

hekim ilk sendika Tüm Sağlık Sen'in kuruluşunda bulundu ve sendikanın demokratik, en geniş birliği sağlayan, mücadeleci bir sendika oluşması için çabalarda bulundu. Ancak üyelerinin bir kısmının kurulan 2. sendikada yer alması sonrası tabip odaları sendikalarla ilişkisini belirsizleştirdi. Özellikle sendikaların kurulmasından sonra geçen 1 yıl içinde, sendikaların hukuki varlığının tescili, meşruluğunun üyelere ve kamuoyuna yansıtılması, yöneticilerin baskılarını engellemede ihtiyaç duyulan dayanışma ve aktif tutumlar gözlenmedi, yetersiz kaldı. Sağlık işkolundaki sendikaların başarısının doktorların katılımı olmaksızın zorluklar taşıyacağı ve bu sendikaların başarısının tüm çalışanlara olduğu gibi doktorların da çıkarına olacağı gözönüne alındığında önümüzdeki dönem birlikte mücadelenin koşullarını geliştirmek önemlidir.

Sağlık İşkolu Sendikalarının Rolü:

1990 sonu ve 1991 yılı başında başta eğitim işkolu olmak üzere sağlık işkolu ve belediyelerde memur sendikalarının kurulması ile sendikal mücadele değişik bir boyuta sıçradı. Bu 3 işkolunun özel bazı durumlarını kabaca değerlendirmek gerekirse şunlar gözleniyor. Eğitim ve Sağlık piyasa ekonomisi ile kamusal fonların daraltıldığı 2 ana projedir. Her iki işkolunda da örgütlenme deneyimi olan, aydın nitelikli (yüksek eğitilmiş) işgücü motor önemdedir. Belediyelerin yerel iktidarlar merkezi iktidar arasındaki çekişmeleri, örgütlenme için uygun bir zemin yaratmada etkili olmuş, yine bu sektörde 1980 darbesi ile düzen dışına itilmiş geniş bir aydın birikimi ve sendikal bilincin gelişmesi de hızlandırıcı olmuştur. Bu global değerlendirmeyi önümüzdeki dönem çalışma hızı ve tikanıklıkları aşmada bazı öneriler için zorunlu gördüm. Geçtiğimiz 1 yıl içinde sendikaların hukuk mücadelesi esas oldu. Örgütlenmede başarılar sınırlıydı. Bunda sağlık işkolunda çalışan çeşitli kesimleri harekete geçirecek ve katılımı yaratacak işkoluna ait özel politikalar yaratmama esas nedendir. Genel ücret ve genel memur eylemleri dışında bir mücadele çizgisi geliştiremedi. Özellikle sağlık işkolunda özel politikalar geliştirmede tabip odalarının birikimi, işyerinde sendikalarla ortak mücadele araçları yaratması sendikal mücadelenin önünü açacaktır. Bir ayağı tabip odalarında bir ayağı sendikalarda olan doktorlar bu ortak mücadelede başarı için çalışacaklardır. Gelişmeyi-kitleselleşmeyi işçi mücadelesine bağlamış, kendiliğindenci, öncü özel politikalar geliştirmeyici, meslekler arası ve örgütler arası çekişmeleri abartan, sınırlar çizen, sektör sendikal politikaların başarı şansını yoktur. Yine sendikaların etkin olmasını iktidarların insiyatifine bırakan, uluslararası sözleşmelere bel bağlayan sendikal anlayışların hiçbir şansı yoktur. Tüm gelişmeleri etkileyecek olan kitlelerin mücadelesidir. Kitleden kopuk hiçbir yöntemin tek başına başarı şansı olamaz. Çalışanların işyerlerinde mücadelesi ve birleşme isteği bölünmeleri de engelleyecek güçtür.

* Sendikalarda doktor, hemşire, teknisyen, büro ve yardımcı hizmet personeli yerel birimlerden yönetim kademelerine kadar ayrı özellikleri dikkate alınarak her düzeyde eşit katılımı sağlayıcı örgütlenmeler yaratılmalıdır. Tabip Odaları da kendi meslek grubunun çalışmalarını destekleyici ve güçlendirici çabaları arttırmalıdır.

* Sağlık işkolunda doktorlar ve hemşireler motor önemdedir. Büyük hastanelerde örgütlenmeyi esas alan yapılanmalar bir grev için de temel önemdedir.

* Her ne kadar esas olan kitle mücadelesi ise de, özellikle önümüzdeki dönemde hukuki mücadele ve muşruluğun kamuoyuna yansımaları ciddiye alınması gereken, tüm demokratik güçlerin çabalarını ve desteğini sağlayan bir çalışma tarzı gerektirmektedir. Yayın faaliyetleri, propaganda çalışmalarında sağlık çalışanlarının birliğini geliştirecek ek yayın, toplum ve hekim ????? genişletmesi yararlıdır, önemlidir. Tabip odalarının bu faaliyetlerde de verebileceği destekler vardır.

* Son 5 yılın özellikle 3 büyük şehirdeki tabip odalarının örgütlenme ve çalışma tarzına ilişkin birikimi demokratik kitle örgütleri ile sıkı bir bağı olan sendikaların incelemesi gereken deneylerdir. Yerel örgütlerin güçlenmesi ve demokratikleştirilmesi başarı için zorunludur.

SSK Sağlık Hizmetleri Tartışması

Dr. Şükrü GÜNER*

"Tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır."

"Taraflar güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

1. Güvenlik ve sağlık alanında yasal düzenlemeler yapmayı;

2. Gözetim önlemleriyle bu düzenlemelerin uygulanmasını sağlamayı;

3. Gerektiğinde iş güvenliğini ve sağlığını geliştirmeyi amaçlayan önlemler konusunda çalışanların örgütlerine danışmayı;

taahhüt ederler"

Ülkemizin de imzaladığı Avrupa Sosyal Şartı'ndan.

İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ

Gelişmekte olan toplumumuzda sağlık bakımından iki büyük risk grubu vardır;

Çocuklar, nüfusumuzun % 50'sine yakını teşkil eder. Ülkemizdeki bebek ölüm hızı dünya ülkeleri arasında en ön sıralardadır. Çocuklarımızı en çok öldüren hastalıklar arasında barsak enfeksiyonları, en fazla hastalandıranlar arasında kızamık, en fazla sakat bırakanlar arasında polio (çocuk felci) gelmektedir. Tüm bu hastalıklar önlenemez hastalıklardır ve gelişmiş ülkelerde artık unutulmaya başlanmıştır. Sadece söylediklerimizin bu kadarı bile çocuklarımızın sağlık açısından toplumumuzda önemli bir risk grubunu oluşturduğunu göstermeye yeter sanırım.

İşçiler, nicel olarak toplumun en önemli, büyük ve giderek büyüyen kesimlerdir. Örgütlü güçleriyle toplumsal ve

* İTO Yönetim Kurulu Üyesi

siyasal gelişmeleri etkiler ve hatta belirleyebilirler. Toplumun bu dinamik ve üretici gücü özelliği itibariyle çevreden, özellikle iş çevresinden etkilenmektedirler. Çünkü çalışanlar yaşamalarının önemli bir bölümünü iş ortamı içerisinde geçirmek durumundadırlar. İşyeri ortamında bulunan pekçok faktör insan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yapmaktadırlar. Bu nedenle toplumumuzun bu üretici güçleri, yaptıkları üretimden kaynaklanan, sağlık açısından önemli riskler taşımaktadır. Toplumların sanayileşmeleriyle birlikte işçilerin sağlığı da önem kazanmaya başlamıştır. Genel olarak işçi sağlığına bakışı iki ana görüşte toplayabiliriz;

Birinci görüş, işçi sağlığında üretimi ön plana alır, yapılan işin aksamamasını hedefler. Bu görüş ortaçağ zihniyetidir, çağdaşdır. Bu görüşü, Sayın Tevfik Çavdar'dan dinlediğim bir hikaye çok güzel anlatmaktadır;

"... Sanayi devriminin ilk dönemlerini anlatan bir filmde geçer olay... 10-12 saatlik o yoğun erkek, kadın, çocuk-çocuk çalıştırıldığı günler... Kadın işçilerden biri önce elini, sonra kolunu makinaya kaptırır. Makinayı durdurmak kısa zamanda mümkün olmaz. Sonunda makina bağırsık-çarşık durur. O sırada işveren gelir, şöyle bir bezlere bakar. "Yazık oldu" der. Herkes zennederki kadına yazık oldu. Çünkü, ölmüştür kadın. İşveren devam eder, "Yazık oldu ikiyüz metre patiskaya⁽¹⁾..."

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde ikinci görüş, çağdaş yaklaşımdır. Nedir çağdaş yaklaşımın ilkeleri?..

- Herşeyden önce amaç insandır. İşçilerin ve tüm çalışanların sağlık hakları her türlü özelliklerinin üzerinde, öncelikli bir insan haklarıdır.

- İşçi sağlığına bakış, uzun iş saatlerinin kısıtlanması, çalışma koşullarının insancillaştırılması, kadın ve çocuk işçilerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, işin yıpratıcılığının önlenmesi gibi önemli konuları içerir. Sadece, işçinin en kısa zamanda iyileştirilip işin başına gönderilmesi, gibi çağdaş bir anlayışı reddeder.

- İşçi sağlığında temel görev, koruyucu sağlık hizmetleridir.

- İşçi sağlığı açısından, "evet, üretim önemlidir" ama, daima ikinci planda kalmalıdır. Ön plana çalışanın sağlığı alınmalıdır.

- İşçi sağlığı denince yalnız işçi akla gelmemelidir. İşçi, ailesi ve çocuklarıyla bir bütündür.

Evinde 40 derece ateşle yatan çocuğu bulunan bir işçiye sağlıklı diyebilir miyiz?

- İşçi sağlığı ve iş güvenliği çalışmaları birbirinden ayrılamaz.

- İşçilerin sağlığını korumak ve geliştirmek temelde bir işveren yükümlülüğüdür.

- İşyerlerinde sadece işyeri hekimi çalıştırmakla, hastalanan işçileri tedavi merkezlerine göndermekle, işçi sağlığı sağlanamaz. Hastalandırmamak için öncelikle koruyucu tedbirler almak gerekir.

- İşçi sağlığı hizmeti, hasta veya kaza geçiren işçileri tedavi etmek şeklinde alınırsa eksik kalır. İşçilerin beslenmesi, çalışma ve dinlenme koşullarının düzenlenmesi, işyeri dışı yaşamında sağlığına gelebilecek zararların önlenmesi gibi hizmetler geniş boyutlarla ele alınmalıdır.

Emeğe duyulan saygı, insana duyulan saygının en doğal gereğidir. Üreten insanın sağlığı ve güvenliği herşeyden önce onun sahip olması gerektiği, insan hakkıdır. Bu çağdaş anlayışla, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından şöyle tanımlanmıştır;

"Her çeşit işlerde çalışan işçilerin fizik, mental, psikolojik ve sosyolojik açıdan sağlığının en yüksek düzeyde tutulması ve korunması; İşçilerin işyeri koşullarından kaynaklanan hastalıklar nedeni ile işlerini kaybetmelerinin önlenmesi; İşyerilerindeki sağlığa zararlı etkenler karşısında, her türlü koruyucu önlemlerin alınması; İşçilerin fizyolojik ve psikolojik ölçülere göre, dayanabilecekleri ve sağlıklı bir şekilde çalışabilecekleri yerlerde görevlendirilmesi; İnsanın işinin insanca düzenlenmesi ve her çalışanın da işine uygun olmasının gözetilmesi" dir, işçi sağlığı ve iş güvenliği.

Burada açılması gereken bir konu var. Kimler işçidir? Yasalarla yapay ayrımları yapılan memurlar, sözleşmeli personeller işçi değil midir? Kafa gücü ile çalışan memur, kol ve beden gücü ile çalışan işçi, tanımı doğrudur? Bir ortopedi uzmanı kırığı tedavi ederken bilgisinin yanında daha çok kol ve beden gücünü kullandığı halde yasalara göre memurdur. Bir elektrik teknisyeni veya bir TV tamircisi ise daha çok çalışmasında bilgi ve dikkat göstermektedir ama yasalara göre işçi olarak çalışmaktadır... O halde bu yapay ayrımları bırakmak gerekir. Yaşamını ve çalışmasını bir işyerinden aldığı ücretle sürdüren herkes işçi sınıfındandır. İşçi sağlığı ve iş güvenliği deyince işte bu kapsamda tüm çalışanların sağlığı ve güvenliği olarak almak durumundayız.

İş Kazası Nedir? Niçin İş Kazası Oluyor?

Yasalarımıza göre iş kazası aşağıdaki durumların birinde meydana gelen ve sigortalının hemen veya sonradan bedence hastalanmasına, yaralanmasına, sakatlanmasına ve hatta ölümüne yol açan olaylardır. Bu durumlar;

- Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla,
- Sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlardı,

- Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,

- Sigortalının, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp, getirilmeleri sırasında, oluşan olaylardır.

İş kazalarının oluşumunda çalışma koşullarının olumsuzluğu, neden olarak başta gelmektedir. Örneğin makinenin eski olması gürültünün fazlalaşmasına neden olacaktır. Eski makina bir iş kazası sebebi olduğu gibi, gürültü de bir iş kazası sebebidir.

İş ortamının sıcaklığı çalışanda tuz ve mineral kaybı yapar. Bu kayıplar hareket ve koordinasyon bozukluğuna neden olur. Bu da bir iş kazası sebebidir. İş kazalarının beşte birinin düşmeden ileri geldiği saptanmıştır. İşyerinde kaygan zemin... İşte iş kazası nedeni.

Uçuşa çıkan her pilot günlük muayeneden geçer. Ateşi varsa, tansiyonu yüksekse uçuşuna izin verilmez. Peki 30 metre yüksekte çalıştırılan bir işçi neden günlük muayeneden geçirilmez?..

Bugün koruyucu tedbirlerini almış, kaza sayısını asgariye indirmiş işyerlerinden de, hemen her gün bir yaralanmaya yol açan iş kazalarının olduğu işyerlerinden de aynı prim alınmaktadır. İş kazalarını azaltan işyerlerini ödüllendirerek, fazla iş kazası olan iş yerlerini daha fazla prime tabi tutarak neden teşvik edici tedbirlere başvurulmaz?

Genel olarak, yapılan araştırmalar sonucu;

- En çok iş kazası 1 yıllık,
- En az iş kazası 10 yıllık işçilerde,
- En çok iş kazası çalışma saatlerinin başında ve sonunda,
- En az iş kazası çalışma saatlerinin ortalarında,
- En çok iş kazası 1-3 işçi,
- En az iş kazası 500-1000 işçi çalıştıran işyerlerinde,
- En çok iş kazası az ücretlilerde,
- En az iş kazası normal ücretlilerde,
- En çok iş kazası genç,
- En az iş kazası orta yaşlı işçilerde,
- En çok iş kazası erkek,
- En az iş kazası kadın işçilerde, tespit edilmiştir.

Bugün dünyada her üç dakikada bir işçi iş kazası veya meslek hastalığından dolayı yaşamını yitirmek olarak rakamları oldukça yüksek ülkemiz. Son üç yılın rakamlarına bakacak olursak aşağıdaki tabloyla karşılaşmaktayız:

Yıl	İş Kazası	Meslek Hast.	Ölüm	Maluliyet
1989	159.463	862	1459	2634
1990	155.857	1202	1565	3224
1991	130.047	1158	1631	3661

Bu rakamlar sayıları 1989-91 yılları arasında 3.2 - 3.6 milyon arasında değişen sigortalılara aittir. Habluki, ülkemizde çalışanların sayısı bu kadar değildir ve üstelik sigortasız çalışanların çalışma koşullarının daha da olumsuz olduğu düşünülürse bu rakamların daha da yükseleceği açıktır.

Tablodaki meslek hastalıkları sayısına gelince gerçeği yansıtmamaktadır. Tıp eğitiminde meslek hastalıkları eğitime yer verilmemesi, meslek hastalığı tanısına konulan engeller sonucu bu rakamlar ortaya çıkmaktadır.

Meslek Hastalıkları

Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleridir.

Meslek hastalıkları tanısını koymaya yetkili tek kuruluş SSK Meslek Hastalıkları Hastaneleridir. Bu hastanelerin sayısı ikidir. İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi genel amaçlı hastane şekline getirilmiş, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi ise kadro yetersizliği ile işlevlerini yerine getiremez durumdadır.

İşçiler arasında yapılan bir araştırmada % 95'inin iş kazasını bildiği, % 20'sinin ise meslek hastalığını bilmediği ortaya çıkarılmıştır. Demek ki, işçilerin bilinçli olmadığı konular onun kolayca gözünden kaçırılabilir...

Meslek hastalığı teşhisi konulmamasından kimler zararlı çıkmaktadır? Tabidir ki işçiler. Meslek hastalıkları çoğu kez dönüşümsüz olmaktadır. Hastalık sırasında istirahat "meslek hastalığı" olarak açılmazsa istirahat ücretini de kesintili almaktadır. Ayrıca işçi çalışamaz duruma geldiğinde meslek hastalığı tanısı konulmadığından malullük emekliliğinden de yararlanmamaktadır.

Bugün iş kazası veya meslek hastalığı geçiren bir işçiye, "hafif işte çalışır" veya "iş yeri değiştirme" karar verilememektedir. Hafif işte çalışır kararı çoğu kez "işyerimizde hafif iş yoktur" gerekçesi ile işçinin işten çıkarılmasına neden olmakta, meslek hastalığında ise, tedaviden sonra işçi yine aynı meslek hastalığı yapan koşullara geri gönderilmektedir.

1991'de Salihli'de deri işkolunda 8 işçi dönüşümsüz olarak "polinöropati" hastalığına tutulmuşlardır. Bunun nedeni ortaya çıkarılmıştır. İşveren uzun yıllar yurtiçinden, Petkim'den temin ettiği çözücü, bir müddetten beri ucuz olduğu için yurt dışından getirmeye başlamış ve bu çözücünün içinde bulunan "n-hekzan" adlı madde bu hastalığı meydana getirmiştir. Bu sonucun sorumlusu kimdir? Sekiz işçinin bir daha çalışamaz duruma gelmesinin telafisi nasıl mümkün olacaktır?

Bugün SSK hastanelerinin cildiye polikliniklerini dolduran "dermatit"li hastaların, dahiliye polikliniklerini dolduran kronik bronşitli hastaların yüzde kaçını meslek hastalığıdır?

Meslek hastalıkları konusunu sonuçlandırmadan ünlü bilim adamı Ramazzani'nin hekimlere şu tavsiyesine yer vermek istiyorum; "Hastaya adından önce mesleğini sor..."

Ülkemizde İşçi Sayısına Göre İşyerleri Sayısı

	1989	1990
1-49 İşçi	466.086	505.873
50-99 İşçi	4.087	4.206
100-249 İşçi	2.673	2.763
250-499 İşçi	896	936
500-999 İşçi	401	403
1000 den fazla İşçi	175	209
TOPLAM	474.318	514.390

Bu işyerlerinin arasında 50'den fazla işçi çalıştıran işyeri sayısı 8517'dir. Bugün için Türk Tabipleri Birliği'nin kurslarından geçerek sertifika alan hekim sayısı da bu rakama ulaşmıştır. Ülkemizde yeterli sayıda sertifikalı işyeri hekimi olmasına rağmen ve elliden fazla işçi çalıştıran işyerleri yasal zorunluluk olarak hekim çalıştırması gerekirken ne yazık ki pek çok işyeri bu kurala uymamaktadır.

Ülkemizde Sigortalı Sayıları (1990)

Kamu	966.875
Özel	2.479.627
TOPLAM	3.446.502
Kadın Sigortalı	376.802
Erkek Sigortalı	3.069.700
TOPLAM	3.446.502

Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO)

(International Labour Organisation)

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün kurulmasına 1919'da Versay Barış Anlaşması ile kurulmasına karar verilmiştir. 1946'dan bu yana ise Birleşmiş Milletler'in özel ihtisas kuruluşu olarak çalışmıştır. Amacı, hükümetler, işverenler, işçiler "üçlü temsil" yaklaşımı ile tüm dünyada iş barışının ve sosyal adaletin gerçekleşmesine çaba harcamaktır. Bu amaca yönelik "Sözleşmeler ve Tavsiye Kararları" hazırlar. Bu sözleşmeleri imzalayan ve tavsiye kararlara katılan ülkeler belli bir gözetim altında, uygulamalarını belli standartlara getirmek yükümlülüğünü de kabul etmiş olurlar. İLO'nun yürütme organı Cenevre'deki Uluslararası Çalışma Bürosu'dur.

İşyeri Hekimliği

Umumi Hıfzıssıhha Yasası'na göre 50'den fazla işçi çalıştıran işyerleri işyeri hekimi çalıştırmak zorundadırlar. Türk Tabipleri Birliği'ne bağlı tabip odaları tarafından hekimler arasında işyeri hekimliğinin eşit dağılımı sağlanır.

Bugün işyeri hekimliğinin statüsü tam olarak oturtulamamıştır. İşyeri hekimi daha çok, haftada bir kaç saat işyerine uğrayan, yasal formaliteyi yerine getirmek amacıyla, şeklen varlığını koruyan bir uygulama halindedir. Oysa ki 4. Temmuz. 1980 tarihinde çıkarılan "İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkındaki Yönetmelik" işyeri hekimlerinin konumlarını açıkça belirlemiştir. Yönetmelik hükümlerinin yerine getirilmesi sorunu çözer görüyordum.

Yönetmeliğe göre, işyeri hekiminin koruyucu hekimlik ve tıbbi görevleri, teknik görevleri, kayıt ve istatistik görevleri, inceleme, araştırma ve işyeri dışı kuruluşlarla ilgili görevleri ayrıntılarıyla belirlenmiştir.

İşyeri hekimliğinde en önemli husus, mutlak suretle işverenden bağımsızlığını sağlayacak özel konumun yaratılmasıdır. İşverenden maaş alsalar bile, örneğin toplu sözleşmelerde getirilen kurallarla işyeri hekimleri bağımsızlaştırılabilir.

İşyeri hekimliğinde ikinci önemli bir husus da 50'den az işçi çalıştıran işyerlerindeki işyeri hekimi çalıştırılmasıdır. Çünkü ülkemizde 50 den az işçi çalıştıran işyeri sayısı, tüm işyerlerinin % 98 inden fazladır ve buralarda 2.5 milyon işçi çalışmaktadır. 60 dan fazla işçi çalıştıran işyerlerindeki işçi sayısı ise 1.5 milyondur.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Cumhuriyetin başlangıç yıllarında sağlığa verilen önem büyüktür. İlk kurulan bakanlıklardan biri Sağlık Bakanlığıdır. Ülke genel sağlık durumunun bozuk olması bu alanda bazı adımların atılmasını zorunlu kılmıştır. Yine Cumhuriyetin başlangıç yıllarında sağlıkta bazı taleplere rastlıyoruz. 1925'lerde Amele Birliklerinin "8 saatlik işgünü" ve "hafta sonu tatili" taleplerine, 1930'larda işçilerin "kreş ve emzirme saatleri" istemlerine, fakat bu istenlerin belirleyici olmadığına işaret etmek istiyorum. İlk kez 1930'da Atatürk "... Sosyal güvenlik hizmetlerini düzenleyecek bir kuruluşa ihtiyaçtan" bahsetmiştir. bu düşünce 1936'da çıkan İş Kanunu'nun 100. maddesi ile yasal olarak düzenlenmiştir.

1939'da faşizm tırmanmaktadır. Sınıf esasına göre dernek ve siyasi partilerin kurulması, faaliyetleri yasaklanmıştır. 1939-45 savaş yılları... 1946'da ise tekrar siyasi parti ve dernek çalışmaları serbest bırakıldı, sendikalar kuruldu. İstanbul Umumi Amele Derneklerinin bu yıllarda yine işçi sağlığı üzerine taleplerine rastlamaktayız...

Yine bu yıllarda içlerinde Kemalistlerin de bulunduğu bir grup aydının "menfaatlerin birleştirilmesi" tezi altında görüşlerini izliyoruz. Bu tez'lere göre çalışanlarla işverenler arasında "sert çelişkiler ve tartışmalar" olmaması gerektiği, asıl düşmanın emperyalizm olduğu görüşü savunuluyor... İşte menfaatlerin birleştirilmesinde, hem çalışanların, hem de işverenlerin yararına olduğu düşüncelerinin tartışıldığı bir ortamda İşçi Sigortaları Kurumu kuruluyor. (1946) Kuruluşundan 20 yıl sonra ise 506 sayılı Yasa ile kurum, Sosyal Sigortalar Kurumu adı altında bugün de yürürlükte olan statüsüne kavuşuyor.

506 Sayılı Yasa sorunlara yaklaşımı ve ihtiyaçları karşılamak yönüyle yetersiz bir Yasa değildir, yeter ki uygulansın... Genel olarak bugün işçi sağlığı konusunda istenilen ilerleme kaydedilemiyorsa, bu durum Kurumun iyi yönetilmediğinden ve Yasa'nın tam olarak hayata geçirilememesinden kaynaklanmaktadır.

Bu Yasa'nın bazı önemli maddelerine değinmek istiyorum;

Madde 26'da iş güvenliğinin sağlanması sorumluluğu işverene verilmiştir. Bu madde ile aynı zamanda hata işverende ise ödeme zorunluluğu da getirilmektedir. Bu madde uygulanmamaktadır.

Madde 74-75 ile, SSK primlerinin işin ağırlığına göre tespit edilmesi mümkün olabilmektedir. Bu madde de uygulanmamaktadır. Her türlü güvenlik tedbirlerini en ince ayrıntısına kadar alan işyerleri de, bu koşullara uymayan işyerleri de aynı primi ödemektedir.

Madde 124 ile Kurum'a koruyucu hekimlik tedbirleri alma görevi verilmiş ama işletilmemektedir. Bu yönüyle bu madde önemlidir. Bu madde'nin 506 Sayılı Yasa'da yer alması için büyük uğraş veren zamanın Sağlık Bakanı Müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek'i burada anmak isterim. Yasa hazırlık çalışmalarında ve hazırlanan taslak'ta böyle bir maddenin konulması düşünülmüyor ama Tasarı'nın Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanma şartını bu madde ile dayatan Dr. Fişek bu maddenin yasada yer almasını sağlıyor.

SSK tarihinde madde 124'ün bir kez işletildiğine şahit oluyoruz. Ankara'da bir gaz maskesi atölyesi. Bu atölyede sık sık etil klörür etilen zehirlenmesi oluyor. Yapılan tüm uyanlara rağmen işveren gerekli tedbirleri almıyor. Zehirlenmeler tekrarlanıyor. Bu durumda atölyenin tüm çalışanları vizite kağıdı çıkarılarak davet ediliyor, hepsine 20 gün istirahat açılıyor. Sonuç; İşveren derhal koruyucu tedbirleri alıyor ve atölye işçilerin istirahati bitiminde çalışmaya devam ediyor. Bu uygulama, mevcut statülerde bile Kurumun neler yapabileceğini göstermektedir. Bu katılardan dolayı SSK Genel Müdürlüğü Yardımcılığı görevlerinde de bulunmuş Dr. Engin Tonguç'u kutlamak istiyorum.

Madde 130 Kurum müfettişlerin işçi sağlığı ve iş güvenliği mevzuatı hükümlerine, sağlık ve iş güvenliği usul ve alışkanlıklarına aykırı durumları tespit ve düzeltme yetkisi vermektedir. Bu görev sigorta müfettişlerinin konumları ve sayısal durum-

ları itibarıyla yerine getirilememektedir. Yine SSK tarihinde Kurum çalışmalarının iyileştirilmesi için birçok girişimlere rastlıyoruz. Bu konuda SSK Genel Müdürlüğü yapmış ve bu görevi sırasında "Reorganizasyon Raporu" hazırlanmış olan Dr. Erdal Atabek'i ve yine Kurumda 1980 öncesi yıllarda, yöneticilik yapan, Sayın Özcan Kesgeç'i belirtmek istiyorum.

İşçi Sağlığı ve iş güvenliği sorunu istenirse çözümlenebilir bir sorundur. Fakat sorunun siyasal ve kültürel boyutları vardır, bu nedenle yıllardır çözümlenememektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu 1990 yılında, "İş Kazası ve Meslek Hastalıkları" sigortasından 401,5 milyar TL. tasarruf etmiş, başka bir deyişle topladığının yarısını harcamamıştır..

Tablo 2 : İş Kazası, Meslek Hst. Sigortası Gelir-Gider Dengesi (1990)

Giderler		Gelirler	
Sigorta Gid.	359.819.1	Prim Gelir.	716.884.4
Yönetim Gid. His.	20.919.6	Fon Gelir.	65.361.8
Gid. Top.	380.738.7		
Gelir Fazlası	401.507.5		
TOPLAM	782.246.2		782.246.2

Sosyal Sigortalar Kurumu "Hastalık Sigortası"ndan 1990 yılında 872,3 milyar TL. tasarruf etmiştir. Başka bir deyişle hastalık sigortası için topladığı paranın % 27'sini harcamamıştır.

Tablo 3 : Hastalık Sigortası Gelir-Gider Dengesi (1990)

Giderler		Gelirler	
Sigorta Gid.	2.394.383.3	Prim Gelir.	3.154.291.5
Gelir Fazlası	872.315.3	İlaç iştirak.	112.407.1
TOPLAM	3.266.698.6		3.266.698.6

Sosyal Sigortalar Kurumu "Analık Sigortası"ndan 1990 yılında 223.277 milyon TL. tasarruf etmiş, başka bir deyişle topladığının % 80'i kadarını da harcamamıştır.

Kıscacı Kurum iş kazası, meslek hastalıkları, hastalık ve analık hizmetleri için topladığı primleri tam olarak harcamıyor, tasarruf ediyor⁽¹⁾...

Bir Tasarruf Örneği (1)

SSK'nın 1990 yılı sonu itibarıyla Milli Bankalarda 2 trilyon 924 milyar TL hesabı bulunmaktadır. Aynı yıl bankalardan alınan faizler ise 734 milyardır.

Faiz oranı % 25. Aynı yıllarda enflasyonun % 70, vadeli mevduat faizlerinin % 80 olduğuna da işaret edelim.

Aynı durum kurumun aldığı tahvilde de mevcuttur. 1990 yılı sonu itibarıyla Kurumun elinde bulundurduğu tahvil 596,5 milyar TL. getirdiği gelir ise, 240,8 milyar TL. dir.

Kurum bugün paralarını iyi değerlendirememekte düşük faizle bankalara, devlet tahvillerine yatırmaktadır. Kurum, Eximbank tahvilleri ve makbuzları almaktadır. SSK ile Eximbank arasındaki ilişki nedir? Niçin SSK'nın paraları buralarda

değer kaybına uğramaktadır? Bu soruları mantık çerçevesi içinde cevaplamak zordur.

SSK Ne Kadar Prim Alıyor?

İş kazası meslek hastalıkları primi % 1,5-7; Hastalık sigortası primi % 11; Analık sigortası primi % 1; Malüllük, yaşlılık ölüm sigortası primi % 20 olmak üzere SSK % **33,5- % 39** arasında işçinin ücretinden prim almaktadır. Bu primlerin bir kısmını işveren ödese dahi gerçekte ödeyen işçidir. Bu primlerin onun emeginin yarattığı değerden ödenmektedir ve toplu sözleşmelere yansımaktadır.

Avrupada Çekoslovakya'dan sonra en fazla sigorta primi toplayan ülkemiz. Konuyu daha anlaşılır hale getirmek için 100 TL alan işçinin parası nerelere gidiyor, görelim;

Tablo 4 : İşçi Ücreti Kesintileri

SSK'ya Ödenen	34.3 TL
Vergi ve diğer Öd.	33.9 TL.
İşçinin net eline geçen	31.8 TL.
TOPLAM	100 TL.

SSK'nın Prim Alacakları

Tablo 5 : (1992 yılı itibarıyla)

Kamu Sektörü.....	10.1 trilyon
Özel Sektör	3.3 trilyon
TOPLAM	13 trilyon 400 milyar TL.

Kurum Yıllardır İyi Yönetilmiyor...

Son 10 yılda sigortalı sayısı % 61 artarken, Kurumda çalışan personel sayısı 60 binden 50 bine düşmüştür. 20 milyon nüfusa hizmet veren Kurumda hekim başına düşen nüfus 4800'dür. Halbuki ülke ortalaması 1300 kişiye bir hekimdir. Kurumda hemşire başına düşen nüfus 3800... Halbuki ülke ortalaması 930...

Tablo 6 : İzmir İlinde Yılda Hekim Başına Düşen Poliklinik Sayısı (1987)

9 Eylül Tıp	487
Ege Tıp	633
İzmir Devlet Hst.	899
Tepecik SSK Hst.	4.197

Bu durum niçin? Çünkü; ülkemiz toplam hekimlerinin % 12'si, hemşirelerin % 9'u eczacıların % 6'sı SSK da çalışmakta. Pekî, nüfusun üçtebirine hizmet veriyorum diyen bir Kurumun bu oranları en az % 30'lara çıkarması gerekmez mi?... Evet, Kurum iyi yönetilmemektedir. Bugün SSK Hastaneleri polikliniklerinde uzun kuyruklar oluşmakta, hastalar saatlerce poliklinik kapılarında perişan olmakta, çoğu zaman da muayene olma fırsatını dahi bulamamaktadır. Bu durum nereden kaynaklanmaktadır? Çözüm yolu yok mudur?

SSK Hastanelerinin herhangi birine bakalım. SSK İstanbul Okmeydanı veya Göztepe Hastanesi olabilir. Kaç tane iç Hastalıkları veya cerrahi bölümünde doktor var? En az 30-40. Evet yanlış okumadınız. Peki, bu hastanelerde kaç tane iç hastalıkları veya cerrahi polikliniğini var? En çok 3-4... Niçin poliklinik sayısı fazlalaştırılmaz? Çok mu zordur? Hayır. Bir çalışma odası, bir muayene masası, tansiyon ve stetoskop aleti, bir de yardımcı, tamam. Poliklinik odaları prefabrik de yapılabilir hastane bahçesine. Burada tek zorluk poliklinikten çıkan laboratuvar istemlerinin karşılanmasıdır. Karşılanamadığı yerlerde çevredeki özel laboratuvarlarla yapılacak anlaşmalarla çözülür.

Kurum Dışı Sevkleler

Kurum bünyesi içinde yapılamayan bazı tetkik ve tedaviler kurum dışı kuruluşlara gönderilmektedir. Bu sevklelerin son zamanlara kadar bir kısmı da Kurumda yapılabilen fakat "boş yatağımız yok" bahanesi ile yapılan sevklelerdir. Bu durumun önü alınmıştır. Önemli bir tasarruf tedbiridir. Kurum tomografi, NMR, ultrasonografi gibi tetkikleri yıllarca anlaşmalı özel yerlere gönderirken SİSATEV adlı bir vakıf kurarak daha önceki fiatların daha fazlasına bu vakfa göndermeye başlamış ve Kurumun büyük miktarda parası bu vakfa akmıştır. Vakfın yaptığı tetkiklerin kalitesi de iyi değildir. Ayrıca Kurumda Vakfa tetkik göndermek için adeta teşvik rüzgarları estirilmiştir. Kimdir bu vakfın kurucuları? Zamanın Sosyal Güvenlik Bakanı İmren Aykut ve akrabaları, kurumda çalışan bazı yöneticiler... Kurum Yönetiminin bunu yapmaya nasıl hakkı olabilir? İşçinin alınterinden alınan paralarla nasıl bu kadar cüretkar davranılabilir?

Koalisyon hükümetinin bu alanda yaptığı en önemli işlerden birisi bu Vakıf'la ilişkinin kesilmesi olmuştur. Bu konuda açılan soruşturma sonucu da merakla beklenmektedir.

Tıp fakülteleri, bazı anlaşma yapılmış özel hastanelere yapılan sevklelerde ise yıllarca etkin bir denetim yapılmamıştır. Yüzeysel bir araştırma bile çarpıcı göstergeler ortaya koyacaktır. Ameliyattan önce hastanede 50-70 gün yattı gösterilen hastalar, bir ameliyat için en az 3 ameliyata yetecek sarf malzemesi yazılan hastalar, bir hastaya yazılan ilaçlardan en az üç hastanın tedavisi edilebileceği reçeteler... Niçin buralara sevki edilen hastaların giderleri kontrol edilmez? Son zamanlarda acil vaka dışında buralara sevkleler kalktığından sorun gündemde değil gibi görünmekte, ama gelecekte tekrar başlayacak. Fakat bu kez mutlaka sevklelerin standardizasyonu, denetimi, yapılan sarfların kontrolünü sağlamak zorunludur. Yoksa eski tekrar yaşanır...

İlaç Sorunu

Kurumda önemli bir ilaç savurganlığı vardır. Bugün her sigortalının evi adeta bir ilaç deposu haline gelmiştir. 1972'lerde 300 milyon TL ilaç tüketimi 20 yılda onbin kat artarak 3 trilyona çıkmıştır. Bu korkunç gelişmeye yıllarca yapılan her türlü öneriye kapılar kapatılarak engel olunmamıştır. SSK İlaç fabrikası kurulmuş ne yazık ki yıllarca ne yaptığı ilaç çeşidi ne de üretimi artırılmamıştır. Kapasitenin artırılmasıyla Kurumda kullanılan tüm analjezik, antigrifal ilaçlar, öksürük şurup ve hapları, pomadlar, kuvvet ve vitamin ilaçları üretilebilir.

Tablo 7: Kurum İlaç Tüketimi

Yıllar	
1989	0.5 trilyon
1990	0.8 trilyon
1991	1.3 trilyon
1992	3 trilyon

İlaç konusunda şu tedbirler alınmalıdır.

1. Her yıl düzenlenen liste tanziminden vazgeçilerek, ihale sistemine geçilmelidir. Kullanılan ilaçlar "**etken madde**" belirtilerek ihaleye çıkartılmalı, bu etken maddeyi kullanarak ilaç üreten firmalarla yapılacak açık eksiltme ile ilaçlar ihale ile alınmalıdır. ihaleyi kazanan ilaç en az yılda iki kez Kurumun istediği zamanlarda "etken madde" ve "üretim" açısından denetime tabi tutulmalıdır.

2. Kurumda piyasa ambalajı değil mutlaka hastane ambalajı kullanılmalıdır. Ambalajın ilaç üretimindeki payı % 9-11 arasında değişmektedir. 3 trilyonluk ilaç tüketiminde sadece hastane ambalajına geçmekle ne kadar tasarruf yapılabileceği ortadadır.

3. İlaç tüketiminde eğitimin önemi büyüktür. Bu konuda Kurum hekimleri sürekli eğitime tabi tutulmalıdır.

4. İyi bir denetimden geçirilerek sigortalının elinde bulunan ilaçlar, katılım payları verilerek, tekrar sigortalıların kullanımına sunulabilir.

5. SSK İlaç fabrikasının kapasitesi ve üretim alanları genişletilmelidir.

6. Hastane ambalajı olarak alınan dış ambalaj ve prospektüsü bulunmayan ilaçların iç ambalajına "ilaç adı-son kullanma tarihi ve SSK malıdır" ibaresi konulmalıdır.

7. İlaçlar hastalara naylon poşetlerde verilmeli ve klasik kullanımlarda naylon poşetin üzerine matbu olarak hazırlanmış etiketler yapıştırılmalıdır. (5x2; 2x2; tok karna; aç Karna gibi)

8. Kurum hastanelerinden faydalananların herkesin şahsına ait kopyalı 50 şer koçanlı reçetesi olmalı ve hekim bu reçeteyi ibraz eden hastaya reçete yazmalıdır. Dip koçanı bitince, koçanı iade edene yeni bir reçete verilebilmelidir. Reçeteler böylece daha iyi kontrol edilerek hastaların aşırı ilaç tüketimlerine ve günlük mükerrer ilaç yazımlarına engel olunur.

9. Kurum en kısa zamanda mevcut büyük laboratuvarlardan birini devreye sokarak veya yeni bir laboratuvar açarak "İlaç Kalite Kontrol Merkezi"ni kendisi açmalıdır.

10. Reçetelerde bir haftalık doz ve 5 kalemde fazla ilaç yazılmamalıdır. Uzun süre kullanılması sağlık kurulu kararı ile tespit edilmiş hastalıklar bu konudan istisna tutulmalıdır.

11. Dispanser eczanelerinin maliyeti, getirdiği kazanımdan fazladır. Öncelikle bu eczanelerin kapatılması ve dispanserlerde yazılan reçetelerin, dispanserin bağlı bulunduğu hastaneye verilmesi yoluna gidilmelidir.

12. Kurum poliklinik eczanelerinin maliyeti hesaplanmalı, ortaya çıkan sonuçlar Kurum aleyhine ise, poliklinik reçetelerinin anlaşmalı eczanelerden temini yönüne gidilmelidir.

13. Kurumda kültür-antibiogram yapabilme kapasitesi artırılmalıdır.

Sosyal Sigortalar Kurumu Neden Krize Girdi?

- Kurum dışı tedavilere harcanan para tüm sağlık giderlerinin % 27'sine kadar ulaştı.
- SSK sağlık harcamalarında ilaç tüketimi % 40 lara kadar ulaştı.
- Vakıf (Sisatev) yıllarca rayiç fiatın üzerinde tetkikler yaparak Kurum kasasını boşalttı.
- 13,5 trilyon prim alacağı toplanamadı.
- Yıllarca düşük faizli hazine ve KİT tahvilleri alındı, düşük faizle paralar banlara yatırıldı.
- 230 bin kişiye konut kredisi verildi.
- Kurum elindeki imkanları iyi kullanamadı, standardizasyon ve tasarruf tedbirleri alamadı, olanaklarını savurgan olarak tüketti...

Konuyu daha da uzatabiliriz.

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinin en büyük sorumluluğunu alan SSK'nın bugünkü durumunun sebebinin SSK Yönetiminde aramak gerekir. Kurum 1980 sonrası yapılan değişimlerle tamamen siyasi iktidarların yönetimine girmiştir. 1980 öncesi kurum çalışanlarının seçimle belirledikleri temsilci, iki işçi temsilcisinden biri, emeklilerin temsilcisi yönetimden çıkarılmışlardır. Bugün SSK Yönetiminde biri işçi, biri işveren ve 3'ü hükümet temsilcisi olmak üzere 5 kişi bulunmaktadır. Siyasi iktidarlara bağımlı bir kurumla işçi sağlığı ve iş güvenliği sağlanamaz.

SSK'nın içinde bulunduğu krizden kurtarılması için somut önerileri şöyle sıralayabiliriz;

1. Devlet ve siyasi iktidarlar tüm bürokrasi ile SSK'dan elini çekmelidir.
2. Yönetim, işçi-işveren-kurum çalışmalarından oluşturulan demokratik bir platformda, Genel Kurul'da, teşekkül etmeli ve her yıl toplanan Genel Kurul en yetkili organ olmalıdır.
3. Merkezi demokratikleşmenin yanında hastane ve dispenselerde de demokratik ve katılımcı bir anlayışla yönetimler oluşturulmalı ve yönetimde merkeziyetçilik yerine "yerinde yönetim" ilkesine yer verilmelidir.
4. Kurum üyelerine vereceği hizmeti kendi üretmelidir. Bu gerçekleştirilinceye kadar ise satın aldığı hizmeti iyi denetlemelidir.
5. İlaç savurganlığına son verilerek, bu yazı içinde önerilen tedbirler en kısa zamanda alınmalıdır.
6. Toplanamayan primler toplanmalı, prim gecikmelerinde ise, cezalar rayiç faizlerin üzerine çıkarılmalıdır.
7. Düşük faizli devlet ve banka tahvilleri almaya, düşük faizle bankalara para yatırmaya son verilmelidir.
8. Kurum konut kredisi vermemelidir. Bu zaten amaçları arasında da değildir.
9. Personel ve sarf malzemeleri standardizasyonu yeni den gözden geçirilmeli ve sağlam statülere bağlanmalıdır.
10. Kullanılmayan kapasite kullanıma sokulmalıdır.
11. Acilen hastane ve dispanser, poliklinik olanakları genişletilmelidir.

12. Kurumda ilk basamak sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmelidir. Bu konudan olmak üzere işyerlerinin işyeri hekimi çalıştırıp çalıştırmadıkları denetlenmeli, çalıştırmayanlara yaptırımlar getirilmelidir. Dispanser ve sağlık istasyonları birer sevk merkezi olmaktan kurtarılmalıdır.

SONUÇ

İşçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamalarının başarısı bizzat işçilerin bu konuya inanmaları ve örgütlü güçlerini kullanabilmelerine bağlıdır. İşçilerin ve onların örgütlü güçlerinin sahiplenemediği uygulamalar, yeterli etkiyi yapamamakta ve kısa süreli ayakta kalabilmektedir. Bu değerlendirmelerin ışığı altında işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında olumlu adımlar atabilmenin ilk adımı SSK'daki mevcut yönetim yapısının ve anlayışın değişmesidir. Bu alandaki SSK'nın yapısal değişikliği yaşamsal bir zorunluluktur. Sosyal Sigortalar Kurumu siyasi iktidarlara bağımlılıktan kurtarılmalı, tam bir özerklik içinde katılımcı, demokratik yönetimlerin oluşturduğu bir kurum haline gelmelidir. İşte bu değişim, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından atılacak belki ilk ve en önemli adım olacaktır.

Kaynaklar

1. Sağlık Hizmetlerinin Reorganizasyonu, SSK Genel Müdürlük Yayınları No 204, 972
2. 1. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi Kitabı, İstanbul Tabip Odası Yayınları 1978-9
3. 2. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi Kitabı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları 1991
4. Sosyal Sigortalar Kurumu Faaliyet Raporu 1989
5. Sosyal Sigortalar Kurumu Faaliyet Raporu 1990
6. Sosyal Sigortalar Kurumu İstatistik Yıllığı 1989
7. Sosyal Sigortalar Kurumu İstatistik Yıllığı 1990
8. Türkiye İstatistik Yıllığı 1989
9. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği 1, Dosya Yayıncılık, İst. 1991
10. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği 2, Dosya Yayıncılık, İst. 1991
11. Türkiye İçin Sağlık Tezi, Dr. Belek, Dr. Onuroğulları, Dr. Nalçacı, Dr. Ardiç Sorun Yayınları, 1992
12. İşçi Sağlığı Kılavuzu Doç. Dr. G. Fişek, Dr. B. Piyal, Türk Tabipleri Birliği yayınları, 3. Baskı 1991
13. İş Hekimliği Ders Notları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2. Baskı, 1991
14. SSK Raporu, Türk Tabipleri Birliği Çalışması 1992
15. Türkiye'nin Sağlık Sorunu "Rapor", Dr. Engin Tonguç Ocak 1985
16. Sosyal Güvenlik Sorunları ile İlgili Türk-İş Tespit ve Önerileri Temmuz 1990
17. Sosyal Sigortalar Kurumunun Tanımı ve Sağlık Sorunları "Rapor", Türk-İş 1989
18. Çalışma Ortamı, İki aylık süreli dergi, Fişek Özel Sağlık Hizmetleri Araştırma Enstitüsü Yayını Mart 1992 sayı 1
19. Çalışma Ortamı, İki aylık süreli dergi, a.g.a.e. Mayıs 1992 sayı 2
20. İşçi Sağlığı Haftası İzmit Toplantısı Gözlemleri, Mayıs 1992 Dr. Murat Fırat İstanbul Tabip Odası
21. İstanbul Eczacı Odası Basın Toplantısı, 24.6.1992, Toplantı Metni
22. Dünya Gazetesi 23 Temmuz 1992 "Olayların İçinden" SSK Olayının İçyüzü Nedir? Tefvik Güngör
23. Sabah Gazetesi 8 Ağustos 1992 Çalışma Bakanı Mehmet Moğultay'ın demeci.
24. Ülke Sağlık Hizmetlerinde Yapılmak İstenen Reformlar Üzerine Koalisyon Hükümetinin 250. gününün değerlendirilmesi konusunda İstanbul Meslek Odaları Birliğinin yaptığı toplantıda sunulan İstanbul Tabip Odası Raporu 25.7.1992