Çankaya Belediyesi, bütçelerini tırpanlayan Büyükşehir Belediye Meclisi kararının iptalini istedi. Danıştay kararında Çankaya Belediyesi'nin ASKİ'ye borcunun yanında alacağının da olduğu belirtilerek, "Belediye borçlarının uzlaşma komisyonu kararından sonra öngörülen özel bir yöntemle ödeneceği dikkate alındığında, Çankaya Belediye Başkanlığı bütçesinin yukarıda anılan değişiklerle kabul edilmesine ilişkin Belediye Meclisi kararında hukuka uyarlık bulunmamaktadır" denildi.

HÜRRİYET 20 Şubat 2007

EDİRNE BELEDİYESİ'NİN BANKA HESAPLARINA HACİZ

Edirne Belediyesi'nin Vergi Dairesi'ne olan 900 bin YTL borcu nedeniyle banka hesaplarına haciz konuldu. CHP'li Belediye Başkanı Hamdi Sedefçi, haciz nedeniyle belediyede sözleşmeli çalışan 400 personelin maaşlarını ödeyemediklerini söyledi. Edirne Belediye Meclisi Salonu'nda basın açıklaması yapan Belediye Başkanı Hamdi Sedefçi, Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin 12 milyar YTL borcu olduğunu hatırlatarak, AKP'nin, Edirne Belediyesi'nin batması için elinden geleni yaptığını iddia etti. Maliye Bakanı Kemal Unakıtan'ı suçlayan Başkan Sedefçi, "Cuma günü vergi dairesine olan 900 bin YTL borcumuz nedeniyle bankadaki tüm hesaplarımıza haciz koydular. Sadece personelin maaşlarını ödememize izin verdiler. Ancak zabıta ve fen işlerinde çalışanların paralarını ödeyemiyoruz. Şu anda 400 personelin maaşlarını ödeyemiyoruz. 400 aile evine ekmek götüremiyor. AKP'li arkadaşlar bu duruma sevinsinler" dedi. Konuyu CHP Genel Başkanı Deniz Baykal'a anlattığını, Edirne Milletvekili Rasim Çakır'ın , Maliye Bakanı Kemal Unakıtan'la görüşüp sıkıntıyı anlattığını belirten Sedefçi, "Bakan Unakıtan, 'Hamdi Sedefçi bunları hakkediyor' demiş. Kemal abi bana kızmış. Onun hakkında kötü konuşuyormuşum. Ben ona burada küfür etmiyorum ki. Şu anda 750 milyara yakın param var, tek kuruşuna dokunamıyorum. Ama yılmayacağım ben bu işi yapmaya devam edeceğim. Personelim benim yanımda olduğunu söyledi. Hepsi belediyeye kitlendi" dedi.

HÜRRİYET 12 Şubat 2007

ÇÖPÜNÜ AYRIŞTIRMAYANA 3 BİN YTL CEZA GELİYOR

Başta İstanbul olmak üzere bazı belediyeler pil, kağıt, plastik, alüminyum, cam gibi atıkların kaynağında ayrılmasını sağlayacak konteyner, kumbara, geri dönüşüm kutularını sınırları dahilinde bulunan işyeri ve sitelere dağıttı. Uygulamanın yaygınlaşması için belediyeler şimdi de atıklarını ayırmayan işyeri ve site yöneticilerine 3 bin YTL'den başlayan para cezası vermeye hazırlanıyor. Yılda 27 milyon ton çöpün üretildiği Türkiye'de de atıkların kaynağında ayrıştırılarak, geri dönüşümlerinin sağlanması için çalışmalar başlatıldı. Başta İstanbul olmak üzere belediyeler, atıkların geri dönüşümünü gerçekleştiren kuruluşlarla anlaşmalar imzalayarak, yeni uygulamanın alt yapısını oluşturdu. Ardından da, pil, kağıt, plastik, alüminyum, cam gibi atıkların kaynağında ayrılmasını sağlayacak konteyner, kumbara, geridönüşüm kutularını sınırları dahilinde bulunan işyeri ve sitelere dağıtarak, pilot uygulamaları başlatıldı. Belediyeler şimdi de, atıklarını ayırmayan işyeri ve site yöneticilerine 3 bin YTL ile 24 bin YTL arasında değişen para cezalarını yansıtmaya hazırlanıyor.

Belediyelere Talimat: Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü adlı yönetmelik 2005 yılında Resmi Gazete'de yayınlandı. 2006 yılında da Çevre Kanunu'nda değişiklik yapıldı. Bu değişiklik sonucunda, Çevre ve Orman Bakanlığı, tüm belediyelere geri dönüşümü sağlanan atıkların ayrı ayrı toplamaları konusunda talimat gönderdi. Belediyeler de bu talimat doğrultusunda, uygulamayla ilgili çalışmaları başlattı.

RADİKAL 11 Şubat 2007

TRAKYA'NIN İMAR PLANINA PİŞTİ!

İstanbul Belediyesi, 2.6 milyon YTL'ye Trakya için ikinci kez imar planı hazırlayacak. Akademisyenlere göre ise yeni plan, Trakya'yı İstanbul'un kenar mahallesi yapacak

İstanbul için yaptığı 1/100.000'lik imar planı davalık olan İstanbul Metropoliten Planlama ve Kentsel Tasarım Merkezi (İMP), şimdi de Trakya'nın imar planını hazırlıyor. Trakya'da üç ilin valileriyle tüm belediye başkanlarının üye olduğu Trakya Kalkınma Birliği (TRAKAB), Trakya'nın 1/100.000'lik imar planlarını hazırlama işini 2.6 milyon YTL'ye İMP'ye verdi. Trakya'nın 2004'te onaylanan 1/100.000'lik imar planının yürürlükte olduğunu belirten akademisyen ve şehir plancıları ise yeni planın gereksiz ve hukuksuz olduğunu söylüyor. Akademisyen ve şehir plancıları, "İMP tarafından yapılacak plan Trakya'nın bütün kaynaklarını İstanbul'a akıtır, Trakya'yı İstanbul'un bir kenar mahallesi haline getirir" diyorlar. Trakya Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Osman İnci, TRAKAB'ın plan hazırlatma yetkisi olmadığını belirterek şu bilgileri verdi: "2004'te Trakya Ünivesitesi'nin öncülüğünde, 1 milyon 950 bin hektarlık Trakya'nın tümü için 1/100.000'lik Ergene Havzası Çevre Düzeni Planı yapıldı ve onaylanarak yürürlüğe girdi. Bu plan hâlâ yürürlükte. Bu planın 5/29'uncu maddesine göre, Trakya'daki su sorunlarını çözmek için Ergene Havzası Su Sorunları Birliği kuruldu. Daha sonra bu birlik adını Trakya Kalkınma Birliği olarak değiştirdi. Bu kurum, şimdi içinden çıktığı Çevre Düzeni Planı'nı iptal etmeye çalışıyor, böyle bir yetkisi yok."

HÜRRİYET 14 Şubat 2007

KUĞULU'DA PROTESTO!

Büyükşehir Belediyesince yürütülen Akay-Kuğulu Park, Kavaklıdere tünel ve geçit çalışmalarını Kuğulu Park'ta düzenlenen etkinlikte protesto edildi. SHP İl Başkanı Celalettin Koç, Ankaralılar'ın ve Çankayalılar'ın çalışmalar nedeniyle yaşamlarının en sıkıntılı günlerini geçirdiklerini söyledi. Kuğulu Park'ta düzenlenen etkinlikte, kavşak ve geçit çalışmalarına yönelik şu bildiri okundu: Trafik, ulaşım ve altyapı açısından yeterli teknik çalışmalar yapılmadan, projesi kamuoyundan gizlenerek, ilgili çevrelerde tartışılmadan, Belediye Başkanının tercihleri doğrultusunda ortaya çıkartılan ve el yordamıyla yürütülen bir projedir. Yetkililer gecikmelere bulvarın altyapısındaki bozukluğu gerekçe göstermektedir. Esas sorun belediyeyi yönetenlerin altyapısındadır. Ankara'nın bu tarihi arterini bir şehirlerarası yol haline getirmekte, Kuğulu Park'ı bir otoyol istasyonuna çevirmekte, Kavaklıdere Meydanını ortadan kaldırmaktadır. Ön hazırlıklar ve anlaşmalar yapılmadan başlanan proje, ne zaman biteceği belli olmayan bir sürece girmiştir. Son olarak Rusya Büyükelçiliğinin gerekli izni vermemesi nedeniyle inşaat gene durmuştur. Esnaf iflasın eşiğindedir.

HÜRRİYET 14 Şubat 2007

DELİ DUMRUL VERGİSİ GERİ DÖNDÜ

Küçükçekmece Belediyesi tek çöp kaldırmadığı İkitelli Organize Sanayi Bölgesi'ndeki 30 bin işletmeye 11 ay önce kestiği '10 yıllık, cezalı Çevre Temizlik Vergisi'ni almak için tekrar harekete geçti. Bölgeden 20 milyon YTL gelir hedefleyen Belediye, cezalı vergileri ödemeyen sanayicinin belediyedeki işlerini askıya aldı. Referans Gazetesi'nde Metin Can imzasıyla yer alan habere göre Küçükçekmece Belediyesi bugüne kadar tek çöp kaldırmadığı İkitelli Organize Sanayi Bölgesi'nden geçmişe dönük 10 yıllık Çevre Temizlik Vergisi alabilmek amacıyla yeniden harekete geçti. 30 bin işletmeye toplamı 20 milyon YTL'yi bulan cezalı tahakkuk gönderen belediye, cezaları ödemeyen sanayicilerin belediyedeki işlerini askıya aldı, tapularına ise şerh koymaya başladı. Bugüne kadar özel temizlik şirketlerinden hizmet alan işletmeler, bin ile 5 bin YTL arasında değişen cezalar için Maliye Bakanlığı'na yazı yazdı. Bölgedeki işletmeler uygulamanın neden tekrar başlatıldığını ve vergi cezaların hangi kritere göre kesildiğini anlayamadıklarını ifade ediyor. İkitelli Demirciler Sanayi Sitesinde faaliyet gösteren Erk Makine'nin Sahibi Ersin Erk, 20 yıldır hiçbir vergi cezası ödemediğine dikkat çekerek, "Ben maliyetlerini aşağı nasıl çekerim diye kara kara düşünürken bir maliyet daha çıktı. Bu da yetmezmiş gibi cezalı duruma düştük. Belediyede işlerimizi bile görmüyorlar" derken İstanbul Ticaret Odası Demir Çelik Üretici ve Satıcıları Komite Üyesi Okan Erdoğan ise en önemli noktanın hak edilmeyen bir verginin istenmesi olarak yorumladı. "Biz çöpümüzü kendi paramız ile toplattık" diyen Erdoğan, konuyu tekrar İstanbul Ticaret Odası gündemine taşıyacaklarını bildirdi. İkitelli Sanayici ve İşadamları Derneği (İSİAD)Başkanı Suat Aydın da konunun takipçisi olacaklarını açıkladı.

MİLLİYET 3 Ağustos 2007

ANTALYA ÖZELLEŞTİ!

Antalya'da tapu şoku... Adliye binası, devlet hastanesi, spor tesisleri, oteller ve yeşil alanlarla 100 bin kişinin yaşadığı iki mahalleyi de içine alan 9 bin dönümlük Hazine arazisi, mahkeme kararıyla özel mülkiyete geçti

52 yıl önce açılan, ancak geçen yıl karara bağlanan mülkiyet davası Antalya'yı sarstı. Yakın zamana kadar kayıtlarda Hazine arazisi olarak gözüken ve Atatürk Kültür Parkı içindeki falezlerden başlayarak Meltem ve Soğuksu mahallelerinin bir bölümünü içine alan 9 bin dönümlük arazi, mahkeme kararıyla özel mülkiyete geçti. Temyizden de davacılar lehine sonuçlanan karara göre, Sheraton, Falez Otel, Tenis İhtisas Kulübü, içinde AKM ve Cam Pramit'in de içinde bulunduğu Atatürk Kültür Parkı, Antalya Büyükşehir Belediyesi'nin dev bir stadyum yapmaya çalıştığı 100. Yıl Spor Kompleksi, Antalya Devlet Hastanesi, Antalyaspor tesisleri, Antalya Adliye Sarayı, Meltem Halk Pazarı, Antkoop Siteleri ve Soğuksu Kapalı Pazaryeri'ni de içine alan 9 bin dönümlük arazi şahıs malı. Antalya kent merkezinde kamu arazisi olarak gözüken bu dev alan, Hazine tarafından belediyelere devredildiği 1970'li yıllarda imara açılmış, birçok kamu kurumu da binalarını bu bölgeye yapmıştı. Cadde ve sokakları bile içine alan davanın sonuçlanmasının ardından harekete geçen mülk sahipleri, arazi üzerindeki yapıların yıkılıp terk edilmesini istedi. Konuyla ilgili bir açıklama yapan Muratpaşa Belediye Başkanı Süleyman Evcilmen, "Mahkeme kararlarına saygılı olmak zorundayız. Yapacak bir şey yok" dedi.

Arazi sahipleri ortada yok: Kamuoyunun pek haberdar olmadığı dava, Soğuksu Kapalı Semt Pazarı'ndaki esnafın isyanıyla duyuldu. Mahkeme kararıyla özel mülkiyet olan pazarın boşaltılması istenince Antalya Semt Pazarcılar Odası, mülk sahipleriyle anlaşıp pazaryerini satın almak istedi. Oda yöneticileri, mülk sahiplerinin istediği 1.5 milyon YTL'yi esnaftan toplamaya kalkışınca ise ortalık karıştı. Esnaf, daha önce para vererek yaptırdıkları pazaryerine bir kez para istenmesine tepki gösterirken Semt Pazarcılar Odası Başkanı İsmail Öz, "Satın almazsak, yıkım kararı uygulanacak ve esnaf mağdur olacak" açıklamasında bulundu. 52 yıllık hukuk savaşını kazanan toprak zenginlerinin ise kimlikleri bilinmiyor ve hiçbiri ortaya çıkmıyor.

MİLLİYET 30 Mart 2007

KÖPRÜ VE OTOYOLLAR BU YIL ÖZELLEŞECEK

Köprü ve otoyolların özelleştirmesini, Özelleştirme İdaresi Başkanlığı (ÖİB) yapacak. Otoyol ve köprülerin özelleştirme programına alınmasına ilişkin karar, Özelleştirme Yüksek Kuruluna (ÖYK) gönderildi. Edinilen bilgiye göre, Boğaziçi ve Fatih Sultan Mehmet köprüleri ile Edirne - Ankara, Pozantı - Tarsus, Tarsus - Gaziantep, Toprakkale - İskenderun, İzmir - Çeşme ve İzmir - Aydın otoyollarının, işletme hakkı devri yöntemiyle özelleştirilmesi öngörülüyor. Özelleştirilmede sorumluluk ÖİB'nin olacak. Ancak hukuki ve teknik çalışmalar Karayolları Genel Müdürlüğü ile birlikte yapılacak. ÖYK'dan özelleştirme programına alınma kararının çıkması durumunda, öncelikle danışman tutulacak. ÖİB ve danışman firma, özelleştirme stratejisini ortaya koyacak. Otoyol ve köprülerin tek tek mi yoksa gruplar halinde mi özelleştirileceği ile devir süreleri de bu aşamada belirlenecek. Her otoyol için devir süresinin maliyet hesaplarına göre belirlenebileceği, dolayısıyla işletme hakkı sürelerinin farklılık gösterebileceği vurgulanıyor. Özelleştirmenin bu yıl içinde tamamlanması öngörülüyor.

MİLLİYET 31 Mart 2007

GÖKÇEK, 9 MİLYON DOLAR İDDİASINI İSPATLAYAMADI

Gökçek, Çölaşan'a yönelik 'Yurtdışından havale aldı', '9 milyon doları var' iddialarını belgeleyemedi

Birbirlerine yönelttikleri suçlamalar ve açtıkları davalarla 12 yıldır kamuoyunun gündeminde olan Hürriyet gazetesi yazarı Emin Çölaşan ile Ankara Büyükşehir Belediye Başkanı Melih Gökçek ilk defa televizyonda canlı yayında karşı karşıya gelerek kozlarını paylaştılar. TGRT Haber televizyonunda yayımlanan Ankara Gündemi'nde düelloya dönüşen tartışma 3 saat sürdü.

Dekontları gösterdi : Gökçek'in belediyenin internet sitesinden gönderdiği, "9 milyon doları var" ve "Yurtdışından havale aldı" iddialarını içeren e-postaları okuyan Çölaşan, "Bana yurtdışından herhangi bir havale gelmedi. Garanti Bankası Kavaklıdere Şubesi'nde bulunan 92 bin doları, talimat verdim, evimin yakınındaki Ziraat Bankası Şubesi'ne göndermelerini istedim. Bir bankadan 100 metre ötedeki bir başka bankaya Bank Of New York üzerinden gidiyor dolar. Hepsi bu. 9 milyon dolar param da yok" dedi. Konuya ilişkin banka dekontlarını Gökçek'e veren Çölaşan, bu konuda kendisine çamur atanların yargılandığını söyledi.

DEĞİŞEN MEVZUAT...

YASALAR, BAKANLAR KURULU KARARLARI, TÜZÜKLER, YÖNETMELİKLER, TEBLİĞLER, GENELGELER

01.02.2007-28.02.2007

İsmail BİNGÖL
İçişleri Bakanlığı Başkontrolörü

NO	KONU	RESMİ GAZETE	
		TARİH	SAYI
KANUNLAR			
5578	Toprak Koruma ve Arazi Kullanımı Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	09.02.2007	26429
5579	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	10.02.2007	26430
5576	Petrol Piyasası Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	13.02.2007	26433
5580	Özel Öğretim Kurumları Kanunu	14.02.2007	26434
5582	Konut Finansmanı Sistemine İlişkin Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	06.03.2007	26454
5594	Büyükşehir Belediyesi Kanunu, Belediye Kanunu, İl Özel İdaresi Kanunu ve Mahallî İdare Birlikleri Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	10.03.2007	26458
5602	Şans Oyunları Hasılatından Alınan Vergi, Fon ve Payların Düzenlenmesi Hakkında Kanun	21.03.2007	26469
5597	Yurt Dışına Çıkış Harcı Hakkında Kanun ile Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	23.03.2007	26471
5604	Malî Tatil İlhdas Edilmesi Hakkında Kanun	28.03.2007	26476
5608	İskân Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	28.03.2007	26476
5609	Gecekondu Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	28.03.2007	26476
5607	Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu	31.03.2007	26479
BAKANLAR KURULU KARARLARI			
2007/11674	4760 Sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanununa Ekli (III) Sayılı Listede Yer Alan Mallarda Uygulanan Özel Tüketim Vergisine İlişkin 25.07.2005 Tarihli ve 2005/9145 Sayılı Kararnamenin Eki Kararda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Karar	17.02.2007	26437
2007/11721	08.02.2002 Tarihli ve 2002/3729 Sayılı Kararnamenin Eki Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar	24.02.2007	26444
2007/11723	Genel Bütçe Vergi Gelirleri Tahsilat Toplamı Üzerinden Büyükşehir Belediyeleri, Belediyeler ve Bunların Bağlı Kuruluşlarına Ayrılacak Paylardan Borçlarına Karşılık Yapılacak Kesintilerin Oranı ve Kesintilerin Alacaklı Kurumlar Arasında Dağılımına İlişkin Esas ve Usuller	27.02.2007	26447
2007/11629	Bazı Belediyeler ve Bağlı Kuruluşları İle Sermayesinin % 50'sinden Fazlası Belediyelere Ait Şirketlerin, 31.12.2004 Tarihi İtibarıyla Kamu Kurum ve Kuruluşlarından Olan Kamu ve Özel Hukuka Tabi Alacakları ile Bunların Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Olan Borçlarının Takas, Mahsup ve Kesinti İşlemine Tabi Tutulmasına Dair Belediye Uzlaşma Komisyonu Kararlarının Onaylanmasına İlişkin Ekli Karar	28.02.2007	26448
2007/11622	Fakir Ailelere Kömür Yardımı Yapılmasına İlişkin Karar	02.03.2007	26450

2007/11772	Kızılırmak Suyunun Kesikköprü Barajından Ankara İvedik Arıtma Tesislerine Getirilebilmesi Amacıyla Ekli Krokide Gösterilen Güzergâh Üzerinde Döşenecek Boru Hattının Geçtiği Yerler ve Bu Maksada Yönelik Olarak Yapılacak Yollar ile Geçici ve Daimi Tesislerin Yer Alacağı Alanların Ankara Su ve Kanalizasyon İdaresi (ASKİ) Tarafından Kamulaştırılması Hakkında Karar	07.03.2007	26455
2007/11834	Türkiye Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı Kurulması Hakkında Kanunun Uygulanmasına Dair Karar	17.03.2007	26465
2007/11826	Bazı Mahalli İdare Birliklerinin Kurulmasına İzin Verilmesi Hakkında Karar	21.03.2007	26469
2007/11836	Ankara Tarihi Kent Merkezi Kapsamında Yer Alan ve 8.8.2005 Tarihli ve 2005/9289 Sayılı Kararname ile Yenileme Alanı Olarak Tespit Edilen Bölgenin Ankara Büyükşehir Belediyesi Tarafından Kamulaştırılmasında, 2942 Sayılı Kamulaştırma Kanununun 27 inci Maddesinin Uygulanması Hakkında Karar	21.03.2007	26469
2007/11825	Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esasların Yürürlüğe Konulmasına İlişkin 29.11.2005 Tarihli ve 2005/9809 Sayılı Kararnamenin Yürürlükten Kaldırılması Hakkında Karar	22.03.2007	26470
YÖNETMELİKLER			
	Tüketici Konseyi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	08.02.2007	26428
	Alt Yapılar İçin Afet Yönetmeliği	15.02.2007	26435
	İşçi Sayılmayan Geçici Personel Çalıştırılmasına İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	17.02.2007	26437
	Kıyı Tesislerine İşletme İzni Verilmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik	18.02.2007	26438
	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	20.02.2007	26440
	Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına Dair Yönetmelik	22.02.2007	26442
	Toplu Konut İdaresi Başkanlığı Satış, Devir, İntikal, Kiraya Verme, Trampa, Sınırlı Ayni Hak Tesisi ve Arsa Satışı Karşılığı Gelir Paylaşımı İhale Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	27.02.2007	26447
	Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkında Yönetmelik	06.03.2007	26454
	Ölçü ve Ölçü Aletleri Tip Onay Belgesi Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	13.03.2007	26461
	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	15.03.2007	26463
	Kültür ve Turizm Bakanlığınca Yerel Yönetimlerin, Derneklerin, Vakıfların ve Özel Tiyatroların Projelerine Yapılacak Yardımlara İlişkin Yönetmelik	15.03.2007	26463
	Kamu Taşınmazlarının Turizm Yatırımlarına Tahsisi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	16.03.2007	26464
	6831 Sayılı Orman Kanununun 2 inci Maddesinin (A) Bendine Göre Orman Sınırları Dışına Çıkarılacak Yerler Hakkında Yönetmelik	16.03.2007	26464
	Orman Sayılan Alanlarda Verilecek İzinler Hakkında Yönetmelik	22.03.2007	26470
	Uzlaşma Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	23.03.2007	26471
	Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	24.03.2007	26472
	İller Bankası Kanunu Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	28.03.2007	26476

	Tehlikeli Maddelerin Karayoluyla Taşınması Hakkında Yönetmelik	31.03.2007	26479
	Kıyı Tesislerine İşletme İzni Verilmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	31.03.2007	26479
TEBLİĞLER **Devlet Bakanlığından**			
	Zorunlu Deprem Sigortası Tarife ve Talimatında Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tarife ve Talimat	20.02.2007	26440
TEBLİĞLER **Hazine Müsteşarlığından**			
	Büyükşehir Belediyeleri ve Bunlara Bağlı Kuruluşlar ile Sermayesinin %50'sinden Fazlası Büyükşehir Belediyelerine Ait Şirketlerin Kamu Kurum ve Kuruluşlarından Olan Kamu ve Özel Hukuka Tabi Alacakları ile Bunların Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Olan Borçları Hakkında Takas, Mahsup ve Kesinti İşlemleri Genel Tebliği (Tebliğ No: 2007/1)	01.03.2007	26449
TEBLİĞLER **Maliye Bakanlığından**			
	Vergi Usul Kanunu Genel Tebliği (Sıra No: 367)	01.02.2007	26421
	Milli Emlak Genel Tebliği (Sıra No: 309)	09.02.2007	26429
	Milli Emlak Genel Tebliği (Sıra No: 310)	15.02.2007	26435
	2007 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Uygulama Tebliği (Sıra No: 5)	01.03.2007	26449
	Vergi Usul Kanunu Genel Tebliği (Sıra No: 368)	01.03.2007	26449
	Gelir Vergisi Genel Tebliği Seri No: 262	06.03.2007	26454
	Parasal Sınırlar ve Oranlar Hakkında Genel Tebliğ (Sayı: 2007/1)	08.03.2007	26456
	Ön Ödeme Usul ve Esasları Hakkında Genel Tebliğ (Sayı: 2007/1)	08.03.2007	26456
	Merkezî Yönetim Harcama Belgeleri Hakkında Genel Tebliğ (Sayı: 2007/1)	08.03.2007	26456
	Gelir Vergisi Genel Tebliği Seri No: 263	08.03.2007	26456
	Taşınır Kod Listesi Genel Tebliği (Sayı:2007/1)	31.03.2007	26479
TEBLİĞLER **Adalet Bakanlığından**			
	Milletlerarası Tahkim Ücret Tarifesi Hakkında Tebliğ	23.02.2007	26443
TEBLİĞLER **Kültür ve Turizm Bakanlığından**			
	Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu Kapsamındaki Kültür Varlıklarının Rölöve, Restorasyon, Restitüsyon Projeleri, Sokak Sağlıklaştırma, Çevre Düzenleme Projeleri ve Bunların Uygulamaları ile Değerlendirme, Muhafaza, Nakil İşleri Ve Kazı Çalışmalarına İlişkin Mal ve Hizmet Alımlarında Parasal Limitlerin Güncellenmesi Hakkında Tebliğ (Tebliğ No: 2007/1)	09.02.2007	26429
TEBLİĞLER **İçişleri Bakanlığından**			
	Belediye Gelirleri Kanunu Genel Tebliği (Seri No: 2007/1)	23.02.2007	26443
TEBLİĞLER **Tarım ve Köyişleri Bakanlığından**			
	Kırsal Kalkınma Yatırımlarının Desteklenmesi Programı Çerçevesinde Tarıma Dayalı Yatırımların Desteklenmesi Tebliği (Tebliğ no: 2007/3)	14.02.2007	26434

	Kırsal Kalkınma Yatırımlarının Desteklenmesi Programı Çerçevesinde Makine, Ekipman Alımlarının Desteklenmesi Tebliği (Tebliğ No: 2007/4)	14.02.2007	26434
TEBLİĞLER **Çevre ve Orman Bakanlığından**			
	Denizlerde Balık Çiftliklerinin Kurulamayacağı Hassas Alan Niteliğindeki Kapalı Koy ve Körfez Alanlarının Belirlenmesine İlişkin Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	17.02.2007	26437
TEBLİĞLER **Basın İlân Kurumu Genel Müdürlüğünden**			
	Basın İlân Kurumu Teşkiline Dair 195 Sayılı Kanun Uyarınca Yayınlanacak İlân ve Reklâmlar ile Bunları Yayınlayacak Mevkuteler Hakkında 15.2.1977 Tarihli ve 67 Sayılı Genel Kurul Kararı'nın Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Genel Kurul Kararı	02.03.2007	26450
TEBLİĞLER **Gelir İdaresi Başkanlığından**			
	Yurt Dışına Çıkış Harcı Hakkında Kanunun Uygulanmasına Dair Genel Tebliğ (Seri No: 1)	30.03.2007	26478
GENELGELER **Başbakanlıktan**			
	Dünya Bankası ve IMF 2009 Yılı Toplantısı. (Genelge: 2007/5)	08.02.2007	26428
GENELGELER **İçişleri Bakanlığından**			
2007/16	Turizm altyapı hizmet birlikleri	06.02.2007	
2007/18	Şirketler	07.02.2007	
	Eğitim Faaliyetleri	21.02.2007	

Tüketici Konseyi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

08.02.2007 tarih ve 26428 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen yönetmeliğin 5. maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"Başkan ve üyeler

MADDE 5 – Konsey, Bakanın veya görevlendireceği Müsteşar veya müsteşar yardımcısının başkanlığında;

1) ...

24) Büyükşehir belediyelerinden birer temsilci,

25) İl Belediyelerini temsilen Türkiye Belediyeler Birliğinden bir temsilci, ..."

Dünya Bankası ve IMF 2009 Yılı Toplantısı. (Genelge: 2007/5)

08.02.2007 tarih ve 26428 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Başbakanlık Genelgesi önemi nedeniyle aynen aşağıya alınmıştır.

"Dünya Bankası-Uluslararası Para Fonu (IMF) 2009 Yılı Guvernörler Toplantısı 6-7 Ekim 2009 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirilecektir. Yıllık toplantılara adı geçen kuruluşlara üye 184 ülkeyi temsil eden devlet başkanı, başbakan, bakan ve merkez bankası başkanı düzeyinde resmi yetkili katılmaktadır. Toplantılar aynı zamanda uluslar arası finans kuruluşlarının en üst düzey yöneticilerinin bir araya geldiği bir platform olma niteliği taşımaktadır. Uluslararası medya tarafından da yakından takip edilen toplantılara yoğun bir katılım olmakta ve katılımcı sayısı on bini aşmaktadır.

Toplantının ülkemizde gerçekleştirilecek olması son dönemde elde edilen somut ekonomik ilerlemelerin uluslar arası ekonomi ve finans çevrelerine daha yakından tanıtılması ve ülkemizin uluslar arası prestiji açısından büyük önem taşımaktadır. Bu toplantı kültür ve turizm boyutu ile ülkemizin ve İstanbul'un tanıtımı açısından da önemli bir fırsat olacaktır.

Ülkemizin bu büyük organizasyona başarılı bir şekilde ev sahipliği yapabilmesi için ilgili bakanlıkların merkez ve taşra teşkilatları, ekonomi yönetiminden sorumlu kurum ve kuruluşlar, yerel idareler, medya organları, sivil toplum örgütleri ve ilgili diğer tüm birimler düzeyinde üç yıl öncesinden başlanmak üzere üst düzey bir işbirliği ve koordinasyon gerekmektedir.

Hazırlık çalışmaları, Hazine Müsteşarlığının koordinasyonunda Dışişleri Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyet

Merkez Bankası, İstanbul Valiliği ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi Başkanlığı'nın aktif katılımıyla yürütülecektir.
Tüm kurum ve kuruluşların toplantı organizasyonuna ilişkin yapacakları çalışmalarda azami gayret ve özeni göstermesi, koordinasyon ve hazırlıklardan sorumlu kuruluşlara gerekli her türlü desteği sağlaması hususunda gereğini rica ederim."

Toprak Koruma ve Arazi Kullanımı Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

09.02.2007 tarih ve 26429 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5578 sayılı Kanununun 1. maddesi ile 5403 sayılı Toprak Koruma ve Arazi Kullanımı Kanununun 3. maddesine aşağıdaki bent eklenmiştir.
"t) Özel Arazi Toplulaştırması: Köy tüzel kişiliği, **belediyeler**, kooperatifler, birlikler gibi tüzel kişilikler veya kamu kuruluşlarının, hizmet konuları ile ilgili arazi teminini de kapsayacak şekilde yapacakları arazi toplulaştırmasını,"
Kanunun 4. maddesi ile Toprak Koruma ve Arazi Kullanımı Kanununun 17. maddesinin ikinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki üçüncü fıkra eklenmiştir.
"Köy tüzel kişiliği, **belediyeler**, kooperatifler, birlikler gibi tüzel kişilikler veya kamu kuruluşlarının, hizmet konuları ile ilgili özel arazi toplulaştırması ve/veya tarla içi geliştirme hizmeti yapmak istemeleri durumunda, Bakanlığa gerekçeleri ile başvurarak toplulaştırma isteklerini bildirirler. Gerekçelerin yeterli görülmesi durumunda Bakanlığın teklifi ile Bakanlar Kurulu kararı alındıktan sonra başvuran tüzel kişilik veya kuruluş bu Kanuna göre toplulaştırma projesini hazırlar ve onay için Bakanlığa iletir. Özel arazi toplulaştırması yapmak isteyen kuruluş, gerekli teknik personeli bünyesinde bulundurmak veya proje süresince tâbi oldukları mevzuat hükümlerine uygun olarak sözleşmeli personel çalıştırmak zorundadır. Özel arazi toplulaştırması yapan kurum veya kuruluşlar kamu yatırımları için ihtiyaç duyulan arazi miktarını toplulaştırma yoluyla karşılayabilir. Özel arazi toplulaştırması yapacak idarelerce ihtiyaç duyulacak yatırımlar için ortak kullanım alanı kesinti payı ile karşılanamayan araziler, varsa hazine arazilerinden, hazine arazilerinin yeterli olmadığı veya bulunmadığı yerlerde ise ilgili idarelerce belirlenecek usûl ve esaslar dahilinde fizikî tesislerin yapılacağı alana bağlı kalınmaksızın gerçek ve tüzel kişilerinden anlaşma yoluyla karşılanabilir. Bu araziler, fizikî tesislerin yapılacağı yere kaydırılır. Aynı alanda birden fazla kurum veya kuruluş tarafından toplulaştırma ve/veya tarla içi geliştirme hizmeti yapmak talebinde bulunulması halinde toplulaştırmayı ve/veya tarla içi geliştirme hizmetini yapacak kuruluşu Bakanlık belirlemeye yetkilidir."

Milli Emlak Genel Tebliği (Sıra No: 309)

09.02.2007 tarih ve 26429 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen Tebliğ'in ilgili bölümü aynen aşağıya alınmıştır.
"...mülkiyeti vakıflar ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait olup üzerinde toplu yapılaşma bulunan taşınmazların, Hazine taşınmazları ile trampasına esas olmak üzere yapılacak kıymet takdir kararlarında 5565 sayılı Kanunla yapılan değişikliğin dikkate alınarak, 492 sayılı Harçlar Kanununun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasına göre hesaplanacak değerlerinin yüzde yirmi fazlasının rayiç bedel olarak dikkate alınması gerekmektedir.
Ayrıca,
Vakıflar Genel Müdürlüğünün mülkiyetinde iken, üzerinde yoğun yapılaşma bulunması nedeniyle 4916, 5228 ve 5565 sayılı Kanunlarla değişik 4706 sayılı Kanunun geçici 4 üncü maddesine göre trampa yoluyla Hazine mülkiyetine geçen taşınmazların bulunduğu alanlarda düzenli ve planlı kentsel gelişim ve dönüşümün sağlanması ile sağlıksız kentsel dokuların ortadan kaldırılması, işgalli alanlardaki mülkiyet sorunlarının çözülerek hızla ekonomiye kazandırılması amacıyla, 4706 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin altıncı fıkrasına göre belediyelere devrinde özel bir açıklama yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Buna göre;
1 - Kadastral parsellerin de devredilebilecek taşınmazlar arasında sayılması,
2 - Bu taşınmazlardan gerekli olanlar için öncelikle imar planları veya imar uygulaması yapılması, belediyelerce imar planı ve/veya imar uygulaması yapılmadan kadastral parsel üzerinden yapılan satışlarda, düzenleme ortaklık paylarına ilave olarak, satışı yapılan arazinin düzenlemeden önceki yüzölçümünün % 20'sinin, satış bedelinden aynı oranda düşülmek kaydıyla eğitim ve sağlık tesisleri ile diğer resmî tesis alanları için ayrılabileceğine ve bu amaçla ayrılan alanların bedelsiz ve müstakil parsel şeklinde Hazine adına resen tescil edileceğine dair tapu kütüğüne şerh konulması,
3 - Taşınmazların belediyelerce satışında, 492 sayılı Harçlar Kanununun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasına göre hesaplanacak değerlerinin iki katından aşağı olmamak üzere, 2886 sayılı Devlet İhale Kanununun 9 ve 13 üncü maddelerine göre Belediye bünyesinde oluşacak komisyonca belirlenecek rayiç bedelin dikkate alınması,
4 - Taşınmazların trampa bedeli ile belediyenin satış bedeli arasındaki farktan Belediyelere 4706 sayılı Kanunun 5 inci maddesine göre pay ayrılması,

5 - Vakıflardan 4706 sayılı Kanunun geçici dördüncü maddesine göre trampa yoluyla alınan taşınmazlarda 2006/09 sayılı Milli Emlak Genelgesinin uygulanmaması,
6 - 4916 sayılı Kanunun Geçici 4 üncü maddesine göre Hazine mülkiyetine geçen taşınmazların belediyelere devrinde yetkinin Valiliklere (Defterdarlık) devredilmesi,
Uygun görülmüştür.
Devir ve satış işlemlerinin yukarıda belirtilen hususlar dikkate alınarak, 18.7.2001 tarihli ve 24466 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 4706 sayılı Hazineye Ait Taşınmaz Malların Değerlendirilmesi ve Katma Değer Vergisi Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun hükümlerine göre yapılmamasından ilgili belediyeler sorumludur."

Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu Kapsamındaki Kültür Varlıklarının Rölöve, Restorasyon, Restitüsyon Projeleri, Sokak Sağlıklaştırma, Çevre Düzenleme Projeleri ve Bunların Uygulamaları ile Değerlendirme, Muhafaza, Nakil İşleri Ve Kazı Çalışmalarına İlişkin Mal ve Hizmet Alımlarında Parasal Limitlerin Güncellenmesi Hakkında Tebliğ (Tebliğ No: 2007/1)

09.02.2007 tarih ve 26429 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen Tebliğ ile Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu Kapsamındaki Kültür Varlıklarının Rölöve, Restorasyon, Restitüsyon Projeleri, Sokak Sağlıklaştırma, Çevre Düzenleme Projeleri ve Bunların Uygulamaları ile Değerlendirme, Muhafaza, Nakil İşleri ve Kazı Çalışmalarına İlişkin Mal ve Hizmet Alımlarına Dair Yönetmelik'in "Güncelleme" başlıklı 26. maddesine dayanılarak Yönetmelikte yer alan parasal limitlerin Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan 2006 yılının Genel Üretici Fiyatları Endeksi (ÜFE) oranları esas alınarak güncellenmiş ve Tebliğ eki tabloda gösterilmiştir. İlgili olanların bu tabloyu incelemesi tavsiye olunur.

Petrol Piyasası Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

13.02.2007 tarih ve 26433 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5576 sayılı adı geçen Kanununun 3. maddesi ile 5015 sayılı Petrol Piyasası Kanununa aşağıdaki maddeler eklenmiştir.
"Kaçak petrolün tespiti ve tasfiyesi
EK MADDE 3- Kaçak petrolün; bu Kanun hükümleri dışında satışa arz edilmesi, satılması, bulundurulması, bu özelliğini bilerek ticarî amaçla satın alınması, taşınması veya saklanması yasaktır.
Kaçak petrol yakalandığında, kaçak petrole derhal el konulur ve yakalandığı ildeki **il özel idaresine** miktarını, cinsini ve özelliklerini gösterir bir tutanakla teslim edilir.
Kaçak petrol hakkında tasfiye kararı, soruşturma evresinde hâkim tarafından verilir. Bu karar, kaçak petrole el konulduğu tarihten itibaren onbeş gün içinde, eşyadan numune alınmasının mümkün olduğu durumlarda numune alınarak, mümkün olmaması halinde ise gerekli tespitler yaptırılarak verilir.
Kaçak petrolden alınacak numunelere ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir. Kaçak petrolün teknik düzenlemelere uygunluğunun tespiti, Kurum tarafından belirlenen akredite laboratuvarlar tarafından yapılır. Bu çerçevede gönderilen numunelerin tetkik ve tahlil giderleri Kurumca karşılanır. Laboratuvarlar, bunlara ilişkin tetkik ve tahlil işlemlerini öncelikle ve ivedilikle sonuçlandırır.
Kaçak petrolün tasfiyesi ilgili **il özel idaresi** tarafından bu Kanun hükümlerine göre yapılır.
Kaçak petrolden teknik düzenlemelere uygun olanlar, Kurum tarafından belirlenen usûl ve esaslara göre ilgili **il özel idaresi** tarafından, teknik düzenlemelere uygunluğunun tespiti tarihinden itibaren en geç bir ay içinde açık artırma suretiyle satışı yapılarak veya yaptırılarak tasfiye edilir. Bir ay içinde satılamayan kaçak petrol, pazarlık usulü ile satışı yapılarak tasfiye edilir.
Kaçak petrolden teknik düzenlemelere uygun olmayanlar, Kurum tarafından belirlenen usul ve esaslara göre ilgili **il özel idaresi** tarafından, teknik düzenlemelere uygun olmadığının tespiti tarihinden itibaren en geç bir ay içinde, satılmak üzere Tasfiye İşleri Döner Sermaye İşletmeleri Genel Müdürlüğüne devredilir ve Tasfiye İşleri Döner Sermaye İşletmeleri Genel Müdürlüğü tarafından satışa ilişkin masraflar düşüldükten sonra bakiye bedel ilgili **il özel idaresine** aktarılır.
İlgili **il özel idaresi** tarafından, kaçak petrolün satışından elde edilen gelirden, kaçak petrole ilişkin vergiler ilgili vergi dairesine yatırıldıktan sonra, kalan para bankada açılacak bir emanet hesaba yatırılır.
Kaçak petrolün tasfiyesine ilişkin bu maddede düzenlenmeyen diğer usûl ve esaslar, Maliye Bakanlığının ve Gümrük Müsteşarlığının görüşü alınarak Kurumca yürürlüğe konulacak yönetmelikle düzenlenir.
Yargılamanın, tasfiye edilen kaçak petrolün sahiplerinin lehine sonuçlanması halinde; toplam satış bedelinden vergiler düşüldükten sonra kalan tutar, satış tarihinden kararın kesinleştiği tarihe kadar geçen süre için kanunî temerrüt faizi oranında hesaplanan faiz de ilave edilerek hak sahibine ödenir. Emanet hesabında bulunan tutarın hak sahibine yapılacak ödemeyi karşıla-

maması halinde, aradaki fark Maliye Bakanlığınca genel bütçeden karşılanır. Kaçak petrole ilişkin mahkûmiyet hükmünün veya müsadere kararının kesinleşmesinden sonra emanet hesaptaki tutar genel bütçeye gelir olarak yatırılır.

Kaçak petrole ilişkin mahkûmiyet hükmü veya müsadere kararı kesinleşenler, Kurum tarafından, varsa lisansları iptal edilerek kamuoyuna ilan edilir, ayrıca bu Kanun kapsamında bu kişilere hiçbir şekilde yeniden lisans verilmez.

Bu madde kapsamında teminatla iade hükümleri uygulanmaz.

Kaçak petrole ilişkin olarak bu Kanunda yer almayan hususlarda, 4926 sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu hükümleri uygulanır.

Bu madde kapsamında veya kaçak petrol ile mücadele konusunda; Kurumca, Tasfiye İşleri Döner Sermaye İşletmeleri Genel Müdürlüğünce, il özel idarelerince yapılacak her türlü mal, araç-gereç ve hizmet alımlarında, 04.01.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu; kaçak petrolün satışında, 08.09.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu hükümleri uygulanmaz.

"EK MADDE 4- Kaçak petrolün yakalanması halinde, ihbar edenlere ve yakalayan kamu görevlilerine aşağıdaki usûl ve esaslara göre ikramiye ödenir:

a) Bir ihbar sonucunda kaçak petrolün sahipli yakalanması halinde; kaçak petrolün satışından sonra vergiler dahil elde edilen toplam gelirin yüzde onu tutarında ihbar edene, yüzde onu tutarında kaçak petrolün yakalanması eylemine bizzat ve fiilen katılan kamu görevlilerine ikramiye ödenir. Kaçak petrole ilişkin mahkûmiyet hükmünün veya müsadere kararının kesinleşmesini takip eden bir ay içerisinde kaçak petrolün satışından vergiler dahil elde edilen toplam gelirin yüzde onbeşi tutarında ihbar edene, yüzde onbeşi tutarında kaçak petrolün yakalanması eylemine bizzat ve fiilen katılan kamu görevlilerine ilave ikramiye ödenir.

b) Bir ihbar olmadan kaçak petrolün sahipli yakalanması halinde; kaçak petrolün satışından sonra vergiler dahil elde edilen toplam gelirin yüzde onu tutarında kaçak petrolün yakalanması eylemine bizzat ve fiilen katılan kamu görevlilerine ikramiye ödenir. Kaçak petrole ilişkin mahkûmiyet hükmünün veya müsadere kararının kesinleşmesini takip eden bir ay içerisinde kaçak petrolün satışından vergiler dahil elde edilen toplam gelirin yüzde onbeşi tutarında kaçak petrolün yakalanması eylemine bizzat ve fiilen katılan kamu görevlilerine ilave ikramiye ödenir.

c) Yakalanan kaçak petrolün sahipli olmaması halinde; bu madde kapsamında ihbar edenlere ve yakalayan kamu görevlilerine ödenecek ikramiyeler yüzde elli eksik ödenir.

ç) Bu maddeye göre yapılacak ikramiye ödemeleri, ilgili **il özel idaresi** tarafından öncelikle emanet hesaptan karşılanır, emanet hesaptaki paranın ikramiye ödemelerine yetmemesi halinde aradaki fark derhal Maliye Bakanlığınca ilgili **il özel idaresine** aktarılır.

d) Kaçak petrole ilişkin mahkûmiyet hükmünün veya müsadere kararının kesinleşmesini takip eden bir ay içerisinde kaçak petrolün satışının yüzde yirmibeşi kadar ilgili **il özel idaresi** bütçesine gelir kaydedilmek üzere, Maliye Bakanlığınca genel bütçeden ödeme yapılır.

Bu maddeye göre ödenecek ikramiyeler damga vergisi hariç vergi, resim ve harca tâbi değildir.

İhbar edenlerin kimlikleri izinleri olmadıkça veya ihbarın niteliği haklarında suç oluşturmadıkça açıklanamaz.

Bu madde kapsamında dağıtılacak ikramiye ödemelerine ilişkin usûl ve esaslar ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer hususlar, Maliye Bakanlığının görüşü alınarak, İçişleri Bakanlığınca çıkarılacak bir yönetmelikle belirlenir.

EK MADDE 5- Kaçak petrolü satışa arz eden, satan, bulunduran, bu özelliğini bilerek ticarî amaçla satın alan, taşıyan veya saklayan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ve yirmibin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır. Kaçak petrolün ve kaçakçılıkta kullanılan suç araç ve gereçlerinin müsaderesine de hükmolunur.

Ulusal markeri yetkisiz olarak üreten, satışa arzeden, satan, yetkisiz kişilerden satın alan, kabul eden, bu özelliğini bilerek nakleden veya bulunduran kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis ve yirmibin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır. Ulusal markerin kimyasal özelliklerini taşımasa bile, bu madde yerine kullanılmak amacıyla üretilen kimyasal terkipler hakkında da bu fıkra hükmü uygulanır.

Kanunen daha ağır cezayı gerektirmeyen hallerde; Kurum tarafından, ek 3 üncü maddenin birinci fıkrasına aykırı hareket edenlere, tasfiye edilen kaçak petrolün vergiler dahil satış bedelinin üç katı tutarında ayrıca idarî para cezası verilir."

Kanunun 4. maddesi ile 5015 sayılı Petrol Piyasası Kanununa aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

"Yönetmeliklerin ve düzenlemelerin yürürlüğe konulması

GEÇİCİ MADDE 4 – Ek 3 üncü ve ek 4 üncü maddelerde belirtilen yönetmelikler ve düzenlemeler bu Kanunun yayımı tarihinden itibaren iki ay içinde yürürlüğe konulur."

Kırsal Kalkınma Yatırımlarının Desteklenmesi Programı Çerçevesinde Tarıma Dayalı Yatırımların Desteklenmesi Tebliği (Tebliğ no: 2007/3)

14.02.2007 tarih ve 26434 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen Tebliğ'in 13/6 maddesine göre il özel idaresi, belediye, belde başkanlığı gibi kamu kurum ve kuruluşları, bunların vakıf, birlik benzeri teşekkülleri ile bunların içinde bulunduğu ortaklıkların başvuruları ekonomik yatırımlar destekleme programı kapsamında değerlendirilmez.

Tebliğin 17/2 maddesine göre tarımsal altyapı yatırımlarını destekleme programı kapsamındaki yatırım konularına köy ve mahalle muhtarlığı, belde, belediye, büyükşehir belediyesi başkanlığı, İl Özel İdaresi ve bunların vakıf, birlik gibi teşekkülleri ile bunların içinde bulunduğu ortaklıkların yapacakları proje başvuruları program kapsamında değerlendirilmez.

Kırsal Kalkınma Yatırımlarının Desteklenmesi Programı Çerçevesinde Makina, Ekipman Alımlarının Desteklenmesi Tebliği (Tebliğ No: 2007/4)

14.02.2007 tarih ve 26434 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen Tebliğ'in 11/5 maddesine göre il özel idaresi, belediye, belde başkanlığı gibi kamu kurum ve kuruluşları, bunların vakıf, birlik benzeri teşekkülleri ile bunların içinde bulunduğu ortaklıkların başvuruları program kapsamında değerlendirilmez.

Alt Yapılar İçin Afet Yönetmeliği

7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanuna ve 180 sayılı Bayındırlık ve İskân Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye dayanılarak hazırlanan adı geçen Yönetmelik 15.02.2007 tarih ve 26435 sayılı Resmi yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur.

İçme suyu ve kanalizasyon şebeke ve arıtmalarını içeren altyapı tesislerinin etüt, planlama, proje, inşaat ve işletme süreçlerini kapsayan bu yönetmeliğin amacı, içme suyu ve kanalizasyon şebeke ve arıtmalarını içeren altyapı tesislerinin doğal afetlere dayanıklı olarak tasarımı ve mühendislik hesapları ile malzeme seçimi, yapımı, işletilmesi, bakım ve onarımı için gerekli asgari şartlara dair usul ve esasları belirlemektir.

Yönetmeliğin 5. maddesine göre altyapı tesisi yapılacak alanların etüt ve planlaması, konuyla ilgili düzenlemeler ile bu düzenlemelerde belirtilmeyen hususlarda öncelikle TSE standartları esas alınmak kaydı ile ilgili AB düzenlemelerine uygun olarak yapılır.

Yönetmeliğin 6 ve 7. maddelerinde etüt ve planlama çalışmaları kapsamında incelenecek hususlar fıkralar halinde belirtilmektedir.

Yönetmeliğin 8.maddesine göre altyapı tesislerinin depreme yönelik tasarımı ve afet duyarlılık değerlendirmesinde bu Yönetmeliğin ekinde yer alan Tablo-1 ve Tablo-2'de verilen kıstaslar esas alınacaktır.

Yönetmeliğin 9-15. maddelerini kapsayan üçüncü bölümünde; jeoteknik etüdün kapsamı, zemin koşullarının belirlenmesi, iletim hatlarında yapılacak çalışmalar, iletim hatlarında yapılacak araştırma çukuru çalışmaları ve amacı, iletim hatlarında yapılacak sondaj çalışmaları ve amacı, sınai yapılarda yapılacak çalışmalar, yapı zemin ilişkisinin değerlendirilmesi konularında düzenlemeler yapılmaktadır.

Yönetmeliğin 16- 23. maddelerini kapsayan dördüncü bölümünde; malzeme seçimine ilişkin genel esaslar, sınai imalatlarda kullanılacak malzemeler, borulu imalatlarda kullanılacak malzemeler,boru hatları ve bağlantıları için malzeme seçim ölçütleri, birleşim noktalarında kullanılacak kırılma önleyici malzemeler, düğüm nokta teşkilinde dikkat edilecek hususlar, depo giriş ve çıkışı ile manevra odalarındaki bağlantı hatlarında kullanılacak malzeme ve dikkat edilecek hususlar ve kullanılacak dolgu malzemesi hususları düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin 24-25. maddelerini kapsayan beşinci bölümünde projelendirmeye ilişkin temel esaslar ve hesaplama yöntemleri açıklanmaktadır.

Yönetmeliğin altıncı bölümünde; hazırlanan projelerin ilgili kurumlarca onaylanması, standart ve şartnameler ve imalata esas hükümler düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin yedinci bölümünde; İşletme projeleri ve bütünleşik paftalar hususlarında düzenleme yapılmıştır.

Denizlerde Balık Çiftliklerinin Kurulamayacağı Hassas Alan Niteliğindeki Kapalı Koy ve Körfez Alanlarının Belirlenmesine İlişkin Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ

17.02.2007 tarih ve 26437 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen Tebliğ'in 1. maddesi ile 24.01.2007 tarihli ve 26413 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Denizlerde Balık Çiftliklerinin Kurulamayacağı Hassas Alan Niteliğindeki Kapalı Koy ve Körfez Alanlarının Belirlenmesine İlişkin Tebliğ"in 3. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"a) Aşağıdaki tabloda belirtilen parametrelere karşılık gelen kriterlerden herhangi birinin sağlandığı koy ve körfez alanları hassas alan niteliğindeki kapalı koy ve körfez alanları olarak nitelendirilir. Bu alanlar içinde kalan yerlerde balık çiftlikleri kurulamaz."

Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına Dair Yönetmelik

5393 sayılı Belediye Kanununun 49. maddesi, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununun 21 ve 28. maddeleri ile 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanununun 17 ve 22. maddelerine dayanılarak hazırlanan bu yönetmelik 22.02.2007 tarih ve 26442 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur.
Belediyeler ve bağlı kuruluşları ile belediye ve il özel idarelerinin üye oldukları mahalli idare birliklerinde istihdam edilen memur, sözleşmeli personel, sürekli işçi ve geçici iş pozisyonlarında çalıştırılanları kapsayan bu yönetmeliğin amacı 1. maddesinde şöyle açıklanmaktadır.
"Bu Yönetmeliğin amacı; kamu kaynaklarının etkili ve verimli kullanılması, yerel hizmetlerin dengeli dağılımının temin edilmesi, belediyeler tarafından sunulan hizmetlerde kalitenin artırılması, ihtiyaç duyulan nitelik, unvan ve sayıda personel istihdamının sağlanmasıdır."
Daha önce Bakanlar Kurulu'nca çıkarılan ve Danıştay tarafından yürürlüğü durdurulan Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esaslar ile temelde aynı olan bu yönetmelik ileriki sayılarda ayrı bir yazı konusu edileceğinden burada üzerinde ayrıntılı olarak durulmamıştır.

Belediye Gelirleri Kanunu Genel Tebliği (Seri No: 2007/1)

23.02.2007 tarih ve 26443 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan ve hükümleri 3 yıl süre ile geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe giren adı geçen Tebliğ'in 1. maddesi ile 2464 sayılı Belediye Gelirleri Kanununun 95. maddesi gereğince, Maliye Bakanlığı ile Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığının görüşü alınarak hazırlanan belediye grupları Tebliğ'e ekli listede gösterilmiştir.
Tebliğin 2. maddesi ile nüfusları ile sosyal ve ekonomik gelişme durumlarına göre, belediyeler aşağıdaki gruplara ayrılmıştır:
a) Nüfusu 100.001 ve yukarı olan belediyeler 1. grup,
b) Nüfusu 50.001 - 100.000 arasında olan belediyeler ile nüfusu 50.001 den aşağı da olsa il merkezi belediyeleri 2. grup,
c) Nüfusu 20.001 - 50.000 arasında olan belediyeler 3. grup,
ç) Nüfusu 5.001 - 20.000 arasında olan belediyeler 4. grup,
d) Nüfusu 5.000 den aşağı olan belediyeler 5. grup.
Tebliğ'in 3. maddesi ile "Ticari ve/veya turistik yönden önem arz eden belediyeler" ile "ilçe merkezi olan belediyeler" mensup oldukları gruptan bir üst gruba yükseltilmiştir.
Tebliğin 4. maddesine göre belediyelerin nüfuslarının tespitinde, Türkiye İstatistik Kurumunun 22 Ekim 2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre kesinleşmiş nüfusları esas alınmıştır.

Genel Bütçe Vergi Gelirleri Tahsilât Toplamı Üzerinden Büyükşehir Belediyeleri, Belediyeler ve Bunların Bağlı Kuruluşlarına Ayrılacak Paylardan Borçlarına Karşılık Yapılacak Kesintilerin Oranı ve Kesintilerin Alacaklı Kurumlar Arasında Dağılımına İlişkin Esas ve Usuller

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun geçici 3. ve geçici 5. maddeleri ile 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun geçici 5. i ve geçici 6. maddelerine dayanılarak hazırlanan bu Esas ve Usuller 27.02.2007 tarih ve 26447 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.
2007/11723 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 1. maddesinde bu Esas ve Usullerin amaç ve kapsamı şöyle açıklanmıştır. " (1) .. her ay genel bütçe vergi gelirleri tahsilat toplamı üzerinden belediyeler ve bağlı kuruluşlara ayrılacak paylardan, bunların 31/12/2006 tarihinden önceki dönemlere ait borçlarına karşılık yapılacak kesintilerin oranı ve alacaklı kurumlar arasında dağılımına ilişkin hususları belirlemektir.
(2) Bu Esas ve Usullerin kapsamı, belediyeler ile bağlı kuruluşların; 31/12/2006 tarihi itibarıyla tahakkuk etmiş olan 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerine göre takip edilen Devlete olan borçları, 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkında Kanun kapsamında tanımlanan Hazine alacağı niteliğindeki borçları ve sosyal güvenlik kuruluşlarına olan borçları ile 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun geçici 3 üncü maddesi ile 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun geçici 5 inci maddesi kapsamında taksitlendirilmiş bulunan veya taksitlendirilecek borçlarına karşılık, bu idareler adına her ay genel bütçe vergi gelirleri tahsilat toplamı üzerinden ayrılacak paylarından yapılacak kesintilerdir.
Bakanlar Kurulu Kararının 4. maddesinde kapsama giren borçların sınıflandırılması yapılmıştır. Maddeye göre bu Esas ve Usuller kapsamındaki belediyeler ile bağlı kuruluşların borçları;
"a) 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun geçici 3 üncü maddesi ile 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun geçici 5 inci maddesi kapsamında uzlaşma sağlanmış bulunan veya uzlaşma sağlanacak olan borçları,

b) 31/12/2006 tarihi itibarıyla tahakkuk etmiş ve uzlaşma sağlanmamış olan 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerine göre takip edilen Devlete olan borçları, 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkında Kanun kapsamında tanımlanan Hazine alacağı niteliğindeki borçları ve sosyal güvenlik kuruluşlarına olan borçları,

şeklinde sınıflandırılır.

Alacaklı kuruluşlar tarafından, büyükşehir belediyeleri ve bunlara bağlı kuruluşlarından olan alacaklar Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü ile İller Bankası Genel Müdürlüğüne, bunların dışında kalan belediye ve bağlı kuruluşlardan olan alacaklar ise sadece İller Bankası Genel Müdürlüğüne, yukarıdaki sınıflandırmaya uygun olarak bildirilir."

Kararın 5. maddesinde borçların paylardan kesinti belirlenmiştir. Maddeye göre " (1) Belediyeler ve bağlı kuruluşlar adına her ay genel bütçe vergi gelirleri tahsilat toplamı üzerinden ayrılacak paylarından bu Esas ve Usuller kapsamında yapılacak kesinti oranı %25'tir.

(2) Bu çerçevede bu Esas ve Usuller'in 4 üncü maddesinde yer alan borçlardan;

a) Her ikisine de sahip olan belediye ve bağlı kuruluşlar için, söz konusu maddenin (a) bendinde belirtilen borçlarına karşılık %10, (b) bendinde belirtilen borçlarına karşılık %15 olmak üzere toplam %25 oranında,

b) Sadece (a) bendinde belirtilen türde borcu bulunan belediye ve bağlı kuruluşlar için %25 oranında,

c) Sadece (b) bendinde belirtilen türde borcu bulunan belediye ve bağlı kuruluşlar için %25 oranında,

kesinti yapılır.

Kesintinin alacaklı kuruluşlar arasında paylaşımı da Kararın 6. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre " (1) Belediyelerin ve bağlı kuruluşlarının 4 üncü maddenin (a) bendindeki borçları için yapılan kesintinin alacaklı kurumlar arasında dağılımı ekli (1) sayılı listedeki gruplara göre yapılır. Kesintiler grup içinde eşit olarak paylaştırılır. Her bir grup içindeki bütün alacaklı kurumların alacakları tahsil edildiğinde diğer gruba geçilir.

(2) Belediyelerin ve bağlı kuruluşlarının 4 üncü maddenin (b) bendindeki borçları için yapılan kesintinin alacaklı kurumlar arasında dağılımı ise ekli (2) sayılı listedeki oranlara göre yapılır. Bu listede yer alan alacaklı kurumlardan herhangi birinin ya da birkaçının bulunmaması halinde yapılan kesinti diğer alacaklı kurumlara oranları ağırlığında dağıtılır."

Kararın 4. maddesinin (a) bendi kapsamındaki borçlar için yapılacak kesintilerde esas alınacak alacaklılar, karara ekli (1) sayılı listede, 4. maddenin (b) bendi kapsamındaki borçlar için yapılacak kesintilerde esas alınacak alacaklılar, karara ekli (2) sayılı listede gösterilmiştir.

Toplu Konut İdaresi Başkanlığı Satış, Devir, İntikal, Kiraya Verme, Trampa, Sınırlı Ayni Hak Tesisi ve Arsa Satışı Karşılığı Gelir Paylaşımı İhale Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

27.02.2007 tarih ve 26447 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen yönetmeliğin 1. maddesi ile aynı yönetmeliğin 4 . maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bentler eklenmiştir.

"p) Kuralı Satış Yöntemi: İdarece satılması planlanan taşınmaz sayısından daha fazla talep olması durumunda başvuranlar arasında kura çekilişi yapmak suretiyle alıcıların belirlendiği satış yöntemidir.

r) Açık Satış Yöntemi: Satış usul ve esasları İdarece belirlenen gayrimenkuller ile İdare stokunda kalan gayrimenkullerin başvuru önceliğine göre belirlendiği satış yöntemidir.

s) Ön Talep Toplama ile Satış Yöntemi: Nüfusu 40.000 ve altında olan ilçe ve beldelerde, ön talep toplama yöntemiyle gayrimenkul alıcısının talebi Valilikler, Kaymakamlıklar ve Belediyeler aracılığıyla belirlenen satış yöntemidir.

ş) Açık Artırmalı Satış Yöntemi: İdarece bir gayrimenkul için belirlenen muhammen bedelin alıcılar arasında fiyat artırarak oluşturduğu en yüksek fiyat üzerinden alıcısının belirlenmesine yönelik satış yöntemidir.

t) Pazarlık ile Satış Yöntemi: Muhammen bedeli ve satış esasları İdare tarafından belirlenmiş olan satışı yapılacak projelerde yer alan gayrimenkullerin toplu satışında ve satışa konu gayrimenkullerin maliyetinin altında olmamak şartıyla nihai satış fiyatının belirlendiği satış yöntemidir.

u) Kapalı Teklif ile Satış Yöntemi: Tekliflerin kapalı zarf usulüyle yazılı olarak alındığı satış yöntemidir."

Bu yönetmeliğin 2. maddesi ile aynı yönetmeliğin 7. maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"d) (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen şahısların ortakları ile şirketleri,"

Bu yönetmeliğin 3. maddesi ile aynı yönetmeliğin 10.maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 10 – (1) Konut ve Sosyal Donatıların Bedel Tespiti: İdare tarafından satışı yapılacak gayrimenkullerin bedelleri, İhale, Müşavirlik, Proje Çizim, Genel Altyapı ve Çevre Düzenleme, Sosyal Donatı, Etüd Proje, Arsa Bedelleri ile varsa diğer giderlerin toplam maliyeti hesaplanarak tespit edilir. Bu bedel üzerine Fiyat Farkı ve Genel Giderler eklenir. Gayrimenkul bedellerinin hesaplanmasından sonra, her bir bağımsız

bölüm için şerefiye hesabı yapılır ve satış fiyatı tespit edilir. Ancak, gayrimenkul açık artırma ile satılacaksa Sermaye Piyasası Kurumuna kayıtlı değerleme şirketlerince de satış bedelleri tespit edilebilir.

(2) Arsa ve Araziler İçin Tahmin Edilen Bedelin Tespiti:

a) Arsa ve araziler için tahmin edilen bedel, İdarece belirlenen ve en az üç kişiden oluşan Kıymet Takdir Komisyonunca aynı yerde ve aynı nitelikte olan emsal taşınmaz malların rayiç satış bedelleri de dikkate alınarak, gerektiğinde Belediyeler, Ziraat, Sanayi ve Ticaret Odaları gibi kamu kurum ve kuruluşlarıyla özel emlakçılardan da sorulmak suretiyle belirlenen veya hizmet alımı suretiyle Sermaye Piyasası Kurulu'nca onaylı Gayrimenkul Değerleme Şirketlerince tespit edilen bedeldir. Bu esaslara göre tespit edilen bedel 6 ay süre ile geçerli olup bu sürenin geçmesi halinde ya aynı usulle veya Tüketici Fiyat Endeksi, Üretici Fiyat Endeksi ilavesiyle yeniden tespit edilir.

b) Eğer arsa veya araziler, avans karşılığı iktisap olunan arsa ve araziler ise;

1) Arazi ve arsanın iktisap bedeli ile bu iktisap dolayısıyla yapılan tüm harcamalar,

2) Arazi ve arsaya ilişkin harita, planlama ve imar uygulaması ile altyapı, yapı veya tesislerin projelendirilmesi ve yapımına ilişkin tüm harcamalar,

3) Satış tarihine kadar ödenmiş bulunan her türlü vergi, resim ve harçlar.

4) (1), (2) ve (3) numaralı alt bentlerde belirtilen harcamaların toplamına, genel gider olarak bu toplamın % 10'u

eklenir. Yukarıdaki tutara; satış nedeniyle ilgili mevzuat uyarınca idareye tahakkuk olunacak tutarlar ayrıca eklenir.

(3) Bedel tahmini yapılmayan haller: İşin niteliğine, arsanın konumuna, ulaşım, altyapı ve imar özelliklerine, konutların satış piyasasına ve genel ekonomik koşullara göre değişkenlik gösteren durumlarda bedel tahmini yapılmadan teklif alınarak ihale yapılabilir. Bu durumun tespiti, İdarece belirlenen ve en az üç kişiden oluşan Kıymet Takdir Komisyonunca yapılır."

Bu Yönetmeliğin 4. maddesi ile aynı yönetmeliğin 11. maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"10 uncu maddenin üçüncü fıkrasında yer alan düzenleme çerçevesinde bedel tahmini yapılmadan teklif alınması söz konusu olduğunda gelir tahmini yapılması mümkün olmayacağından bu durumda Kıymet Takdir Komisyonunun tespiti çerçevesinde İdare Başkanının onayı ile gelir tahmini yapılmadan teklif alınarak ihale yapılabilir."

Yönetmeliğin 5. maddesi ile aynı yönetmeliğin 12. maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Onay belgesinde, ihale konusu olan işin nev'i, niteliği, miktarı, bedel veya gelir tahmini yapılmadan teklif alınacak durumlar dışında tahmin edilen bedeli/geliri, teminat miktarı veya oranı, ihalede uygulanacak usul, ilânın şekli ve adedi, geçici teminat miktarı, komisyon kurulacaksa ihale komisyonunun kaç kişiden ve kimlerden kurulacağı belirtilir."

Yönetmeliğin 6.maddesi ile aynı yönetmeliğin 15. maddesinin birinci ve ikinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve maddeye aşağıdaki dördüncü fıkra eklenmiştir.

"(1) İhale konusu olan işlerin duyuru esas ve usulleri onay belgesinde belirtilir."

"(2) Duyurularda, işin konusu, şartnamelerin nerede görüleceği, varsa bedeli ve nereden sağlanacağı, tekliflerin nereye ve ne zaman verileceği, teminatın miktarı ve İdarenin ihale serbestîsi belirtilir."

"(4) İhale konusu olan işlerin ihale tarihinden en az yedi gün önce uygun araçlarla (yazılı veya görsel basın yoluyla) ve/veya İdarenin internet sayfasında kamuya duyurulması zorunludur. Duyuruların nerede ve ne zaman yapılacağı alınacak olan Başkanlık Onayında belirtilir."

Bu yönetmeliğin 7. maddesine göre aynı Yönetmeliğin 16. maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 16 – İhalelerde, teklif edilen bedelin % 2' sinden az olmamak üzere, istekli tarafından verilecek tutarda geçici teminat alınır."

Bu yönetmeliğin 8. maddesi ile aynı yönetmeliğin 19. maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"10 uncu maddenin 3 üncü fıkrasında yer alan düzenleme çerçevesinde bedel tahmini yapılmadan teklif alınması söz konusu olduğunda teklif edilen bedellerin en yükseğidir. Arsa satışı karşılığı gelir paylaşımı ihalelerinde uygun bedel, İdare payı olarak teklif edilen gelirlerin en yükseğidir."

Yönetmeliğin 9. maddesi ile aynı Yönetmeliğin 25. maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 25 – (1) Bu Yönetmeliğin 1 inci maddesinde yazılı işlerde uygulanacak usul ve esaslar; 5 inci maddedeki temel ilkeler çerçevesinde, Birim Sorumlusu veya Daire Başkanının teklifi, bağlı olduğu Başkan Yardımcısının uygun görüşü ve İdare Başkanının onayı ile belirlenir.

a) Satım işlerinde, bu Yönetmeliğin 4 üncü maddesinde tanımlanan açık satış, ön talepli satış, açık arttırma, kapalı teklif, kura ve pazarlık usullerinden bir veya birkaçı uygulanabilir.

1) Satım işlerine dair onay belgesinde, satışa konu mal, niteliği, miktarı, tahmin edilen bedeli, teminat veya katılım payı ve uygulanacak usul belirtilir.

2) Satışın başlayacağı tarihten en az yedi gün önce uygun araçlarla (yazılı veya görsel basın yoluyla) ve/veya İdarenin internet sayfasında kamuya duyurulması zorunludur.
3) Duyuruda, satışa konu taşınmazlar, varsa tahmin edilen bedelleri, satışın başlayacağı tarih ile katılım/başvuru yeri ve koşulları belirtilir.
b) Bu Yönetmeliğin 1 inci maddesinde yazılı kiraya verme, trampa ve mülkiyetin gayri ayni hak tesisi gibi işlerde, (a) bendinde yazılı usuller uygulanır.
c) Toplu konut talebi ile yapılan kurumsal başvurular üzerine yapılacak satışların şartları bu Yönetmeliğin 4 üncü maddesinde düzenlenen pazarlık usulüyle belirlenir.
ç) Kamu tüzel kişiliğini haiz kuruluşlarla kamu kurumlarının talepleri öncelikle değerlendirilir. Bu kurum ve kuruluşlara, işin mahiyetine göre, 2942 sayılı Kamulaştırma Kanununun 30 uncu maddesine göre veya tahmin edilen bedel üzerinden satış yapılabilir
d) Avans karşılığı iktisap olunan gayrimenkuller İhale edilmeksizin avans alınan ilgilisine doğrudan satılarak intikal ettirilir. Alınan avans satış bedelinden mahsup edilir. Ancak; iktisap olunan arazi ve arsalar için İdare kaynaklarından yapılan harcamalara, sarf yılı ve ayları itibariyle Türkiye İstatistik Kurumu tarafından Türkiye geneli için belirlenen Üretici Fiyat Endeksi (ÜFE) uygulanır ve bulunan değer tapu alım bedeline eklenerek maliyete dahil edilir. İktisap olunan taşınmazlara ilişkin olarak İdarece açılmış veya İdare aleyhine açılmış her türlü adli ve idari davalara ait ödemeler ilgilisinden alınarak yapılmış ise, maliyet hesabına dahil edilmez.
e) Organize sanayi bölgeleri içinde bulunan ve İdarenin özkaynakları ile edinilen arsa ve araziler, İdarece tahmin edilen bedel üzerinden ilgili kuruluşlara satılır.
f) İdarenin müştereken veya iştirak halinde maliki bulunduğu taşınmaz mallardaki paylar, öncelikle paydaşlara satılabilir, kiralanabilir veya kullanım hakkı devredilebilir.
g) İdare mallarının satışı veya kiralanmasına ilişkin hizmetler, eğer İdarece hiçbir kamu kaynağı harcanmaksızın gördürülecek ise, İdarece yeterlilikleri tespit edilen en az üç istekliyi, imza karşılığı elden veya iadeli taahhütlü mektupla davet ederek teklif istenebilir.
ğ) İdare mülkiyetindeki arsa ve araziler, kamu yararına çalışan derneklere ve Bakanlar Kurulunca vergi muafiyeti tanınan vakıflara, kuruluş gayelerine uygun olarak kullanılmak üzere tahmin edilen bedel üzerinden satılabilir. Satılan gayrimenkulün tapu kaydına 1164 sayılı Arsa Üretilmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Kanun'un 11 inci maddesine göre şerh konulur.
h) İdarenin iştiraki olan şirketlerin talep etmeleri halinde, İdare mülkiyetinde bulunan ve İdare tarafından üzerinde uygulama yapılmayacak olan arsa ve araziler, tahmin edilen bedelin altında kalmamak kaydıyla İdarece takdir olunacak bedel üzerinden satılabilir.
ı) Uluslararası sermaye piyasalarından yapılacak borçlanmalara ilişkin her türlü danışmanlık ve kredi derecelendirme hizmetleri, idare yetkilisince görevlendirilecek kişi veya kişiler tarafından, piyasada fiyat araştırması yapılarak temin edilir. Alınacak olan danışmanlık veya hizmetin, belli bir süreyi gerektirmesi durumunda sözleşme yapılması zorunludur. Teminat alınıp alınmaması hususu idare takdirine bağlıdır. Sözleşme yapılması zorunlu olan hallerde, sözleşmenin konusu bedeli, süresi, tarafların hak ve yükümlülükleri İdarece belirlenen sözleşme metinleri kullanılacaktır.
i) İdare mülkiyetindeki taşınmazlardan turizm yatırımları amacı için kullanılacak arazi ve arsaların satış koşulları ve bedeli, bölgesel ve yerel şartlar değerlendirilerek İdarece tespit edilir."
Yönetmeliğin 10. maddesi ile aynı yönetmeliğin 26. maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"MADDE 26 – (1) Bu Yönetmeliğin 1 inci maddesinde yazılı olan gelir paylaşma ihalelerinde açık ihale usulü uygulanır. Açık ihale usulü bütün isteklilerin teklif verebildiği usuldür."

Bazı Belediyeler ve Bağlı Kuruluşları İle Sermayesinin % 50'sinden Fazlası Belediyelere Ait Şirketlerin, 31.12.2004 Tarihi İtibarıyla Kamu Kurum ve Kuruluşlarından Olan Kamu ve Özel Hukuka Tabi Alacakları ile Bunların Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Olan Borçlarının Takas, Mahsup ve Kesinti İşlemine Tabi Tutulmasına Dair Belediye Uzlaşma Komisyonu Kararlarının Onaylanmasına İlişkin Ekli Karar

28.02.2007 tarih ve 26448 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2007/11629 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 1. maddesine göre karara ekli listede yer alan belediyeler ve bağlı kuruluşları ile sermayesinin % 50'sinden fazlası belediyelere ait şirketlerin; Belediye Uzlaşma Komisyonu ile yaptıkları takas, mahsup ve kesinti işlemlerinin ekli Uzlaşma Komisyonu Kararlarında yer aldığı şekli ile onaylanmasına karar verilmiştir.
Kararın 2. maddesi uyarınca 1. madde kapsamında yer alan kuruluşların uzlaşma kapsamına alınan borç ve alacakları için tatbik edilmiş hacizler, herhangi bir işleme gerek kalmadan alacaklı kuruluşlar tarafından kaldırılır.
Kararın 3. maddesine göre 1. madde kapsamında yer alan kuruluşların uzlaşma kapsamına alınan borç ve alacakları için genel bütçe vergi gelirleri tahsilatı üzerinden ayrılan paylardan Maliye Bakanlığı ve İller Bankası tarafından yapılacak kesinti işlemlerine bu Karar'ın yürürlüğe girdiği tarihten itibaren başlanır.
Yayımı tarihinde yürürlüğe giren bu Kararın ekinde Belediye Uzlaşma Komisyonu tarafından hazırlanan Takas Mahsup ve Kesinti İşlemi Kararını imzalayan Belediyelerin listesi yer almaktadır.

Basın İlân Kurumu Teşkiline Dair 195 Sayılı Kanun Uyarınca Yayınlanacak İlân ve Reklâmlar ile Bunları Yayınlayacak Mevkuteler Hakkında 15.2.1977 Tarihli ve 67 Sayılı Genel Kurul Kararı'nın Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Genel Kurul Kararı

02.03.2007 tarih ve 26450 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Basın İlân Kurumu Genel Müdürlüğü'nün 177 karar numaralı Genel Kurul Kararı'nın 7. maddesi ile aynı Genel Kurul Kararı'nın değişik 16. maddesinin 3. fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Mahalli idareler tarafından çıkarılan gazetelerle vasıflı gazete yayınlanan yerlerdeki vasıfsız gazetelere, bunlar günlük de olsalar, resmi ilân verilmez."

Genel Kurul Kararının 32. maddesi ile aynı Genel Kurul Kararı'nın değişik 75. maddesinin 1. fıkrası ve (d) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Resmî ilânlar, aynı yerin belediye sınırları içinde yayınlanmakta olan vasıflı gazeteler arasında aşağıdaki oranlara göre dağıtılır. Büyükşehir belediyeleri bulunan yerlerde bu sınır "Büyükşehir Belediye" sınırıdır."

"d) Vasıflı gazete çıkmayan yerlerde, kadrosunda nitelikleri 73. maddede belirtilen (1) Sorumlu Müdür (Yazı İşleri Müdürü) ile en az (2) Muhabir bulunan, yüzölçümü 0.60 metrekareden az olmayan ve kendi yüzölçümünün üçte ikisini mahalli haber, yazı, resim, ve benzerlerine ayıran ve bunları mutad dışı boşluk bırakmadan, alışılmış sütun genişliğinin her beş santimetrelik kısmında, 10-12 satır yazı bulunacak şekilde ve her sayfası yayın yerlerinde yeniden dizilip tertiplenmiş olarak yine, yayın yerlerindeki Matbaalar Kanunu gereğince, beyanname vermiş olan matbaalarda basılan günlük gazeteler arasında eşit olarak; ancak günlük gazetelerle birlikte günlük olmayan ve haftanın en az bir günü olmak üzere aralıklı sürelerle çıkan gazetelerin bulunduğu yerlerde Basın Kanunu hükümlerince verdikleri beyannamede tasrih edilen zamanlar göz önüne alınarak, her ayın birinci ve sonuncu günü arasındaki çıkan sayılarına göre belirlenecek oran dahilinde resmi ilân verilir.

Bu bende tabi şekilde yayınlama talebinde bulunan gazetelerin bekleme süresi üç aydır.

Öte yandan, sözü edilen sürenin sonunda veya bilâhare resmi ilân yayınlama hakkı kazanan gazeteler, yayın zamanlarında değişiklik yaptıkları taktirde, yine bu bend de belirtilen esaslar dahilinde bir aylık bekleme süresine tabi tutulur."

Aynı Genel Kurul Kararı'nın 35. maddesi ile aynı Genel Kurul Kararı'nın EK MADDESİ aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"5216 sayılı Kanun uyarınca Büyükşehir Belediye sınırları yeniden belirlenmiş İllerin, bu belediye sınırlarına dahil edilmiş olan İlçelerinde yayınlanan resmi ilân yayını ile alâkalı gazetelere, aşağıdaki hükümler uygulanır.

a)...

b) Valiliklerin resmi ilânların yayınına aracılık ettiği yerlerin 5216 sayılı Kanun kapsamında Büyükşehir belediye sınırlarına dahil olan ilçelerinde yayınlanan ve sadece bu ilçelerin resmi ilânları yayınlatılan gazeteler, 67 sayılı Genel Kurul Kararı'nın Üçüncü Bölümündeki madde hükümleri dairesinde, yalnız yayınlandıkları ilçelere ait resmi ilânları, yine ilgili Valilikler aracılığıyla yayınlarlar.

Yukarıdaki (a) bendinin ikinci fıkrası hükmü, gerekli durumlarda bu yerler için de kıyasen uygulanır.

c) 5216 sayılı Kanun uyarınca yeniden belirlenen Büyükşehir belediye sınırlarına dahil edilmiş olan ilçelerde yayın hayatına yeni başlayan ve resmi ilân yayınlama hakkı kazanabilmeleri için yazılı talepte bulunan gazetelerin, bu taleplerinde resmi ilân yayını ile ilgili olarak tabi olmak istedikleri yeri açık şekilde belirtmeleri gerekmekte olup, bu gazeteler hakkında talepleri doğrultusunda yukarıdaki bendlerde yer alan hükümler uyarınca işlem yapılır."

Konut Finansmanı Sistemine İlişkin Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

06.03.2007 tarih ve 26454 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5582 sayılı adı geçen Kanun ile kamuoyunda "Mortgage" olarak nitelenen konut finansman sistemi devreye sokulmakta ve bu bağlamda 2004 sayılı İcra ve İflâs Kanunu, 2499 sayılı Sermaye Piyasası Kanunu, 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun, 3226 sayılı Finansal Kiralama Kanunu, 2985 sayılı Toplu Konut Kanunu, 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu, 6802 sayılı Gider Vergileri Kanunu, 492 sayılı Harçlar Kanunu, 488 sayılı Damga Vergisi Kanunu ve 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununda değişiklikler yapılmakta veya bu kanunlara maddeler eklenmiştir.

Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkında Yönetmelik

7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanunun 3. maddesinin birinci fıkrasına dayanılarak hazırlanan bu yönetmelik 06.03.2007 tarih ve 26454 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur.

Yönetmeliğin amaç ve kapsamı 1. maddesinde şöyle belirtilmiştir. "Bu Yönetmeliğin amacı; 15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanunun 2 nci maddesine göre tespit ve ilan olunan deprem bölgelerinde yeniden yapılacak, değiş-

tirilecek, büyütülecek resmi ve özel tüm binaların ve bina türü yapıların tamamının veya bölümlerinin depreme dayanıklı tasarımı ve yapımı ile mevcut binaların deprem öncesi veya sonrasında performanslarının değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi için gerekli kuralları ve minimum koşulları belirlemektir."

Yönetmeliğin 3. maddesine göre deprem bölgelerinde yapılacak binalar hakkında bu Yönetmeliğin ekinde yer alan esaslar uygulanır.

Yönetmeliğin 4. maddesi ile 06.03.2006 tarihli ve 26100 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Deprem bölgelerinde yapılacak binalar hakkında uygulanacak esaslar yönetmelik ekinde gösterilmiş olup, ilgililerin bu esasları incelemeleri gerekmektedir

Gelir Vergisi Genel Tebliği Seri No: 262

06.03.2007 tarih ve 26454 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen Tebliğ'de; katma değer vergisi iade alacağının geçici vergiye mahsup edilmesi ile söz konusu geçici verginin yıllık gelir/kurumlar vergisine mahsubundan sonra kalan tutarın nakden veya mahsuben iadesine ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

Parasal Sınırlar ve Oranlar Hakkında Genel Tebliğ (Sayı: 2007/1)

08.03.2007 tarih ve 26456 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan söz konusu Tebliğ'de başta 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu olmak üzere çeşitli mevzuat ve düzenlemeler gereğince, uygulanacak parasal sınırlar, faiz oranları, alındı birim fiyatları bu Tebliğ eki tablolarda gösterildiği şekilde tespit edilmiştir. İlgililerinin bu Tebliğ'i ekleriyle birlikte incelemelerinde yarar bulunmaktadır.

Kızılırmak Suyunun Kesikköprü Barajından Ankara İvedik Arıtma Tesislerine Getirilebilmesi Amacıyla Ekli Krokide Gösterilen Güzergah Üzerinde Döşenecek Boru Hattının Geçtiği Yerler ve Bu Maksada Yönelik Olarak Yapılacak Yollar ile Geçici ve Daimi Tesislerin Yer Alacağı Alanların Ankara Su ve Kanalizasyon İdaresi (ASKİ) Tarafından Kamulaştırılması Hakkında Karar

07.03.2007 tarih ve 26455 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2007/11772 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Kızılırmak suyunun Kesikköprü Barajından Ankara İvedik Arıtma Tesislerine getirilebilmesi amacıyla ekli krokide gösterilen güzergâh üzerinde döşenecek boru hattının geçtiği yerler ve bu maksada yönelik olarak yapılacak yollar ile geçici ve daimi tesislerin yer alacağı alanların Ankara Su ve Kanalizasyon İdaresi (ASKİ) tarafından kamulaştırılmasında, 2942 sayılı Kamulaştırma Kanununun 27. maddesinin uygulanmasına Bakanlar Kurulu'nca karar verilmiştir.

Ön Ödeme Usul ve Esasları Hakkında Genel Tebliğ (Sayı: 2007/1)

08.03.2007 tarih ve 26456 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan bu Tebliğ'de düzenleyici ve denetleyici kurumlar hariç olmak üzere; merkezî yönetim kapsamındaki kamu idarelerinde Ön Ödeme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre yapılacak ön ödemeler, bunların mahsubu ve mahsup dönemine devri ile harcama yetkilisi mutemetlerinin görevlendirilmesinde uyulacak esaslar açıklanmıştır.

Merkezî Yönetim Harcama Belgeleri Hakkında Genel Tebliğ (Sayı: 2007/1)

08.03.2007 tarih ve 26456 sayılı adı geçen Tebliğ'de Merkezî Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği uygulanmasında kamu idarelerinde oluşan tereddütlerin giderilmesi, uygulama birliğinin sağlanması ve mevzuat değişiklikleri nedeniyle yapılan açıklamalara yer verilmiştir.

Gelir Vergisi Genel Tebliği Seri No: 263

08.03.2007 tarih ve 26456 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan adı geçen Tebliğ'de 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununun Geçici 67. maddesi kapsamındaki gelirlerin ihtiyari beyanı ile tevkif edilen vergilerin mahsup ve iade işlemleri, özel amaçlı araçlardan (ADR, GDR, DR) elde edilen gelirlerin vergilendirilmesi ve diğer hususlara ilişkin açıklamalara yer verilmektedir.

Büyükşehir Belediyesi Kanunu, Belediye Kanunu, İl Özel İdaresi Kanunu ve Mahallî İdare Birlikleri Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

10.03.2007 tarih ve 26458 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5594 sayılı bu Kanunun 1. maddesi ile 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa Ek Madde 1'den sonra gelmek üzere aşağıdaki Ek Madde 2 eklenmiştir.

"EK MADDE 2- Birleşme, katılma veya geçici 2 nci madde gereğince büyükşehir belediyesi sınırlarına giren belediyelerin yürütmekte olduğu su, kanalizasyon, katı atık, ulaşım, her çeşit yolcu ve yük terminalleri, toptancı halleri, mezbaha, mezarlık ve itfaiye hizmetlerine ilişkin olmak üzere bina, tesis, araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları ve bu hizmetlerin yerine getirilmesine yönelik yatırım, alacak ve borçları büyükşehir belediyesine veya ilgili bağlı kuruluşuna devredilir. Bu maddenin birinci fıkrasında belirtilen hizmet alanlarında Devlet memuru olarak çalışmakta olanlar kadrolarıyla birlikte, 5393 sayılı Belediye Kanununun 49 uncu maddesinin üçüncü fıkrasına göre sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta olanlar ise bu şekilde çalışmalarına esas teşkil eden kadrolar ile birlikte büyükşehir belediyesine veya ilgili bağlı kuruluşuna devredilir. Devredilen personelin aylık, ek gösterge, her türlü zam ve tazminatları ile diğer malî haklarının ödenmeye devam olunması, atanma ve kadro unvanlarının yeniden düzenlenmesinde 5393 sayılı Kanunun 50 nci maddesi hükümleri uygulanır.

Bu maddenin birinci fıkrasında belirtilen hizmet alanlarında ilgili mevzuatı uyarınca ihdası ya da vizesi yapılmış sürekli işçi kadrolarında veya geçici iş pozisyonlarında 4857 sayılı İş Kanununa göre çalışmakta olanlar ise mevcut kadro ve pozisyonları ile birlikte büyükşehir belediyesine veya ilgili bağlı kuruluşuna devredilir. Devredilen işçilerin ücret ile diğer malî ve sosyal hakları, devir işleminden önce haklarında uygulanmakta olan toplu iş sözleşmesi veya bireysel iş sözleşmesi hükümlerine göre belirlenmeye devam olunur. Pozisyon değişikliği hali dahil yapılacak bu devir işlemi, ücret ile diğer malî ve sosyal haklarda değişiklik yapılmasına hak kazandırmaz ve başka bir toplu iş sözleşmesinin uygulanmasını isteme hakkını vermez. Devir işleminden sonra yapılacak toplu iş sözleşmelerine ise bu işçilerin mevcut ücret ile diğer malî haklarında diğer işçiler için kararlaştırılacak artış oranı veya miktarını geçecek şekilde artış öngören ya da diğer işçilerden farklı yeni malî ve sosyal haklar verilmesini sağlayacak hükümler konulamaz.

Bu madde uyarınca personel devri yapılan büyükşehir belediyesinin talebi üzerine, büyükşehir belediyesinin veya bağlı kuruluşun norm kadro alt grubunu veya bulunduğu alt grup itibarıyla ihdas edilebilecek kadro sayılarını, devir işlemini takip eden bir yıl içerisinde tekrar belirlemeye İçişleri Bakanlığı yetkilidir.

Bu madde kapsamında yapılacak devir işlemleri, söz konusu belediyelerin temsiline imkân verecek şekilde valiliklerce teşekkül ettirilecek komisyonlarca yürütülür.

Daha önce yapılan devirler hariç olmak üzere, devir işlemleri bu maddenin yayımı tarihinden itibaren altı ay içinde tamamlanır. Devir işlemleri kesinleşene kadar söz konusu hizmetler, ilgili belediyesince yürütülmeye devam olunur.

Büyükşehir belediyesi sınırlarına giren belediyelerin, kanunların verdiği yetkiye dayanarak yürütmekte oldukları toplu taşıma ve ulaşım hizmetlerinin, gerçek ve tüzel kişilere yaptırılması amacıyla verilen ruhsat, imtiyaz sözleşmesi ve ulaşım araçları kira sözleşmesi, ruhsatta öngörülen süre ve sahip oldukları hat güzergâhı ile sınırlı olmak şartıyla herhangi bir işleme gerek kalmaksızın büyükşehir belediyesi toplu taşım ve ulaşım sistemine dahil edilir."

Kanunun 2. maddesi ile 5393 sayılı Belediye Kanununun 12. maddesine ikinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

"Birleşme, katılma veya tüzel kişiliğin kaldırılması sonucu tüzel kişiliği ilk mahallî idare seçimlerine kadar devam edecek olan belediye ve köylerde, birleşme ve katılma işleminin gerçekleşmesi veya müşterek kararnamenin yayımlandığı tarihten itibaren yeni nazım ve uygulama planı yapılmaz; mevcut planlarda yapılması gereken zorunlu değişiklik ve her türlü imar uygulaması katılınacak belediyenin uygun görüşü alınarak yapılır. Uygun görüş verilmeyen plan değişiklikleri yapılamaz.

Tüzel kişiliği sona erecek belediye ve köylerin taşınmazlarının satılması ile vadesi tüzel kişiliğin sona ereceği tarihi aşan borçlanma yapılması İçişleri Bakanlığının onayına tabidir.

Belediye ihbar ve kıdem tazminatlarının ödenmesi konusunda, 68 inci maddenin (d) bendinde öngörülen sınırlamaya bağlı olmaksızın İçişleri Bakanlığının onayı ile borçlanma yapabilir. Bu amaçla yapılan borçlanmalar ihbar ve kıdem tazminatı dışında hiçbir gider için kullanılamaz."

Kanunun 3. maddesi ile 5355 sayılı Mahallî İdare Bir-

likleri Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.
"Ceza ve yasaklama
EK MADDE 2- Bu Kanun kapsamındaki mahallî idare birlikleri tarafından yapılan ihalelerdeki yasak fiil veya davranışlar ile cezalara ilişkin hususlarda 04.01.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu, 04.01.2002 tarihli ve 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu ve 08.09.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanununda belirtilen hükümler uygulanır."

Kanunun 4. maddesi ile 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanununun 7. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendine aşağıdaki cümle eklenmiştir.
"Ancak, sivil hava ulaşımına açık havaalanları bünyesinde yer alan tüm tesislere işyeri açma ve çalışma ruhsatı dahil her türlü ruhsat, Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü tarafından verilir. Bu konuya ilişkin usûl ve esaslar Sivil Havacılık Genel Müdürlüğünce hazırlanacak bir yönetmelikle düzenlenir."

Kültür ve Turizm Bakanlığınca Yerel Yönetimlerin, Derneklerin, Vakıfların ve Özel Tiyatroların Projelerine Yapılacak Yardımlara İlişkin Yönetmelik

4848 sayılı Kültür ve Turizm Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunun 2. maddesine dayanılarak hazırlanan bu yönetmelik 15.03.2007 tarih ve 26463 sayılı Remzi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
Yönetmeliğin amacı 1. maddesinde "... kültür, sanat ve turizmi geliştirmek ve tanıtmak için hazırlanan projelere Kültür ve Turizm Bakanlığı bütçesinden yapılacak yardımlara ilişkin usul ve esasları düzenlemektir." şeklinde açıklanmış, 2. maddesinde de bu yönetmeliğin, " yerel yönetimlerin, özel tiyatroların ve asıl amacı kültür, sanat, turizm ve tanıtım faaliyeti olan dernek ve vakıfların projelerine Kültür ve Turizm Bakanlığı bütçesinden yardım yapılması ve bu yardımların kullanılması, izlenmesi, denetlenmesi ve kamuoyuna açıklanmasına ilişkin usul ve esasları " kapsadığı belirtilmiştir. Yönetmeliğin izleyen maddelerinde yardım yapılabilme şartları, yardım yapılabilecek etkinlikler, başvuru, değerlendirme komisyonu ve değerlendirme ölçütleri, protokol, yardımın gönderilme şekli, kullanılması, izlenmesi ve denetlenmesi, teşekküllerin yükümlülükleri, yardımların kamuoyuna duyurulması, yardımın geri alınması, sekretarya hizmetleri, geçmiş yılda başlamış projeler konularında düzenlemeler yapılmıştır.

6831 Sayılı Orman Kanununun 2 nci Maddesinin (A) Bendine Göre Orman Sınırları Dışına Çıkarılacak Yerler Hakkında Yönetmelik

6831 sayılı Orman Kanununun Ek 5. maddesine dayanılarak hazırlanan bu yönetmelik 16.03.2007 tarih ve 26464 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur.
Yönetmeliğin 17.maddesinin 2. bendine göre belde veya köy temsilci üyeliğine; beldelerde belediye encümenince, köylerde köy muhtarlığınca bir asil ve bir yedek temsilci üye, komisyon başkanlığının yazılı isteği üzerine tespit edilir.
Yönetmeliğin 18.maddesinin 1. bendine göre orman kadastro komisyonu başkanı, arazi çalışmalarına katılmak üzere beldelerde belediye encümeninden, köylerde köy ihtiyar heyetinden; kısıtlı veya yüz kızartıcı suçlardan hükümlü bulunmayan, kırk yaşını bitirmiş olan ve mahallîn özelliklerini, taşınmaz malların eski ve yeni sahiplerini, zilyetlerini, taşınmaz malların bulunduğu yerlerin mahallî adlarını bilen bir asil bir yedek bilirkişi seçmelerini ister. Aynı maddenin 4. bendine göre belediye encümeni veya köy ihtiyar heyetince seçilen bilirkişiler yazılı çağrıya rağmen belirlenen gün ve yerde çalışmalara katılmadıkları takdirde komisyon başkanı resen aynı niteliklere haiz bilirkişi görevlendirebilir.
Yönetmeliğin 26/2 maddesine göre askı ilanının yapıldığı tarih beldelerde belediye encümenlerinin köylerde ihtiyar heyetinin tasdik edecekleri belgelerle tevsik olunur. Bu belgeler komisyon dosyasında saklanır.

Şans Oyunları Hasılatından Alınan Vergi, Fon ve Payların Düzenlenmesi Hakkında Kanun

21.03.2007 tarih ve 26469 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5602 sayılı adı geçen Kanun'un 10. maddesinin 6. bendi ile 2464 sayılı Belediye Gelirleri Kanununun;
a) 19. maddesinin birinci fıkrasının (4) numaralı bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"4. Spor Toto Teşkilat Başkanlığı tarafından düzenlenen müşterek bahis oynanması."
b) 20. maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"2. Müşterek bahislerde, iştirakçilerden tahsil edilen tutardan Katma Değer Vergisi düşüldükten sonra kalan tutar."
c) 21 inci maddesinin (II) numaralı bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
c) 21 inci maddesinin (II) numaralı bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.
"II- Müşterek Bahislerde: 5"

Bazı Mahalli İdare Birliklerinin Kurulmasına İzin Verilmesi Hakkında Karar

21.03.2007 tarih ve 26469 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2007/11826 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Afyonkarahisar İli Dinar İlçesinde Dinar ve Çevresi Sürdürülebilir Çevre Hizmetleri Belediyeler Birliği, Ardahan İl Merkezinde Ardahan İli Belediyeler Birliği (Ard.İL.B.Bir), Kayseri İl Özvatan İlçesinde Akdağlar Belediyeler Birliği (ADBB), Kırıkkale İl Merkezinde Kırıkkale Katı Atık Yönetimi Belediyeler Birliği, Manisa İli Salihli İlçesinde İl Özel İdaresi, Salihli İlçe ve Belde Belediyeleri Katı Atık Bertaraf Tesisi Birliği, Samsun İli Bafra İlçesinde Bafra Bölgesi Yerel Yönetimler Katı Atık Tesisleri Yapma ve İşletme Birliği (BAFKAB) kurulmasına 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanununun 4. maddesine göre kararlaştırılmıştır.

Orman Sayılan Alanlarda Verilecek İzinler Hakkında Yönetmelik

6831 sayılı Orman Kanununun Ek 5. maddesine dayanılarak hazırlanan bu yönetmelik 22.03.2003 tarih ve 26470 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Yönetmeliğin 50. maddesinin 4. bendine göre İl özel idareleri, belediyeler, köy tüzel kişilikleri, belediyeler birliği, çevre koruma birlikleri ve köylere hizmet götürme birliklerinin kâr gayesi bulunmaksızın yapacakları tesislerden, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğünce ormanlık sahalarda kendileri tarafından yapılıp işletilecek olan tesislerden ve Türkiye Elektrik Dağıtım Anonim Şirketi Genel Müdürlüğünce ormanlık sahalarda kendileri tarafından yapılıp işletilecek olan köy enerji nakil hatlarından, ağaçlandırma bedeli, orman köylüleri kalkındırma geliri ile ağaçlandırma ve erozyon kontrolü geliri alınmaz, arazi izin bedeli toplam proje bedelinin binde biri olarak alınır.

Yönetmeliğin 66/4 maddesine göre uygulama imar planları; belediye ve belediye mücavir alan sınırları içinde belediye başkanlıklarına, mücavir alan sınırları dışında ise bayındırlık ve iskân il müdürlüklerine onaylattırılır.

Gecekondu Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

28.03.2007 tarih ve 26476 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 5609 sayılı bu Kanunun 1. maddesi ile 775 sayılı Gecekondu Kanunu'nun muhtelif maddelerinde geçen "İmar ve İskân Bakanlığı" veya " bakanlık" ibareleri, "Toplu Konut İdaresi Başkanlığı" ya da "başkanlık" olarak değiştirilmiş, 36. maddesinde yer alan "kanunun yayımı tarihinden itibaren 6 ay içinde" ibaresi madde metninden çıkarılmıştır.

Kanunun 2. maddesi ile 775 sayılı Gecekondu Kanununa Ek Madde: 4 ve Ek Madde: 5 ile Geçici Madde: 9 eklenmiştir.

Kanunun 3. maddesi ile 3414 sayılı Kanunun geçici 1. maddesi yürürlükten kaldırılmış, geçici 4.maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"GEÇİCİ MADDE 4 – 9.9.2000 tarihinden önce 775 sayılı Kanun ile 3414 sayılı Kanun hükümlerine göre başlatılmış olan iş ve işlemlere Toplu Konut İdaresi Başkanlığınca devam edilir. 9.9.2000 tarihinden sonra başlatılacak olan iş ve işlemleri yapmaya Toplu Konut İdaresi Başkanlığı yetkilidir."

SORULAR - YANITLAR

İsmail Bingöl
İçişleri Bakanlığı
Başkontrolörü

Hüseyin Çağatay
İçişleri Bakanlığı
Başkontrolörü

Zühal S. Dönmez
Kamu Yönetimi Uzmanı
Avukat

SORU 91 : 1580 sayılı eski Belediye Kanunu'nda belediyelerin; gıda üreten yerleri denetlemesi, ruhsatlandırması ve halk sağlığı ile çevre sağlığının korunmasına ilişkin görevleri mevcut idi. Mevzuatta yapılan değişiklik ile bu görevlerin bir kısmı Sağlık Bakanlığı'na bir kısmı da tarım ve Köyişleri Bakanlığına verildi. Son çıkan yerel yönetim yasalarında bu konu ile ilgili düzenlemeler var mı? Yetkili kurum veya kuruluşlar hangisi dir? Bu konuda bilgi verirseniz çok seviniriz. İyi günler dileriz.

YANIT :

1580 sayılı "eski" Belediye Kanunu ile 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda belediyelere işyerlerinin kontrol, denetim ve ruhsatlandırma görevleri ile çevre ve halk sağlığının korunmasına ilişkin görevler verilmiş idi. Daha önceden; halkın yiyeceği, içeceği ve kullanacağı şeylerin, satıldığı yerlerin ve halkın içinde yatıp kalkacağı, barınacağı yerlerin sağlık şartlarına uygun olup olmadığını kontrol etmek ve ruhsatname vermek belediyenin görevi iken 28 Haziran 1995 tarih ve 22327 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan ve yayımı tarihinde yürürlüğe giren 560 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketilmesi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin 9. maddesi gereğince gıda maddeleri üreten işyerlerinin 4. madde kapsamındaki denetimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacağı,

Gıda maddeleri üreten işyerlerinde, gıda maddelerinin gıda kodeksine uygunluğunun denetimi ve gıda kontrolü, 5. ve 18. madde kapsamındaki denetimler ile gıda maddelerinin ithal ve ihracındaki denetimlerin Tarım ve Köyişleri Bakanlığı tarafından yapılacağı,

Söz konusu Kanun Hükmünde Kararnamenin 10. maddesinde: gıda maddeleri satış yerlerinin denetimi Sağlık Bakanlığı`nca, belediye sınırları ve mücavir alanlar içinde belediyeler ile işbirliği içinde bunun dışında Sağlık Bakanlığı`nca yapılır. Hükmüne yer verilmiştir.

27 Mayıs 2004 tarihinde kabul edilen 5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun ile bu konuda yeniden düzenleme yapılmıştır. Yasanın 3. maddesinde tanımlara yer verilmiştir. bakanlık olarak Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, denetim ise; bakanlık tarafından gıda kontrol hizmetlerinin yürütülmesi ve/veya doğrulanması için yapılan işlemleri, Gayri sıhhi müessese: çevresinde bulunanlara fiziki, ruhi ve sosyal yönlerden az veya çok zarar veren veya vermesi muhtemel olan ve doğal kaynakların kirlenmesine neden olabilecek müesseseleri, Gıda kontrolörü/ Gıda denetçisi: Gıda kontrol ve gıda denetim iş ve işlemlerini yerine getirmek üzere ilgili konuda asgari lisans düzeyinde eğitim almış Bakanlık tarafından eğitim verilerek yetkilendirilmiş olan kişilerin tanımı yapılmıştır. Yasanın 23. maddesinde; tüm gıda maddeleri ve gıda ile temas eden madde ve malzemeleri üreten, satan işyerleri ile bu yerlerde üretilen, satılan tüm gıda maddelerinin ve gıda ile temasta bulunan madde ve malzemelerin piyasa gözetimi ve denetimi, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde yapılır. Ancak, halk sağlığını ilgilendiren acil durumlarda gerektiğinde, Sağlık Bakanlığının müdahale hakkı saklıdır.

Gıda maddeleri satış ve toplu tüketim yerlerinin denetimi, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Bakanlığın belirleyeceği usul ve esaslar çerçevesinde ilgili mercilerce yapılır.

Bu Kanunun amaç ve kapsamına uygun olarak; gıda ve gıda ile temas eden madde ve malzemelerin birincil üretim aşaması dahil olmak üzere üretim ve tüketim zincirinin tüm aşamalarında, gıda kontrol ve denetim hizmeti, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi en az lisans düzeyinde eğitim almış personel tarafından yapılır.

Yasanın 26. maddesinde doğal kaynak, doğal maden, içme ve tıbbi suların uygun şekilde ambalajlanması ve satış esaslarının Sağlık Bakanlığınca belirleneceği hüküm altına alınmıştır. Ayrıca suların ambalajlanması ve denetlenmesi dair çok sayıda yönetmelik Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmıştır.

Yasanın 36. maddesi ile 1580 sayılı Belediye Kanununun 15. maddesinin ikinci fıkrasının (28) numaralı bendindeki *"yiyeceği, içeceği ve"*, (61) numaralı bendindeki *"ve hususi teşebbüs tarafından kurulan aynı mahiyetteki tesisleri sağlık ve teknik bakımlarından murakabe etmek"* ibareleri metinden çıkarılmış ve (77) numaralı bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yasanın 37. maddesiyle 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 3. maddesinin birinci fıkrasının (6) numaralı bendindeki "Gıdalar ile" ibaresi, 181. maddesinin birinci fıkrasındaki "Bütün gıda maddeleriyle" ibaresi, aynı maddenin ikinci fıkrasındaki "gıda maddeleri ile" ibaresi, 199 uncu maddesindeki "Her gıda maddesi ile" ibaresi ve ek 3 üncü maddesinin birinci fıkrasındaki "ve 188" ibaresi ve aynı maddenin son fıkrasındaki " yenecek ve içilecek şeylere" ibaresi, 297 nci maddesindeki "ve 188" ibaresi metinden çıkarılmış ve 20 nci maddesinin birinci fıkrasının (8) bendi, *(Yenilecek içilecek şeylerin murakebesi,.... gıda maddelerinin muayenesine mahsus laboratuvar tesisi)* numaralı 181. maddesinin son fıkrası, (Gıda maddelerinin kaynakta

kontrol esasları) 183. maddesinin (1) ve (4) numaralı bentleri (Gıda maddelerine karıştırmaya mahsus boyalar) ile 170., (Süt ticareti yapanlar) 171., (Sütlerin nevileri, vasıfları ve süt mamullerinin istihsali) 172., (170. maddeye atıfta bulunuyor) 182, (Gıda maddesi tanımlanmaktadır.) 184., (Sağlığı hafif yada ağır şekilde bozacak gıda satışı yasaktır.) 188., (Gıda maddelerine boya karıştırmak yasaktır.), 189., (Gıda maddelerini bozmak ve taklide yarayan maddeleri ithal etmek ve satma) 190., (Gıda maddelerinin ambalajları üzerine ürün bilgilerini Türkçe yazmak zorunludur.) 191., (Gıda maddelerinin ambalajlandığı, satıldığı yerlerin sağlık koşullarına uygun olması zorunludur.) 192, (denetim ve numune alma) 193. (numune alınan gıdanın, tahlil sonucu alınıncaya kadar satılması ve mühür altına alınması) ve 198. (mezbahalarda et muayenesinin özel kanuna göre yapılacağı) maddeleri yürürlükten kaldırılmıştır.

Yasanın geçici 4. maddesi ile Sağlık Bakanlığında *"Çevre Sağlığı Teknisyeni"* olarak görev yapmakta olan *"Sağlık Memuru"* unvanlı kadrolarda görev yapan personelden Sağlık Bakanlığınca belirlenecek beşyüz adet personel, kadroları ile birlikte, en geç altı ay içerisinde, Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devredilir. İptal edilerek devredilen kadrolarda istihdam edilen personel, başka bir işleme gerek kalmaksızın Tarım ve Köyişleri Bakanlığının kadro cetveline eklenen sağlık memuru kadrolarına atanmış sayılırlar.

5393 sayılı Belediye Yasanında; belediyenin yetkileri ve imtiyazlarını düzenleyen 15.maddeye göre de belediye,

√ *Gayrisıhhî müesseseler ile umuma açık istirahat ve eğlence yerlerini ruhsatlandırmak ve denetlemek,*

√ *Gayrisıhhî işyerlerini, eğlence yerlerini, halk sağlığına ve çevreye etkisi olan diğer işyerlerini kentin belirli yerlerinde toplamak; (gayrisıhhî müesseselerden birinci sınıf olanların ruhsatlandırılması ve denetlenmesi, büyükşehir ve il merkez belediyeleri dışındaki yerlerde il özel idaresi tarafından yapılır.)*

5216 sayılı Büyükşehir Belediye Yasasının 7. maddesinde Büyükşehir belediyesinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında;

√ *Gıda ile ilgili olanlar dâhil birinci sınıf gayrisıhhî müesseseleri ruhsatlandırmak ve denetlemek,*

√ *Yiyecek ve içecek maddelerinin tahlillerini yapmak üzere laboratuvarlar kurmak ve işletmek. Gerektiğinde sağlık, hizmetleri ile ilgili bina ve tesislerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlamak.*

√ *Büyükşehir katı atık yönetim plânını yapmak, yaptırmak; katı atıkların kaynakta toplanması ve aktarma istasyonuna kadar taşınması hariç katı atıkların ve hafriyatın yeniden değerlendirilmesi, depolanması ve bertaraf edilmesine ilişkin hizmetleri yerine getirmek, bu amaçla tesisler kurmak, kurdurmak, işletmek veya işlettirmek;*

5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanununun 7/1-j bendinde; *"Gıda ile ilgili olanlar dahil birinci sınıf gayrı sıhhi müesseseleri ruhsatlandırmak ve denetlemek..."* görevi büyükşehir belediyelerine verilmiş iken, Aynı Kanunun 7/2-c bendindeki; *" Sıhhi işyerlerini, 2 nci ve 3 üncü sınıf gayrı sıhhi müesseseleri, umuma açık istirahat ve eğlence yerlerini ruhsatlandırmak ve denetlemek..."* görevi ise ilçe ve ilk kademe belediyelerinin görev ve yetkileri arasında sayılmıştır.

5393 sayılı Belediye Kanunu' nun 15/(l) bendine göre; *" Gayrı sıhhi müeseseler ile umuma açık istirahat ve eğlence yerlerini ruhsatlandırmak ve denetlemek"* görevi belediyenin yetkileri ve imtiyazları arasında sayılmıştır.

Aynı Yasa'nın 15 inci maddesinin 2 inci paragrafında; *"(l) bendinde belirtilen gayrı sıhhi müesseselerden birinci sınıf olanların ruhsatlandırılması ve denetlenmesi büyükşehir ve il merkezi dışındaki olan yerlerde il özel idaresi tarafından yapılır."* hükmüne yer verilmiştir.

5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu' nun 7/(g) bendinde; *" belediye sınırları dışındaki gayrı sıhhi müesseseler ile umuma açık istirahat ve eğlence yerlerine ruhsat vermek ve denetlemek"* İl özel idaresinin yetki ve imtiyazları arasında sayılmıştır.

4562 Sayılı Organize Sanayi Bölgeleri Kanununun, 5393 sayılı Belediye Kanunu' nun 85 inci maddesinin (h) bendi ile değişik 4 üncü maddesinin 6 ncı fıkrası uyarınca; *"Yürürlüğe giren mevzi imar planına göre arazi kullanımı, yapı ve tesislerin projelendirilmesi, inşaası ve kullanımıyla ilgili ruhsat ve izinler ile işyeri açma ve çalışma ruhsatları OSB tarafından verilir ve denetlenir. İşyeri açma ve çalışma ruhsatının verilmesi sırasında işyeri açma ve çalışma ruhsatına ilişkin harçlar, OSB tarafından tahsil edilerek ilgili belediye veya il özel idaresi hesabına yatırılır."* hükmü yer almaktadır.

Kısaca toparlamak gerekirse; 1580 sayılı "eski" Belediye Kanunu ile 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda belediyelere işyerlerinin kontrol, denetim ve ruhsatlandırma görevleri ile çevre ve halk sağlığının korunmasına ilişkin görevler verilmiş idi. Daha önceden; halkın yiyeceği, içeceği ve kullanacağı şeylerin satıldığı yerlerin ve halkın içinde yatıp kalkacağı, barınacağı yerlerin sağlık şartlarına uygun olup olmadığını kontrol etmek ve ruhsatname vermek belediyenin görevi iken 28 Haziran 1995 tarih ve 22327 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan ve yayımı tarihinde yürürlüğe giren 560 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketilmesi ve Denetlenmesine Dair Kanun Kanun Hükmünde Kararnamenin 9. maddesi gereğince gıda maddeleri üreten işyerlerinin 4. madde kapsamındaki denetimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaya başlanmış, 27 Mayıs 2004 tarihinde kabul edilen 5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun ile bu konuda yeniden düzenleme yapılarak gıda ile ilgili olan işyerlerinin denetim ve ruhsat yetkisi Tarım ve Köyişleri Bakanlığına verilmiştir. Yeni Yerel yönetim yasalarının yürürlüğe girmesiyle ile gıda dahil, birinci sınıf birinci sınıf gayrı sıhhi müesseseleri ruhsatlandırmak ve denetlemek görevi büyükşehir belediyelerine verilmiş, " Sıhhi işyerlerini, 2 nci ve 3 üncü sınıf gayrı sıhhi müesseseleri, umuma açık istirahat ve eğlence yerlerini ruhsatlandırmak ve denetlemek..." görevi ise ilçe ve ilk kademe belediyelerinin görev ve yetkileri arasında sayılmıştır. Belediye sınırları dışındaki gayrı sıhhi müesseseler ile umuma açık istirahat ve eğlence yerlerine ruhsat vermek ve denetlemek görevi, il özel idarelerine verilmiştir. Organize sanayi bölgelerinde ise; işyerlerinin ruhsatlandırılması ve denetimine ait yetki Organize sanayi bölgesi yönetimlerine verilmiştir.