

TÜRKİYE'DE İŞÇİ SAĞLIĞI ve İŞ GÜVENLİĞİ*

Cavit Işık YAVUZ**

...Kayış kapar kolumuzu
kırılan kemik
kan.
Hani şimdi bizim soframıza
haftada bir et gelir.
ve
çocuklarımız işten eve
sapsarı iskelet gelir..

N. Hikmet

GİRİŞ

"Türkiye'de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" başlığının altını doldurmaya çalışmak zorlu bir yolu göze almayı gerektiriyor. Kapsam, kavramsal çerçeve, mevcut durum, konuya tıbbi ve ekonomi-politik yaklaşım vb gibi çeşitlendirilip zenginleştirilebilecek bir çok alt bölümlerle irdelenmesi olası bir başlık söz konusu. Bu alt başlıklardan bazıları "mayınlı bölge" olarak adlandırılabilen özellikler. Bu "mayınlı bölge"ye örnek olarak bu alanın adlandırılması verilebilir: Eskiden beri alana ilişkin "işçi sağlığı" olarak kullanılan adlandırmanın gerek çeşitli dokümanlarda ancak esas olarak mevzuatta "iş sağlığı" terimine dönüşümü ve bu konudaki tartışmalar.

"Terim" tartışmasına kısaca da olsa değinmekte yarar var. "İşçi sağlığı"ndan "iş sağlığı"na dönüşüm esas olarak çeviri ile ilişkilendiriliyor. Konu ile ilgili çeşit-

* Bu yazının bazı bölümlerinin hazırlanmasında yazarın 22-23 Kasım 2008 tarihlerinde Bursa'da düzenlenen Meslek Hastalıkları Kongresi'nde sunulmak üzere hazırladığı "Değişen Çalışma Biçimleri ve Değişen İşçi Sağlığı Hizmetleri: Hizmetlerde mi Esnekleşiyor?" başlıklı çalışması temel alınmıştır."

** Dr., Halk Sağlığı Uzmanı, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

li toplantılarda dile getirildiği gibi "occupational health" terimi yıllarca "işçi sağlığı" olarak çevrilerek kullanılmış iken bu çevirinin hatalı bulunarak "iş sağlığı" olarak çevrilmesi gerektiği dile getirilen bir görüş. Çeviri değişimine temel oluşturacak iki alt başlıktan söz etmek mümkün. Genelleyerek belirtirsek bu alanın iki boyutunun adlandırılması tartışması diyebiliriz: Tıbbi boyut ve teknik boyut.

Esas olarak "sağlık ve güvenlik" tanımlamasından da anlaşılacağı üzere bu iki boyut birbirinin tamamlayıcısı ve ayrılmaz bir parçası. Tıbbi boyut iş-sağlık ilişkisini irdeleyen, işten kaynaklanabilecek sağlık sorunlarıyla ilgilenen, çalışanların sağlığının korunması, hastalanmaları ya da kaza geçirmeleri halinde iyileştirilmelerini amaçlayan faaliyetleri içeriyor. Bu boyut için "occupational medicine" teriminin bir karşılığı olarak "iş hekimliği" ya da "iş tıbbi" terimleri Türkçe kaynaklarda karşımıza çıkıyor. Teknik boyut ise, işyerinde sağlığa olumsuz etki gösteren çeşitli madde, faktör, etken ve unsurları kendine çalışma konusu olarak belirleyen, bu faktörlerin tespiti, ölçümü, önlem tasarımı ve uygulaması faaliyetlerinden oluşuyor. "Occupational hygiene" olarak adlandırılan bu boyut için Türkçe karşılık olarak "iş hijyeni" yaygın olarak kullanılıyor. "Occupational health" teriminin ise hem tıbbi hem de teknik boyutu kapsayan bir terim olarak "iş sağlığı" olarak anılması gerektiği çeviri tartışmasının özeti diyebiliriz. Bu tartışmanın etkisiyle midir bilinmez 2003 yılında değişen İş Kanunu ile birlikte terim olarak "işçi sağlığı"nın kullanımının resmi dilden de çıktığını görüyoruz. Bu tartışmaya ilişkin olarak söylenebilecek iki son cümle olabilir. Bunlardan ilki bu alan iş-sağlık ilişkisini işyeri ortamındaki teknik faktörleri göz önüne alarak irdeleyen ve çalışanların sağlığını korumayı amaçlayan faaliyetler bütünü ise "işçi sağlığı" terimini kullanmaya devam etmenin bir sakıncasının olmadığıdır. Çünkü zaten "sağlık" kavramı güvenli ve sağlıklı ortamlarda çalışmayı, yaşamayı gerektirir. Bu anlamda "işçi sağlığı" terimi de her iki boyutu da kapsayabilir. İkinci son cümle ise bu alanda hangi terimin kullanıldığından çok önemli olanın bu terimin altının nasıl doldurulduğudur.

Genel bir tanımlama yaparsak işçi sağlığı, "bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal tam iyilik durumunun sağlanmasını ve desteklenerek en üst düzeyde sürdürülmesini, iş koşulları ve kullanılan maddeler nedeniyle çalışanların sağlığına gelebilecek zararların önlenmesini, işçinin psikolojik ve fizyolojik özelliklerine uygun olan işe yerleştirilmesini içeren ve işin insana, insanın işe uygunluğunu sağlayan çok geniş kapsamlı bir hizmetler zinciri"dir. Bu tanım esas alındığında "hizmet" in öne çıktığını görüyoruz.

Bu noktada tıbbi boyuta ilişkin olarak bazı tanımlar yapmakta ilerleyen bölümlerdeki tartışmalar için yarar var. Tıbbi boyutta temel amaç koruma olmasına

karşın sağlıkla ilgili iki çıktıdan söz edilebilir. Bu iki başlık genel anlamda hastalık ve kazalardır. İşyerinde sağlığı olumsuz etkileyen nedenlerle oluşan hastalıklar çok çeşitlidir. Bu hastalıkların bir kısmı işe bağlı etkenler yanında başka faktörlerin de oluşumunda etkili olduğu bir kısmı ise sadece yapılan işe bağlı olan hastalıklardır. İlk gruptaki hastalıklar "işle ilgili hastalıklar" olarak adlandırılır. İkinci grupta yer alan ve hastalık ve iş arasında nedensel ilişkinin var olduğu hastalıklar ise meslek hastalıkları olarak adlandırılır. Bu ayırım bir çok yönden önemlidir ancak özellikle yasal düzenlemelerle sigorta ve tazminat kapsamına alınması açısından ayrı bir yeri bulunmaktadır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanında yasal düzenlemeler ve bu yasal düzenlemelerin kapsam ve içeriği belirleyici bir unsurdur. Bu belirleyicilik gerek çalışma ilişkilerinin düzenlenmesine ilişkin kapsamda sağlık ve güvenliğin ayrı bir başlık olarak yer alması gerekse de bu başlığın asgari hizmet bileşenlerini ve sağlık sistemi içerisindeki yerini tanımlamasından geldiği söylenebilir.

Ülkemizde işçi sağlığı ve iş güvenliğinin durumunu bir gazete haberiyle ele almaya başlayabiliriz. Nisan ayının başında gazetelerde "kot işçilerinin buruk zaferi" başlığı ile bir haber yayımlandı. Bu haberin alt başlığı "kot taşlama işinde çalıştıkları için ölümcül silikozis hastalığına yakalananların mücadelesi ilk meyvesini verdi. Sağlık Bakanlığı kot taşlamada kumu yasakladı" biçimindeydi.

Şimdi bu olgu üzerinden bu alanın genel ilkelerine ve özelliklerine bakmaya çalışalım.

"Kot taşlama işçilerinin mücadelesinde 'buruk' da olsa ilk zafer elde edildi. Sağlık Bakanlığı kot taşlama işinde kum kullanılmasını yasakladı. Bakanlıktan yapılan açıklamada kot taşlama işleminde kullanılan 'kum'a bağlı olarak silikosuz hastalığına yakalanma riski olanların en yakın sağlık kuruluşuna giderek teşhis ve tedavi olmalarını istendi. Sağlık Bakanlığının yasağı 40 kot kumlama işçisinin işi nedeniyle öldüğünün tespit edilmesinden ve kampanyaların ardından geldi.

Kot taşlama işçileri ve dış teknisyenlerinde rastlanılan silikozis, mesleğe bağlı olarak gelişen ve geri dönüşü olmayan bir akciğer hastalığı. Türkiye'de bu hastalıktan öldüğü kesin işçi sayısı 40. Kayıtlı has-

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün konu ile ilgili birimleri çalışanlara yönelik sağlık hizmetinin amacını "nitelikli bir çalışma yaşamını güvence altına alacak çalışma koşullarını yerleştirmek için, işçilerin bedensel, akılsal, ruhsal iyilik halini korumak, hastalıkları ve kazaları önlemek" olarak belirtmektedir. Kot kumlama işinde çalışan işçilerin "nitelikli bir çalışma yaşamı" sürebilmeleri mümkün olamamıştır. Bu işçilerin bütünüyle yaptıkları iş nedeniyle yakalandıkları ve ne yazık ki etkin bir tedavisi olmayan silikozis hastalığı önlenememiş, bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halleri korunamamıştır. Dola-

ta sayısı da 650. Kayıt dışı çalıştırma yüzünden sektörde, kaç kişinin çalıştığı bilinmiyor, ancak 10 bin sayısı telaffuz ediliyor, bu kişilerin yarısının da hastalandığı tahmin ediliyor.

Kot taşlama veya rodeoculuk beyazlamış eskitilmiş görünüm vermek için giysilerin yüzeyine kuru hava kompresörleri ile kum (silis veya kuvars tozu) püskürtülerek yapılan bir işlem. Bu sırada havada asılı kalan silika zerrecikleri akciğerlerde kalıcı ve ölümcül zarar meydana getiriyor. Silikozisin önlenmesi için dünyada 1932 yılından bu yana yoğun bir çaba gösterilmekte ve kot taşlama işlemi de pek çok Avrupa ve ABD’de yasaklanmıştır. Sağlık Bakanlığı da bir genelge yayımlayarak, kot taşlamak için kullanılan maddeleri yasakladı. Genelgede şöyle denildi:

“Günümüz tıbbi koşullarında etkili bir tedavi yöntemi bulunmayan bu hastalık, ülkemizde kot kumlama işinde çalışanlarda, bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir. (...) her türlü kot giysi ve kumaşlara uygulanan püskürtme işleminde kum, silis tozu veya silika kristalleri içeren herhangi bir madde kullanılması yasaklanmıştır.”

Genelgede daha önce kot taşlama işinde çalışanlardan da teşhis ve tedavi için en yakın sağlık kuruluşuna başvurmaları da istendi.

Sıra Çalışma Bakanlığı’nda

Kot Kumlama İşçileri Dayanışma Komitesi adına yapılan açıklamada “Bu iki yıllık mücadelemizde en somut kazanımdır, Ama yeterli değildir. Sağlık Bakanlığı görevini yaptı, sıra Çalışma Bakanlığı’nda” denildi.

yısıyla yaşayabilmek için yaptıkları iş ve çalıştıkları işyeri, yaşamlarını erkenden kaybetmelerine sebep olacak bir işe ve yere dönüşmüştür.

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ), konuyla ilgili 112, 155, 161, ve 171 sayılı sözleşmelerinde bu alanın genel ilkelerine değinmektedir. Bu sözleşmelerde önemle altı çizilen ilkeler, **çalışanlara yönelik olarak sürdürülen sağlık hizmetleri faaliyetlerinin temel amacının işçiyi işten kaynaklanabilecek zararlardan korumak olduğu, hizmetin işyerinde ya da yakınında sunulması gerektiği, işçi sağlığına yönelik hizmetlerin bütün çalışanları kapsamaması gerektiği, ekip halinde ve çok sektörlü yürütülmesi gerektiğidir.**

Kot kumlama işinin yapıldığı işyerleri çoğunlukla kayıtsız, denetimsiz, “merdivenaltı” işyerleridir. Büyük kot marka ve firmalarına iş yapan bu işyerlerinde neredeyse hiçbir sağlık ve güvenlik hizmeti yoktur ya da varolanlar etkisiz ve yetersizdir. Oysaki yasalarımızda işverenler işçilerinin sağlığını korumakla ilgili bütün önlemleri almakla yükümlü kılınmıştır.

Bu açıdan değerlendirildiğinde işçi sağlığına yönelik hizmetlerin genel sağlık hizmetlerinden bazı farklı özellikler taşıdığı dikkat çekmektedir. Özellikle “işçiyi işten kaynaklanabilecek zararlardan koruma” temel amacı, işyerindeki sağlığa zararlı etkenlerin belirlenmesini, değerlendirilmesini, kontrol edilmesini gerektirir ve bu ne-

Komite yapılması gerekenleri sıraladı: Kaçak işyerleri en kısa sürede kapatmalı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, kayıt dışı çalışmış ve mağdur olmuş binlerce işçinin sosyal güvenlik haklarını geriye dönük sağlamalı. Mağdur işçiler yargı harçlarından muaf tutulmalı. Çalışma Bakanlığı bu konuda sorumluluğu olan kamu görevlileri hakkında adli soruşturmalara izin vermeli.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, silikozis ölümleri nedeniyle 71 iş yerinde denetim başlatmıştı. Denetimlerin ardından Bakan Faruk Çelik, sağlıksız şartlarda işçi çalıştıran 60 kot taşlama atölyesinin kapatılacağını açıklamıştı. Çelik, kot taşlama atölyelerinin genellikle Çorlu ve İstanbul'da bulunduğunu söyledi.

Çoğu Doğu ve Güneydoğulu

Kot Kumlama İşçileri Dayanışma Komitesi üyesi Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan'a göre kot taşlamada üç ay çalışmak bile hastalığın gelişmesine yetiyor: "Komite olarak 40 civarında kişinin hayatını kaybettiğini biliyoruz. Komitemizin çalışmaları sonucunda resmi olarak ulaştığımız hasta olan kişi sayısı 650 kişidir. Ancak hasta kişi sayısının 3 ila 5 bin arasında olduğunu düşünüyoruz. Çünkü bu sektörde yaklaşık olarak 10 bin kişi çalıştığını biliyoruz. Şu anda 140 kişi mahkeme kapılarında haklarını arıyorlar." Silikozis, hastalığına yakalanan işçilerin ağırlıklı olarak Doğu ve Güneydoğulu olduğuna dikkat çeken Kılıçaslan, "Bu sektörde üç ay çalışan kişi bile bu hastalığa yakalanma ihtimali çok yüksek. Ancak bu sektörde üç-dört yıl çalışan işçiler var. Devletin bu kişilere ulaşması gerekiyor" diye konuştu..... (radikal gazetesi, 05.04.2009).

denle işçi sağlığı hizmetleri tıbbi disiplinler kadar teknik disiplinleri de gerektiren bir alandır. Alana özel olarak "İŞ GÜVENLİĞİ" başlığı altında toplanan faaliyetler tıbbi uygulamalarla entegre olmalıdır. Bu entegrasyon kimi zaman her iki başlığın aynı hizmet modelinde yer almasıyla gerçekleşebildiği gibi kimi zaman da ayrı yapılanmalar ve örgütlenmelerle oluşabilmektedir. *Kot kumlama işçileri "işten kaynaklanabilecek zararlardan" korunmamıştır. Güvenli bir çalışma ortamı bulunmayan atölyelerde yoğun silika tozuna maruz kalan işçilerde geri dönüşümsüz akciğer hasarı ve buna bağlı gelişen hastalık önlenememiştir. Üstelik, bu hastalığın kot kumlamaya bağlı olduğu da Dünya'da ilk kez Türkiye'den rapor edilmiş, 2005 yılında tıbbi dergilerde yayımlanan olgular ilk kez Türkiye'den bildirilmiştir.*

İşçi sağlığına yönelik olarak sunulan sağlık hizmetleri sosyal güvenlik programları ve sosyal güvenlik hizmetiyle doğrudan ve yakından ilişkilidir. Bir çok sigorta kolu (hastalık sigortası, iş kazası ve meslek hastalıkları sigortaları vb gibi) bu alanda sunulan hizmetlere etki etmektedir. Sosyal güvenlik sisteminde yer alan kurumların yapısı, (kamusal ya da özel yapıların varlığı/ağırlığı), uygulanan programlar, yetki ve sorumluluklar, tazmin yöntemleri vb. başlıklar hizmetlere etki eden faktörlerden bazılarıdır. Özellikle sosyal güvenlik kapsamlarının sağ-

lıkla ilgili olan programları ve ülkedeki sağlık sistemi ile yakından ilişkilidir. *Kot kumlama işçileri için hazırlanmış broşürden alınan şu cümle bu paragrafta belirtilen "kitabı" cümlelere hayattan bir karşılık gibi adeta: "Tekstil işkolunun tamamında yaşanan çalışma koşullarına benzer biçimde, kot atölyelerinde işçiler günde ortalama 12 saat çalıştırılıyor. Kumlamanın yapıldığı atölyeler 4-5 m²'lik alanlar. Burada kota kumu püskürten ustaların yanı sıra kumu yerden toplayıp tekrar kompresörün tankına dolduran çıraklar çalışıyor. Çırakların yaşı genellikle yasal çalışma yaşının altında, 13-14 yaşında çocuklar kaçak ve sigortasız olarak çalıştırılıyorlar."*

Bir diğer önemli nokta işçi sağlığı hizmetlerinin hemen hemen bütün ülkelerde farklı ve ayrı bir yasal düzenleme alanıyla düzenlenişidir. Bu yasal düzenlemeler kimi ülkelerde genel sağlık sisteminden bütünüyle bağımsız ve farklı olabilmektedir. *İstanbul'un Sultançiftliği, Küçükköy, İkitelli, Halkalı, Alibeyköy, Esenyurt semtlerinde kot taşıma atölyelerinin yoğun olarak yer aldığı belirtiliyor. Yasal düzenlemelere göre bu işyerlerinde sigortasız işçi çalıştırmak yasak, işveren işçi sayısı ne olursa olsun sağlık ve güvenlik önlemleri almak zorunda, 50 ve üzerinde işçi çalıştırıyorsa sağlık ve güvenlik birimi kurarak hekim bulundurmak ve iş güvenliğinden sorumlu bir teknik eleman temin etmek durumunda, devlet de bunları denetlemekle yükümlü. Evet, bizim ülkemizde de ayrı bir yasal düzenleme sözü konusu, işyerlerine yönelik sağlık ve güvenlik örgütlenmesinin çerçevesi belirli. Ama gelin görün ki, bu atölyelerde ve daha bir çoklarında çalışan işçiler silikosis hastalığına yakalanmaya devam ediyor.*

İşçi sağlığına yönelik olarak yapılandırılan hizmet modellerinde dikkati çeken ortak bir nokta, ilkesel olarak bütün çalışanları kapsamaması gerektiği üzerinde durulmasına rağmen, hizmetlerin çoğunlukla sanayi işkollarında çalışan işçilere yönelik olarak örgütlenmesidir. Birçok ülkede yasal düzenlemeler, bu işçileri kapsayan biçimde ve işçi sayısına göre belirlenen kriterler üzerinden hizmet sağlanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu sayı ülkeden ülkeye değişmekte ve hizmet kapsamı da farklılıklar göstermektedir. Hizmetlerin sağlanması sorumluluğunun ağırlıklı olarak işverene bırakılması, kamu kurumlarının hizmet sunumunda yer almaması da ortaklaşılan bir diğer başlıktır. *Kot kumlama işçilerine yönelik olarak kurulan bir komitenin saptamalarına göre 40 kot kumlama işçisi hayatını kaybetmiş, ulaşılabilen 650 kişinin hasta olduğu tahmin ediliyor. Ancak yaklaşık 10 bin kişinin çalıştığı bu sektörde hasta kişi sayısının 3-5 bin arasında olduğu düşünülüyor. Evet ülkemizde kamunun hizmet sunumunda yeri yok, işveren sorumluluğuna bırakılmış sağlık ve güvenlik hizmeti, belirli kriterlerle. Oluşan işçi sağlığı iş güvenliği manzarası da bu.*

Tamamlayıcı olarak şunları eklemek gerekli: Ülkemizde çalışanlara yönelik sağlık ve güvenlik hizmeti sunulması ile ilgili düzenleme 50 ve üzerindeki işçiler için yasal olarak zorunludur. İş Kanunu işvereni işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili her türlü önlemi alma ile yükümlü kılmıştır. Sağlık hizmeti örgütlenmesi, "işyeri sağlık birimi" temelinde yapılandırılmıştır. İş güvenliğine ilişkin olarak ise sanayiden sayılan işyerleri için "iş sağlığı ve güvenliği kurulu" kurulması ve "mühendis veya teknik eleman" çalıştırılması zorunlu kılınmaktadır. İşyerinde "işyeri sağlık birimi" adıyla yapılandırılan sağlık hizmetlerinde "işyeri hekimi" çalıştırılması da İş Kanunu'nda zorunlu tutulan bir diğer ögedir. Kanun sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamını genel hatları ile belirlemiştir. Buna göre "tedavi hizmetleri dışında kalan" "ilk yardım ve koruyucu sağlık hizmetleri" hizmet kapsamını oluşturmaktadır. Finansman bütünüyle işverenin sorumluluğuna bırakılmıştır. Yukarıda da görüldüğü gibi işyerinde sağlık hizmeti sunumunda kamunun herhangi bir yeri yoktur. Genel sağlık sistemi içerisindeki yapılar ayakta ya da yatarak tedavi ihtiyacı durumunda devreye girmektedir. Ek olarak işçi sağlığı hizmetlerinin üçüncü basamağını oluşturan özleşmiş yapılar (meslek hastalıkları hastaneleri) da bulunmaktadır. İşyeri hekimlerinin hizmet kapsamında tedavi hizmeti yasal olarak zorunlu olmamasına karşın, Sosyal Sigortalar ile ilgili düzenlemeler, Sosyal Sigortalar Kurumu'na işyeri hekimleri ile işyerinde muayene ve reçete yetkisi verme olanağı tanımaktadır. Böylece, işyeri hekimleri, ayakta tedavi hizmetlerini de yürütebilmektedir. Bu durum, işverenler tarafından "iş gücü ve zaman kaybının önlenmesi" açısından isabetli bulunmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri ülkemizde çalışan profilin ve bu profil üzerinden işçi sağlığı sorunlarını tartışmaya olanak sağlıyor. 2009 yılı Ocak verilerine göre Türkiye'de 19 milyon 873 bin kişi istihdam ediliyor. İstihdamın sektörlere göre dağılımında sıralama hizmet (%52.5), tarım (%21.8), sanayi (%20.7), inşaat (%5) biçiminde. İstihdam edilenlerin yaklaşık %33'ü kırsal alanda çalışıyor. Ekonomik krizin de etkisiyle işsizlik oranı %15.5 düzeyinde.

İstihdamın yapısına ilişkin verilere baktığımızda istihdam edilenlerin %73,8'inin erkek, %58,3'ünün lise altı eğitilmiş, %60,8'inin ücretli, maaşlı ve yevmiyeli, %27,9'unun kendi hesabına ve işveren, %11,3'ünün ücretsiz aile işçisi olarak, %57,6'sının "1-9 kişi arası" çalışanı olan işyerlerinde çalıştığı görülüyor.

Dolayısıyla hizmet ve tarım sektörünün ve küçük işyerlerinin istihdamda ağırlıklı olduğu izleniyor. Oysa işçi sağlığı ve güvenliği düzenlemeleri hizmet boyutunda bakarsak 50 ve üzerinde çalışanların bulunduğu işyerlerini kapsıyor.

Tablo 1. Türkiye’de işgücü durumu (TÜİK Ocak 2009)

| | TÜRKİYE | | KENT | | KIR | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 |
| Kurumsal olmayan nüfus (000) | 69 346 | 70 166 | 48 163 | 48 564 | 21 183 | 21 602 |
| 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus (000) | 50 435 | 51 323 | 35 552 | 36 025 | 14 883 | 15 298 |
| İşgücü (000) | 22 388 | 23 523 | 15 466 | 16 120 | 6 923 | 7 403 |
| İstihdam (000) | 19 798 | 19 873 | 13 458 | 13 341 | 6 339 | 6 532 |
| İşsiz (000) | 2 591 | 3 650 | 2 007 | 2 779 | 583 | 872 |
| İşgücüne katılma oranı (%) | 44,4 | 45,8 | 43,5 | 44,7 | 46,5 | 48,4 |
| İstihdam oranı (%) | 39,3 | 38,7 | 37,9 | 37,0 | 42,6 | 42,7 |
| İşsizlik oranı (%) | 11,6 | 15,5 | 13,0 | 17,2 | 8,4 | 11,8 |
| <i>Tarım dışı işsizlik oranı (%)</i> | <i>13,7</i> | <i>19,0</i> | <i>13,1</i> | <i>17,8</i> | <i>16,5</i> | <i>24,7</i> |
| <i>Genç nüfusta işsizlik oranı (1) (%)</i> | <i>21,2</i> | <i>27,9</i> | <i>22,1</i> | <i>28,9</i> | <i>18,7</i> | <i>25,4</i> |
| İşgücüne dahil olmayanlar (000) | 28 046 | 27 799 | 20 086 | 19 905 | 7 960 | 7 894 |

Özetle ülkemizde işçi sağlığı alanında işyeri temelli bir sağlık örgütlenmesinin bulunduğu, hizmetin finansmanı ve hizmetin sağlanmasının işverenin sorumluluğuna bırakıldığı görülüyor. İşveren sağlık biriminin donanım ve insangücünü kendisi temin etmekte ve bu kapsamda da hekim çalıştırmakta. Böyle bir kapsamda hizmetin sağlanması ve finansman boyutu bütünüyle işverenin sorumluluğuna bırakılan işçi sağlığı hizmetlerinin nitelik ve niceliği işverenin gereksinim duyacağı emek gücünün hem sayı hem de niteliksel özellikleri ile yakından ilgili olacaktır.

KISA TARİHÇE

Ülkemizde işçi sağlığı ve iş güvenliğinin tarihçesi çoğunlukla yasal düzenlemelerin tarihçesi olarak ele alınmakta ve bu düzenlemeler ışığında değerlendirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında düzenlemelerin 1860'lı yıllara kadar gittiğini görüyoruz. Bu dönemde çıkan iki yasal düzenleme madenlerle ilişkili olarak bazı düzenleme ve zorunluluklar getirmiştir (havza alanında hekim ve eczacı bulundurma gibi) ayrıca çalışma yaşı, çalışma süresi, işçilere barınma, ücret teminatı, kaza hallerinde tazminat vb gibi başlıklarda hükümler içermektedir. Kömür havzasına özel ama güçlü yasal düzenleme olmalarına karşılık işverenlerin bu düzenlemelere uymadıkları bilinmektedir (günlük çalışma süresi 10 saat ile sınırlan-

dırılmasına karşın 16 saatlik iş süreleri, çocuk işçiler için 13 yaş sınırı konulmasına karşılık 9 yaşındaki çocukların çalıştırılması sürdürülmüştür). Yasal olarak yapılan bu düzenlemelerin Osmanlı döneminde sahip olunan tarım ağırlıklı işgücü yapısı yanında madenlerin artan önemi ile üretimin sürekliliğini sağlama önceliğini taşıdığı izlenmektedir.

Cumhuriyet döneminde yasal düzenlemeler ile ilgili önemli bir çerçeve oluşturulmuş temel yasal düzenlemelere ilk harç konulmuştur. 1926 tarihli Medeni Kanun ve Borçlar Kanunu bu alanla ilişkili hükümler içermiş ancak asıl olarak 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu bu alanla doğrudan ilişkili düzenlemeler getirmiştir. 1930 tarihli bu Kanun'un bir bölümü "İşçiler Hıfzıssıhhası" adını taşıyan 8 madde içermektedir. Bu maddelerde çalışma yaşı, çocuk ve kadınların çalışmalarına ilişkin düzenlemeler, çeşitli başlıklarda izin, gece çalışma esasları, işyerinin taşınması gereken sağlık koşulları ve sağlık ve güvenlik ile ilgili temel hükümler sıralanmaktadır. Özellikle 180. madde işyerlerinde sağlık hizmetini tanımlaması bakımından önem taşır.

"Madde 180 - Devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran bütün iş sahipleri, işçilerinin sıhhi ahvaline bakmak üzere, bir veya mütaaddit tabibin sıhhi murakabesini temine ve hastalarını tedaviye mecburdur. Büyük müessesatta veya kaza ihtimali çok olan işlerde tabip daimi olarak iş mahallerinde yahut civarında bulunur. Hastanesi olmayan mahallerde veya şehirler ve kasabalar haricinde bulunan yerlerdeki iş müesseseleri bir hasta odası ve ilk yardım vasıtalarını ihzar ederler. Yüzden beş yüze kadar daimi amelesi olan müesseseler bir revir mahalli ve beş yüzden yukarı amelesi olanlar yüz kişiye bir yatak hesabıyla hastane açmağa mecburdurlar."

Bu düzenlemelerin başladığı 1930'lu yıllar, dünyada "büyük buhran"ın ülkemizde de K. Boratav'ın "korumacı-devletçi sanayileşme" olarak adlandırdığı, ülke ekonomisinin "dışa kapanarak devlet eliyle bir milli sanayileşme denemesi" yaşanan yıllar. Başta tekstil ve gıda sanayilerinde başlayan hızlı saniyeleşme metalürji, kağıt ve kimya sanayileri ile devam ederek "büyük sıçrama" gerçekleştirmiş. Bu sıçrama, tarım ve kırsal kesimden koparak işçileşen "eski köylüler" in ağırlıklı etkisiyle işgücünde de izleniyor ki 1932-39 arasında yıllık ortalama işçi sayısı artışlarının %13 civarında olduğu görülüyor ve bu dönemin sonunda istihdamda sanayi kesiminin payı %8'e çıkıyor. Hem bu döneme hem de sonrasında yaşanan süreçlere örnek olarak SEKA verilebilir. 1936 yılında İzmit'te kurulan SEKA kağıt fabrikası yılda 10 ton üretim kapasitesi ile kurulup hızla büyüyerek 80'lerde yıllık kapasitesini 617 bin tona ulaştırmış bir iktisadi devlet teşekkülü idi. SEKA'nın üretim süreci 80'lerde ulaştığı bu zirve sonrası dönemin "neoliberal"

rüzgarlarının etkisiyle geriletmeye başladı ve 1991 yılında özelleştirme kapsamına alınmasıyla beraber yatırımları durdu ve 2004 yılına gelindiğinde kapasitesi yılda 73 bin tona geriletildi.

UHK ve sonrası ülkemizde ilk İş Kanunu 1936 yılında yürürlüğe girmiş ve 40'lı yıllardan itibaren yayımlanmaya başlayan Tüzükler, kurulan yeni kurumlar ve sigorta programları (Çalışma Bakanlığı, SSK, iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası vb. gibi) bu alanın çerçevesini daha da belirginleştirmiştir. 1937 yılında İş Kanunu'na tabi olan 265 341 işçi bulunmaktaydı. Bu dönemde kamuda çalışan işçi sayıları artıyor ve iktisadi devlet teşekküllerinin istihdamdaki rolü belirleyici oluyordu. Sağlık boyutu açısından bakıldığında bu teşekküllerin sağlık hizmeti sunma olanakları yaşanan döneme göre üst düzeyde idi. Ülkede özellikle sıtmanın yaygınlığı, bulaşıcı hastalıkların yoğunluğu ve etkileri ile sağlık personeli ve hizmet olanaklarının yetersizliği düşünüldüğünde UHK ile getirilen minimal standardın çok üstünde bir işçi sağlığı anlayışı sağlanmaya çalışıldığı izleniyor. Örnek olarak sıralanacak olursa SEKA ve Sümerbank işletmelerinden söz edilebilir. SEKA İzmit fabrikasında 1946 yılında bir revir oluşturulmuş ve sağlık hizmeti vermeye başlamış, sonrasında İşçi Sigortaları Kurumuna devredilerek 75 yatak kapasitesi ile İşçi Sigortaları Kurumu Hastanesi olarak hizmete açılmıştı. 1947 yılında Sümerbank kuruluşlarında 49'u uzman doktor olmak üzere 188 sağlık personeli çalışmaktaydı. Tıpkı SEKA gibi Sümerbank da kuruluşlarında revir ve hastaneler oluşturmuştu, bunların yatak sayıları 6'dan 150 ye kadar çıkabiliyordu. Bu hastaneler sadece tedavi hizmeti yürütmüyor aralıklı kontrol muayeneleri, işe giriş muayeneleri gibi koruyucu hizmetleri de yürütüyorlardı. Dolayısıyla bu dönemdeki bu İDK'lerin (iktisadi devlet teşekküllerinin) kendi sağlık örgütlenmelerini oluşturdukları ve hizmet içeriğinin döneme göre bakıldığında oldukça yeterli görüldüğü söylenebilir. Bu kuruluşların sağlık birimleri kendi işçileri yanında bölgelerindeki halka da sağlık hizmeti sunuyorlar, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla da kendilerince mücadele etmeye çalışıyorlardı.

Temel dinamiğin sanayileşmeye dönük hızlı büyüme, bunun için gerekli sermaye birikiminin sağlanması ve kapitalist işleyişin yerleştirilmesi için gerekli düzenlemelerin yapıldığı, "devletçi" sanayileşmede "iktisadi devlet teşekkülleri"ni esas olarak kullanan politikaların yürürlükte olduğu bu dönemde işçi sağlığı ve güvenliği düzenlemelerinin tıpkı Osmanlı döneminde yapılan yasal düzenlemelerde olduğu gibi koruyucu önlemler olarak üretimin arttırılmasını amaçladığı görülmüyor.

İlk İş Kanunu'nun yürürlüğe girmesi sonrası özellikle 40'lı yıllar, işçi sağlığı ve iş güvenliği alanına ilişkin yasal ve kurumsal yapılanmanın başladığı yıllar ol-

ması nedeniyle ayrı bir yer tutmaktadır. 40'lı yılların bir diğer önemli özelliği ülkemiz içinde olmasa da savaşın etkilerinin hissedildiği bir dönem olması ve SSK ve Çalışma Bakanlığı'nın kurulduğu 1945 ve sonrasında ülke için bir toplanma sürecini de oluşturmasıdır. Çalışma Bakanlığı İş Kanunu sonrası İktisat Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan İş Dairesi esas alınarak oluşturulmuş (1945), böylece yasa düzenleme ve denetim fonksiyonlarını yapılanmasını tamamlayarak sürdürmeye başlamıştır. Aynı yıl sonra Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) adını alacak İşçi Sigortaları İdaresi'nin de kuruluş yılıdır ki bu idarenin temel kuruluş amacı iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası oluşturulmasıdır. Böylece işçileri kapsayan 4 ana sigorta programı (hastalık, analık, yaşlılık-malüllük-ölüm, iş kazası-meslek hastalıkları) yürütülmeye başlanmıştır. Bu süreçte dikkat çekilmesi gereken bir gelişme İşçi Sigortaları İdaresi'nin, 1946 yılında meslek hastalıklarına yönelik olarak bir hastane açma girişiminde bulunmasıdır. 1949 yılında İstanbul'da İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Hastanesi açılmış ancak daha sonra genel bir hastaneye dönüştürülmüştür. Bu tarihten sonra da 1972 ve 1976 yıllarında iki SSK hastanesinde "klinik" olarak "meslek hastalıkları" kliniği açılmış, bir yıl sonra da bu hastalıklara özel İstanbul ve Ankara'da hastaneler kurulabilmiştir. Bu yıllarda Zonguldak'ta bulunan SSK hastanesi meslek hastalıklarına ve özellikle madencilerin solunum yolu hastalıklarına eğilmektedir.

SSK hem bu sigorta programlarını yürütme, prim toplama hem de sağlık hizmeti sunma fonksiyonunu neredeyse yarım asıra yakın bir süre devam ettirmiştir. Kurumun ilk hastanesi yukarıda belirtilen SEKA revirinin kuruma devredilerek hastane haline getirilmesiyle (1950-51 yıllarında) sağlık hizmet sunumuna katılmıştır. 2000'li yıllarda önce kendi içinde yapılan düzenlemeler sonrasında da 2005 yılındaki yasal düzenleme ile SSK'ya bağlı tüm sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ile sağlık hizmeti sunumu dönemi kapanmıştır. Burada üzerinden durulması gereken nokta SSK'nın sunduğu sağlık hizmetinin neredeyse bütünüyle tedavi hizmetleri odaklı olmasıdır. Özellikle işyerlerinde yürütülen işçi sağlığı ve güvenliğinin temeli olan koruyucu sağlık hizmetlerinin yapılandırılması ve sürdürülmesinde bu sağlık kurumlarının birebir bir işlevi bulunmamıştır. Nedeni ise bu sorumluluğun, bu hizmeti sağlama ve sürdürme sorumluluğunun bütünüyle işverene bırakılmış olmasıdır. SSK sağlık kurumları SSK'lı nüfusun tedavi hizmetlerinde çok önemli işlev görmüştür. Devredilmeden hemen önceki 2003 yılı verilerine göre hastanelerinde 65 milyonun üzerinde, dispanser vb yerlerde 36 milyon poliklinik muayenesi, 1.5 milyon civarında yataklı tedavi yapılmıştır. Yatarak tedavi edilenlerin binde beşinin poliklinik muayenelerinin ise binde üçünün iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle yapılan başvurulardan oluştuğu izlen-

mektedir. 1950'li ve 60'lı yıllarda işçi sendikalarının, Bakanlığa bağlı İşçi Sağlığı İş Güvenliği Merkezi'nin (İSGÜM) kuruluşu ve 1964 tarihli 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile 1967 yılında yürürlüğe giren yeni bir İş Kanunu dikkat çekmektedir. Bu yeni İş Kanunu'nun iptali nedeniyle 1971 yılında 1475 sayılı İş Kanunu çıkarılmış ve 2003 yılında "AB normları ve uluslararası çalışma yaşamındaki gelişmeler" gereği 4857 sayılı İş Kanunu yürürlüğe girene kadar bu yasa yürürlükte kalmıştır. İşçi sağlığı ve güvenliğinin koruyuculuk ve özellikle "teknik boyut"u için önemli bir resmi yapı olan İSGÜM'ün 1968'de kurulması işyerlerinde ortam ölçümleri ve değerlendirmelerin başlaması ve sistemleştirilmeye çalışılması açısından önemlidir. Ülke çapında halen merkez ve altı bölge laboratuvarları aracılığıyla çalışan bu birim, işyerlerinde ortam ölçümleri ile biyolojik analizleri bir arada yapan, sonuçlarını değerlendiren tek resmi kuruluştur.

Yetmişli yıllara gelindiğinde istihdam yapısı şöyledir: Toplam istihdamın %27.6'sı ücretlidir ve ücretlilerin %40'ı kamuda çalışmaktadır. 13.7 milyon kişiden oluşan istihdam edilebilir nüfusun %64'ü tarım alanında, %11'i sanayi sektöründedir. Bu döneme kadar kurumsal ve yasal yapı oluşturulmuş, sigorta programı hayata geçirilmiş hatta iş kazası ve meslek hastalıklarına özel sağlık kurumları kurulmaya çabalanmış, sağlık hizmeti sağlama zorunluluğu işverene yüklenmiş olsa da tüm bunların SSK'lı çalışanlar ve sanayi sektörüne kısıtlı kaldığı görülmektedir. Bugün için de geçerliliğini sürdürmekte olan bu durum işçi sağlığı ve iş güvenliği alanının teori ve pratiğini sergilemektedir. Bugün hala tarım sektöründe çalışanlar için özel bir düzenleme, organizasyon ve hizmet sunumu bulunmamaktadır. Yukarıda belirtildiği gibi 1930 yılında çıkan UHK ile getirilen hükümler sonrası geçen sürede işçi sağlığı ve güvenliği ile yasal, kurumsal ve organizasyonel yapı kurulmasına karşın hiç bir zaman tüm çalışanları kapsayan ve kamunun hizmet sunumuna müdahil olduğu bir "model" öngörülmemiş ve uygulanmamıştır.

ÜRETİM SÜRECİ ve DEĞİŞİMLERİ

Bugün için kapitalizm hem toplumsal yapı ve üretim ilişkisini hem de buradan hareketle sağlık ve sağlık hizmetini belirleyen ana üretim biçimi ve ilişkisidir. Kapitalist üretim tarzında emek metalaşmıştır ve üretimin ve karın devamlılığı için emek gücünün ertesi gün işbaşı yapması zorunluluktur. Bu nedenle işçilerin sağlık da dahil olmak üzere ihtiyaçlarının karşılanması bu koşulun gereksinimine göre belirlenir. Kapitalist üretim yapısı, gereksindiği emek gücünün özellikleri ölçüsünde sağlık hizmetlerinin düzey ve niteliğini belirler. Bu üretim yapısının ihtiyaç duyduğu emek niteliği değiştiğinde ya da üretim biçimini etkileyen dinamiklerin varlığı (teknolojik değişimler, kar oranlarını etkileyen faktörler vb. gibi) sağlık hiz-

metlerine etki etmektedir. Örneğin Taylorizm ve Fordizm gibi “bant tipi üretim” esasına dayanan dönemlerde üretim biçiminin gerektirdiği “sıradan, monoton, çok parçalı ve kolay ikame edilebilir” bir emek gücü ihtiyacı varken, esnek üretim sürecinde belli ölçülerde “çok yönlü, becerili ve zor ikame edilebilir” emegücüne gereksinim vardır. Esnek üretim sürecine geçiş bu açıdan sağlık hizmetlerinde değişimi de beraberinde getirmektedir. Esnek üretim sürecinin teknoloji ve otomasyona dayalı üretimi çok fazla çeşit ve sayıda ürün üretimine olanak tanır. Ancak diğer yandan esnek üretim süreci özellikle taşeronlaşma üzerinden sömürüyü yoğunlaştırmaktadır. Bu açıdan esnek üretim sürecindeki emek gücü ikili bir yapıya sahiptir. Biri “yüksek nitelikli esnek çalışma zamanlı teknik işgücü”, diğeri ise iş güvencesinden yoksun niteliksiz işgücü. İşyerindeki sağlık hizmetlerindeki değişim dinamikleri arasında bu ikili yapı da yer almaktadır.

Öte yandan sağlık sistemlerinde “reform” başlığı altında yaşanan değişimler de alanı etkilemektedir. Bu etkinin iki yönüyle alanı etkilediğinden söz edebiliriz. Bunlardan biri, emegücü gereksinimini etkileyen üretim sürecinin “içsel faktörler”i diyebileceğimiz dinamikler, bir diğeri ise sağlık hizmet sunumunu etkileyen “dışsal faktörler”. Emegücünün ertesi gün işbaşı yapabilmesi için gerekli olan ihtiyaçların karşılanması (barınma, beslenme, sağlık, sosyal gereksinimler vb. gibi) ücretin “sosyal ücret” adıyla adlandırılan kısmı ile olur. Ücretin sosyal kısmı çeşitli biçimlerden ve bileşenlerden oluşabilir: “Ücretin sosyal kısmı, doğrudan doğruya ücretin içine yedirilmiş olabilir ki bu durumda ya sigorta prim kesintileri ya da cepten ödemeler yoluyla emek gücü sahibi ihtiyaçlarını karşılar. Bir diğer yol, ücretten ayrı olarak emek gücünü çalıştıranlar tarafından ödenmesidir ki patron ödentileri (patron tarafından ödenen sigorta primi gibi) bu başlığa girer. Üçüncü mekanizma ise devletin genel bütçeden vergiler aracılığı ile ücretin sosyal bileşenini karşılamasıdır ki burada da vergilerin ağırlıklı olarak kimden toplandığı, adil bir vergi toplama sistemi olup olmadığı önem kazanır, buna göre ilk iki başlıktan biriyle yakından ilintili olur.” Bu mekanizmalar bir çok faktörün etkisiyle sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin belirleyicilerinden olmaktadır. Yeni liberal akım, sermayenin üzerindeki yükleri hafifletmeyi, sermayeyi yüklerinden kurtarmayı esas almaktadır. Bu amaçla sermayenin vergilerden deyim yerindeyse “arındırılması”, emegücü maliyetinin düşürülerek verimliliği sağlayacak önlemlere başvurulması (“ucuz emek bölgeleri bulma, yeni örgütlenme biçimleri ve teknolojik değişiklikler” vb. gibi) yeni liberalizmin başlıca iki stratejisidir. Bu anlamda eskisinden daha küçük ve esnek üretim yapabilen işletmeler yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde küçük ve orta büyüklükte işletmeler (KOBİ) adıyla yaygınlaşmaktadır ve bunlar arasında 1-9 işçi çalıştıran KOBİ’lerdeki işçi sayısı tüm işçilerin %20’sini oluşturmaktadır.

Böylece gerek emegücüne gereksinimin çeşitli biçimlerde azalması, üretimin hem mekansal hem de çalışma biçimi anlamında esnekleştirilmesi, gerekse azalan kar oranlarının ve maliyetlerin baskısıyla “içsel faktörler”, diğer yandan da sağlık hizmet sunumunu, sosyal güvenlik programlarını etkileyen “dışsal faktörler” işçi sağlığı hizmetlerini etkilemektedir.

Bu sosyopolitik manzarayla ilintili ve buna ek olarak işçi sağlığı alanı da sorunlarla doludur. Halk sağlığının oldukça önemli bir bileşeni olduğu genel kabul görmesine karşılık bu alanda çalışan hekim sayısı şaşırtıcı biçimde giderek azalmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) bu alanda çalışan hekim sayısının ülkedeki toplam hekim sayısının %1’inden az olduğu, hekimlerin çalıştığı şirketlerin yarısından fazlasında hekimlerin işlerini kaybederek yerlerine hemşirelerin çalıştırıldığı belirtilmektedir. Bu durumun nedenlerinden biri olarak işçi sağlığı alanının iş dünyasının çıkarlarına boyun eğmesi ve endüstrinin etkilerinin entelektüel, etik, klinik ve akademik özgürlük alanlarına el uzatması gösterilmektedir. ABD’de özel ya da şirketlere bağlı olarak bu alanda çalışan hekimler halk tarafından “yönetimin arka cebinde” olarak görülmekte ve bir yandan yöneticilerin direktiflerini yerine getirme, bir yandan sigorta şirketleri ve bir yandan da işçilerin haklarını savunma ile koruyucu sağlık önlemleri arasında artan bir baskıyı üzerlerinde hissetmektedirler. Altı çizilen bir başka nokta da işçi sağlığı alanındaki tıbbi pratiğin “tıbbi şirketler”e katılımının yaygınlaşması ya da diğer bir deyişle şirketleşmesidir. Akademik boyutta ise şirketlerin desteklemeyi seçtiği çalışmaların yapısını ve sonuçların yayımlanmasını kontrol altında tutmak istedikleri, bu yaklaşıma karşılık ABD’de bir çok akademik yapının endüstri destekli araştırma seçeneklerine oldukça hevesli oldukları dahası, sağlık ve güvenlikle ilgili standartların oluşturulması çalışmalarına katılan “uzman”ların sıklıkla endüstri destekli olduğu belirtilmektedir. İşçi sağlığı alanında işe bağlı hastalıklar ile meslek hastalıklarının tanı ve tedavi süreçlerinde de sorunlar yaşanmaktadır. Karpal Tünel Sendromu gibi bazı hastalıkların işle ilişkisi kurulmamakta ve yarıya yakın eksik bildirimden söz edilmektedir. İşçi sağlığı alanındaki hekimlik pratiğinin “ciddi düzeyde defolu” bir işçi tazminat sistemi çerçevesinde yürütüldüğü, patronlardan, sigorta şirketlerinden ve ticari örgütlerden kaynaklanan “muazzam” politik ve ekonomik baskıların bu sistemi çökerttiği özellikle vurgulanmaktadır.

Bu noktada üzerinde durulması gereken bir diğer tartışma, hizmetin içeriği ve örgütlenmesine ilişkin olarak yapılmaktadır. Çalışma koşullarının ve mesleklerin esnek üretim sürecinin değişim dinamiklerine uygun olarak, hızla “isteğe bağlı çalışma” sistemine adaptasyonuna bağlı olarak çeşitlendiği, şirketlerin operasyonel alanlarını genişletmeleri ile işçilerin “mobilizasyonun” hızla arttığı izlen-

mektedir. Bu eğilim, işçi sağlığı hizmetlerinin de çeşitlenmesine yönelik etkiler göstermektedir. Artık işçi sağlığı hizmetlerinden beklenen hizmet içeriği “çok yönlü”dür. Şimdiye kadar karşılaşılan çalışma biçimlerinin aksine “tipik olmayan” çalışma biçimlerinin yaygınlaşması, bilgi yoğun, yüksek beceri gerektiren kimi işlerin sayısının artması farklı ve yeni işle ilgili sağlık riskleri doğurmaktadır. Bu anlamda işçi sağlığı hizmetleri alanında çalışanlardan da nitelik ve yüksek beceri beklenir olmuştur. Üretim sürecinde, altsözleşme-taşeronlaşma, talebe göre üretimin belirlenmesi, ürün dizaynının ve ürün döngüsünün kısalması, yalın üretim, üretimin yeniden ve eşzamanlı yapılması trendleri yaşanmakta ve bütün bu süreçleri ortak olarak tanımlayan bir terim olarak “çevik/atik üretim” terimi yeni bir tanımlama olarak kullanılmaktadır. Bu kavramlar yukarıda da özetlenmeye çalışıldığı gibi, işgücünü kalıcı olarak çalışan, çok yönlü ve becerikli bir grup “çekirdek” işçi ile altsözleşme ya da taşeronlaşma sistemi ile çalıştırılan geçici statüdeki işçiler olarak ayırmaktadır.

İSTATİSTİKLER

Ülkemizde işçi sağlığı iş güvenliğine ilişkin son resmi veriler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan 2007 yılına ilişkin. Buna göre; 76.481’i erkek toplam 80.602 kişi iş kazası geçirmiştir. Kaza geçirenlerden 1550’si sürekli iş göremez hale gelmiş 1043 kişi ise iş kazası nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Aynı dönemde 1208 kişi “meslek hastalığı” tanısı almış, 406 kişi meslek hastalığı nedeniyle sürekli iş göremez hale gelmiş ve 1 kişi de ölmüştür.

İş kazalarında dikkat çeken sektörler aşağıda belirtilmektedir. Bu sektörler iş kazası geçirenlerin yaklaşık yarısını kapsamakta, inşaat ve nakliyat, hem ölümlü iş kazaları hem de sürekli iş göremezlik sayısının yüksekliği ile dikkat çekiyor:

| İş kolları | İş kazası sayısı | İş kazası nedenli ölüm | İş kazası nedenli sürekli iş göremezlik |
|------------------------------------|------------------|------------------------|---|
| Metalden eşya imali (makine hariç) | 11 224 | 45 | 134 |
| İnşaat | 7615 | 359 | 361 |
| Kömür madenciliği | 6293 | 38 | 76 |
| Metal mutea esas endüstri | 5923 | 15 | 48 |
| Dokuma | 5639 | 20 | 82 |
| Nakil araçları imali | 5596 | 18 | 48 |
| Taş toprak kil kum vb imali | 5087 | 41 | 62 |
| Nakliyat | 4483 | 146 | 100 |

İş kazasının illere göre dağılımına bakıldığında sırasıyla İstanbul, İzmir, Bursa, Kocaeli, Manisa, Zonguldak, Ankara illeri izleniyor. Yaş gruplarında dikkat çeken yarıdan fazlasının 18-29 yaş aralığında olduğu (%53), meslek hastalığında ise 45 yaş ve üstü öne çıkıyor (%79).

Kazaların meslek statülerine dağılımında ise sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar (maden çıkarımı ve inşaatla ilgili işlerde çalışan sanatkârlar, metal işleme ve makine ile ilgili işlerde çalışan sanatkârlar, hassas işlerde, el sanatları ve bakım ile ilgili işlerde çalışanlar, diğer sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar (satış ve hizmetler ile ilgili nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri sektörlerindeki nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektörlerindeki nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar vb.) tesis ve makine operatörleri ve montajcıları (sabit tesis operatörleri, makine operatörleri ve montajcıları, sürücüler ve hareketli makinelerin operatörleri) toplam 70 bini aşkın kaza ile ilk üç sırayı alıyor.

Saptanan iş kazalarının %61'i 50 ve altında işçi çalıştıran işyerlerinde meydana geliyor. Kaza geçiren işçilerin %60'tan fazlasının son işinde çalışma süresi 3 ay-5 yıl arasında. Tüm kaza geçirenler arasında incelendiğinde yaklaşık dörtte biri 3 ay-bir yıl arasında bir süre kaza geçirdiği işte çalışmış. Kaza geçirenlerin yarıya yakını (%46) vardiyasının ilk üç saatinde kaza geçirmiş.

Kaza nedenlerinde ise genel manzara şöyle; kazaların %81'ini aşağıdaki tabloda belirtilen nedenler oluşturuyor ve bu kazalarda en çok ellerde ve ayaklarda yüzeysel yaralanmalar ve açık yaralanmalar, ezikler ve çürükler ile kırıklar meydana geliyor.

| Kaza nedeni | Kaza geçiren kişi sayısı |
|---|--------------------------|
| Bir veya birden fazla cismin sıkıştırması, ezmesi, batması, kesmesi | 28066 |
| Düşen cisimlerin çarpıp devirmesi | 13105 |
| Makinelerin sebep olduğu kazalar | 11686 |
| Kişilerin düşmesi | 9469 |
| Taşıt kazaları | 2930 |

Meslek hastalıklarının sektörel dağılımında ise tanı konulan 1208 kişinin 996'sının (%82.4) kömür madenciliğinde çalıştığı görülüyor. Meslek hastalıkları listesine göre tanılarda C grubu(mesleksen solunum yolu hastalıkları) silikosis ve siliotuberküloz ile ilk sırayı alıyor.

TÜİK verileri

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verileri, SGK istatistiklerinin ait olduğu dönemde toplanmış olması nedeniyle karşılaştırmalar yapmak ve sorunun boyutunu görmek açısından yararlı olabilir. TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketi çalışması kapsamında ilk kez "İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri" başlıklı bir araştırma gerçekleştirdi. İki bin yedi yılı Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında yapılan ve 87 bin 552 kişinin kapsama alındığı bu çalışma ülkemizde iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının boyutuna ilişkin verili tahminler yapabilmeye olanağı sağlıyor. Araştırmaya kaynak oluşturan veriler, anket sırasında çalışan ya da son 12 ay içinde bir işte çalışanlardan elde edilmesi ve bu kişilerin son bir yıl içinde herhangi bir iş kazası geçirip geçirmediğini veya işe dayalı bir sağlık problemi yaşayıp yaşamadıklarını ortaya koyması açısından kıymetli. Araştırma, çalışanların %2.9'unun bir iş kazası geçirdiğini (erkeklerde %3.6, kadınlarda %1.3) ve %3.7'sinin de çalıştığı işle ilgili bir rahatsızlık yaşadığını gösteriyor. Kaza geçirenlerin %67.5'ini ücretli, maaşlı veya yevmiyeli çalışanlar oluşturmakta ve küçük çaplı işyerlerinde kaza geçirilmekte (iş kazası geçirenlerin %56.6'sı on kişiden az çalışanı olan işyerlerinde çalışmakta).

Bu veriler üzerinden bir kestirimde bulunmaya çalışırsak;

Yine yukarıda da değinildiği gibi TÜİK verilerine göre ülkemizde işgücünü oluşturan nüfus 23.5 milyon ve bunun yaklaşık 19.8 milyonu istihdam ediliyor. Yirmi milyon çalışan üzerinden hesaplırsak yılda 580 bin kişinin iş kazası geçirebileceği ve yılda 740 bin kişinin de işle ilgili sağlık sorunu yaşayabileceği ortaya çıkıyor.

Ülkemizde iş kazalarının yasal olarak aktif SSK'lı çalışanlar için kapsama alındığı düşünüldüğünde 1.1 milyon işyerinde çalışan 8.5 milyon SSK'lı çalışandan 246 bin kişinin iş kazası geçirmiş olabileceği 314 bininin ise işiyle ilgili bir sağlık sorunu yaşamış olabileceğini görüyoruz. Oysaki kayda geçen 80 bin iş kazası mevcut. Beklenenin üçte biri.

Bu manzara iş kazası ve işe bağlı sağlık sorunlarının ülkemizdeki boyutunu ve bu boyutun nasıl görünür olmadığını gösteriyor ve bu durum ülkemize özgü değil. UÇÖ'ye göre Dünya'da her yıl 250 milyondan fazla iş kazası meydana gelmekte ve bu kazalar nedeniyle yılda 330 bin kişi hayatını kaybetmekte. Oysa yapılan bazı hesaplamalar bu rakamların kaza sayısında 1 milyar, ölümlerde ise 2 milyondan fazla olabileceğine işaret ediyor. Benzer bir durum meslek hastalıklarına bağlı olarak da ortaya çıkmakta ve bildirilen hastalıkların gerçek sayıları yansıtmadığı hemen herkes tarafından kabul edilmekte. Öyle ki bazı ülkelerde ra-

por edilen hastalık sayısının %2 düzeyinde kaldığı sanılıyor. Küresel ölçekte yaygın bir sorun haline gelen meslek hastalıklarının özellikle "gelişmekte olan ülkeler" olarak adlandırılan çevre kapitalist ülkelerde daha görünür bir sorun olduğu ve bu hızla devam edecek endüstriyel gelişimlerine paralel olarak 2025 yılında kaza ve hastalık sayılarının ikiye katlanacağı bekleniyor. Sermayenin kendine yeni ucuz emek ve hammadde alanları yaratma sürecinde bu ve benzeri ülkeler çok daha tehlikeli endüstrileri çok daha güvensiz ortamlarda barındırmak zorunda kalıyorlar.

Uluslararası standartlar çalışanların mesleklerine bağlı hastalık ve yaralanmaların tazmin edilmesini zorunlu kılmışken, yetersiz koruma, eksik tespit ve kapsam, standartları içi boş hale getiriyor. UÇÖ'nün çalışanların meslek hastalıklarını tazminat kapsamında alınmasını içeren sözleşmesini onaylayan ülke sayısının 23 olduğu, işçi sağlığı ve güvenliği alanındaki en önemli temel sözleşmesi olan 155 sayılı sözleşmesinin sadece 37 ülkede onaylandığı düşünüldüğünde dünyadaki durumu kestirmek güç olmuyor. Çalışanlara yönelik olarak sunulan sağlık hizmetleri ve çalışanların sağlığı toplum sağlığının vazgeçilmez bir parçası olduğu önemle üzerinde durulan bir konu olmasına rağmen DSÖ ve UÇÖ, tüm dünyada çalışanların ancak %10-15'inin temel standartta işçi sağlığı hizmetlerine ulaşabildiğini belirtiyor.

HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİNDE DEĞİŞİMLER

Ülkemizde sağlık alanında yaşanan genel değişime paralel olarak işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinin organizasyonunda ve içeriğinde de değişimler yaşanmaktadır. Değişimler incelendiğinde işyeri sağlık birimi yapılanmasına ilişkin bazı düzenlemeler dikkat çekmektedir. 2008 yılının Mayıs ayında yürürlüğe giren (5763 sayılı İş Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 26.05.2008 sayı ve 26887 sayılı Resmi Gazete) düzenleme ile işverenlere işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin yukarıda belirtilen zorunluluklarını (işyeri sağlık birimi, işyeri hekimi, iş güvenliğinden sorumlu mühendis ya da teknik eleman vb. gibi) "işletme dışında kurulu ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alarak da" yerine getirebilme olanağı sağlanmıştır. Bu düzenleme ile işyerinde kurulu bulunan sağlık hizmetleri hizmet modelinde bir değişim eğilimi ortaya çıkmaktadır.

Bir diğer değişim dinamiği ise çalışanlara yönelik olarak yapılandırılacak sağlık hizmetinin kapsam ve boyutu ile ilgilidir. Çalışan sayısına göre belirlenen 50 ve üzeri çalışan bulunan yerlerde hekim bulundurma zorunluluğuna ilişkin tartışmalar bu dinamiğin özünü oluşturmaktadır. Türkiye İşveren Sendikaları Konfe-

derasyonu (TİSK), konuya ilişkin "çözüm önerileri"ni şöyle sıralamaktadır:

- "1930'lu yılların Türkiye'si ile 2000'li yılların Türkiye'sindeki farklılıklar gözardı edilmemelidir. 1930'lu yıllarda Türkiye' de devamlı olarak en az 50 işçi çalıştıran işyeri ve hastane sayısını, bugünkü işyeri ve hastane sayıları ile karşılaştırmak imkansızdır. O gün için 50 işçi çalıştıran işyerleri büyük olarak sayılırken, bugün küçük ve orta boy işletme olarak nitelendirilmektedir
- Bu nedenle 506 sayılı Kanununun 114. maddesinin "**ancak 250'den fazla işçi çalıştıran işyerleri, istedikleri takdirde 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununun 180. maddesinin, hastalanan işçilerin tedavileri ile ilgili hükümleri dışında kalan ve işçilerin sıhhi durumlarının denetlenmesinin sağlanmasına, hasta odası ile ilk yardım araçları bulundurulmasına ve diğer hususlara ilişkin hükümlerini uygulayabilirler.**" şeklinde değiştirilmesinin doğru olacağı görüşünderiz.
- Bu bağlamda İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmeliğin 3. maddesinin (c) bendinde düzenlenen "**50'den az işçi çalıştıran işyerlerinin işyeri ortak sağlık birimi oluşturması**" hükmü, "**250'den az işçi çalıştıran işyerlerinin işyeri ortak sağlık birimi oluşturması**" şeklinde değiştirilmeli, bu birimlerin sosyal güvenlik kuruluşlarınc denetimlerinin yapılıp desteklerle teşvik edilerek geliştirilmeleri özendirilmelidir."

Bu argümana göre, 250'den fazla işçi çalıştıran işyerleri *istedikleri takdirde* hekim bulundurma ve sağlık hizmet sunumu ile ilgili zorunluluklarını yerine getirme "çözüm olarak" önerilmektedir. Böylece 250 ve üzerinde işçi çalıştıran işyerlerinde işyeri sağlık birimi kurulması işverenin "istememesi halinde" olanaklı olabilecek ve 250'nin altında işçi çalıştıran işyerleri ise ortak sağlık birimi ile "idare edecek"tir. Önerilen çözüm budur.

SSK 2006 istatistiklerine göre ülkemizde **1.036.328 işyerinde zorunlu sigortalı kapsamında 7.818.642 kişi çalışmaktadır**. Bunlardan 1.016.617 işyerinde 50'nin altında işçi çalışmakta ve toplam 4.694.825 işçi bu işyerlerinde çalışmaktadır. İşyerlerinin %98'i, işçilerin ise %60'ına karşılık gelen bu sayılar (ve oranları) sınır 250 ve üzerine çekildiğinde, 1.033.662 (%99.7) işyeri ve 6.420.444 (%82) işçiye ulaşmaktadır

Bir diğer önemli değişim Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile yaşanmaktadır. 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren yürürlüğe giren Kanun özellikle meslek hastalıkları tanısı sürecinde değişiklikler getirmektedir. Kanun, "Hiz-

met Akdiyle veya Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan Sigortalıların Tabi Olduğu Kısa Vadeli Sigorta Hükümleri” başlıklı bölümünde yer alan maddelerinde iş kazası ve meslek hastalıklarına değinmektedir. “Meslek hastalığının tanımı, bildirilmesi ve soruşturulması” başlığını taşıyan 14. madde, meslek hastalığı tanı sürecinin genel çerçevesini tanımlamaktadır. Bu çerçeve maddenin a bendinde şöyle ifade edilmektedir:

“Sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına tutulduğunun;

a) Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları tarafından usûlüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi,

b) Kurumca gerekli görüldüğü hallerde, işyerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbî sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi, sonucu Kurum Sağlık Kurulu tarafından tespit edilmesi zorunludur.”

Tanımlanan bu çerçeve, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’ndan çok önemli bir farklılık içermektedir. 506 sayılı Kanun’da 18.maddede meslek hastalığının “meslek hastalıkları hastanesince düzenlenecek usulüne uygun sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbi belgelerle tespit edilmesi gereklidir” ibaresi ile “Meslek Hastalıkları Hastaneleri” gibi işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında uzmanlaşmış bir kurum yetkili kılınırken yeni düzenlemede “kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları” gibi çok genel bir ifadeye yer verilmektedir. Ayrıntıları Yönetmelik ile düzenlenecek bu maddede yer alan “sağlık hizmet sunucuları” ifadesi, meslek hastalığı tanısı sürecinde hem özelleşmiş kurumlar dışındaki sağlık kurumlarının hem de kamu sağlık kurumları dışındaki özel sağlık kuruluşlarının da yer alabileceğini düşündürmüştür. Dolayısıyla bu durum, işçi sağlığı hizmetlerinde kamu sağlık kurumlarının aldığı yer ve rolleri değiştirebilecek, özellikle de “meslek hastalıkları hastaneleri” dışındaki yapılara da yer açacaktır. İlk bakışta, tanı sürecinin olanaklarını kurum sayısı anlamında arttırabilecek gibi görünen bu uygulama meslek hastalığı tanısı gibi özelleşmiş ve uzmanlaşmış bir tıbbi süreç gerektiren bu alanda yeni sorunların doğmasına yol açacak gibi görünmektedir. Görünen odur ki, gerek işyerinde sunulacak sağlık hizmetlerinde gerekse de alanın diğer basamaklarında (tedavi hizmetlerinden tansı ve tazmin süreçlerine) piyasadaki “hizmet sunucuları”nın ağırlığı artacaktır.

Bu kapsamda ilk düzenleme çıkarılan bir yönetmelik ile gerçekleştirilmiştir. Kanun’un yürürlüğe girmesinin ardından 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı

Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” yapılan yeni düzenlemeyi ayrıntılandırmıştır. Bu yönetmeliğin ikinci bölümü “Sağlık Kurulu Raporlarının Düzenlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar” başlığını taşımaktadır. Bu bölümdeki 5.maddeye göre, Kanun kapsamındaki belirlenmiş sigortalıların;

- “İş kazası sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye” yetkili kurumlar arasında devlet üniversite hastaneleri
- Meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye Ankara, İstanbul veya Zonguldak’ta bulunan Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri ile **Kurumca belirlenecek üniversite hastaneleri**

yetkili kılınmıştır. Yönetmeliğin yedinci bölümdeki geçici 2. madde “meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye yeniden yetkilendirme yapıncaya kadar Ankara, İstanbul veya Zonguldak’ta bulunan Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri ile **devlet üniversitesi hastaneleri yetkilidir**” ifadesi ile yeni bir düzenleme yapıncaya kadar devlet üniversitelerini yetkili kılmıştır.

Bu düzenlemelerle iş kazası ve meslek hastalığı sonucu oluşan kayıpların belirlenmesinde üniversite hastanelerinin yetkili kılınması söz konusudur. Başlangıç için sadece kamu sağlık kurumlarının sürece katılmasının planlandığı izlenmektedir.

Oldukça güncel bir tartışma da İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Tasarısı Taslağı çerçevesinde yürütülmektedir. Bu alandaki düzenlemeleri ayrı bir Kanun haline getirmek açısından önemli olan ve Çalırma Bakanlığı tarafından 11.09.2008 tarihli versiyonu kamuoyu ile paylaşılan tasarının işyeri sağlık, güvenlik birimi ve sağlık hizmeti ile ilgili hükümleri yukarıdaki çerçeveyi tamamlar özelliindedir. Taslağın 11. maddesi “işyeri sağlık ve güvenlik birimi” başlığını taşımaktadır. Bu maddede Eylül 2008’de şu kapsama yer verilmiştir:

- İşverenin “işyerindeki iş sağlığı ve güvenliği risklerini önlemek, önleyici ve koruyucu hizmetleri yürütmek üzere” işyerinin büyüklüğü, tehlike sınıfı, işin niteliği ve çalışan sayısı dikkate alınarak “işyeri sağlık ve güvenlik birimi” oluşturma yükümlülüğünün altı çizilmektedir. Bu yükümlülüğü yerine getirmek üzere, bu birimde “işyerinden işyeri hekimi, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı, iş sağlığı ve güvenliği teknik elemanı, işyeri hemşiresi ve gerekli diğer elemanlar” görevlendirileceği, işyerinde bu niteliklerde personel bulunmaması durumunda bu hizmetlerin “Bakanlık tarafından

belgelendirilmiş işyeri dışındaki kişi ve/veya kuruluşlardan alınabileceği” ya da “bir veya daha fazla işverenin birlikte kuracağı işyeri sağlık ve güvenlik biriminden de” alınabileceği belirtilmektedir.

- Maddenin dördüncü fıkrasında şu ibareye yer verilmektedir: “İşveren faaliyetlerini, hizmet aldığı ya da görevlendirdiği kişi veya kuruluşların iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuata uygun olan *teklif ve tavsiyelerini dikkate alarak yürütür.*”

Kuşkusuz taslak yasalaşma sürecinde çeşitli değişimlere uğrayacaktır (ki 11 Eylül ve 10 Ekim 2008 tarihli versiyonlarının birbirinden farklı olduğu dikkat çekmiştir) ancak bu değişim dinamiği, ülkemizde çalışanlara yönelik sağlık hizmetlerinde sağlık ve sosyal güvenlik reformu dinamiklerine benzer değişimler yaşanacağına göstergesidir. Bir yandan bütünüyle işveren sorumluluğuna bırakılmış işyeri sağlık hizmetlerinde işyeri sağlık birimi ve hekim çalıştırma zorunluluğunun “esnetilmesi” ve hizmetin dışardan satın alınmasına olanak vererek “işyeri hekimliği” alanında “şirketleşme”nin önünün açılması, diğer yandan meslek hastalıkları tanı sürecinin “esnetilmesi” söz konusudur. Kapitalist üretim sürecinin sermayenin ihtiyaçları doğrultusunda değiştiği düşünüldüğünde işçi sağlığı hizmetlerinin organizasyonun ve işyeri tabanlı sağlık örgütlenmelerinin bu değişimin dışında kalması zaten beklenemez. Üstelik işyeri tabanlı örgütlenen sağlık hizmetlerine yani birinci basamak işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinde hizmet sunumu anlamında kamunun yeri zaten yokken.

Taslaklarda yer bulan bir diğer düzenleme de bu alanda çalışacak insangücünün eğitim ve yetki süreçlerine ilişkindir. Hizmetin var kılınarak sürdürülebilmesi, kapsam ve niteliğinin artırılması için insangücü eğitimi önemli bir başlıktır. Hekim boyutuyla baktığımızda Türk Tabipleri Birliği’nin 20 yılı bulan eğitim programları ile İşyeri Hekimliği Sertifika Kursunu bitiren hekimler “işyeri hekimi” olarak çalışma yetkisine sahip olabilmekte ve ülkemizde yaklaşık 30.000’e yakın hekimin sertifikası bulunmaktadır. Bu alanda ÇSGB’nin eğitim yetkisine müdahale çabalarına karşın TTB, 2005 yılından itibaren İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği temel eğitimi sertifika programı protokol imzaladığı üniversitelerle birlikte düzenlenmektedir. Tasarının Ekim versiyonu, sağlık ve güvenlik insangücüne yönelik düzenlenecek eğitim programlarının kamu ya da özel kuruluşlar tarafından yürütülebileceğini ve katılımcıların Çalışma Bakanlığı tarafından yapılacak bir sınav sonrası “belgelendirilmesi”ni öngörmektedir. Böylece bu eğitim programlarında özel sektöre de yer açılmaktadır.

SONSÖZ

Genel olarak baktığımızda son söz olarak aşağıdaki başlıklara değinebiliriz:

- Çalışanlara yönelik olarak sunulan sağlık hizmetleri ve çalışanların sağlığı toplum sağlığının vazgeçilmez bir parçasıdır. DSÖ ve UÇÖ, tüm dünyada çalışanların ancak %10-15'inin temel standartta işçi sağlığı hizmetlerine ulaşabildiğini belirtmektedir.
- Ülkemizin istihdam yapısı ve alanları göz önünde bulundurulduğunda çalışanların oldukça az kesiminin sağlık ve güvenlik hizmetlerinden yararlanabildiği izlenmektedir. Bazı sektörlerde çalışanlar ve küçük işletmelerde çalışanlar hastalık ve kazalarla daha sık karşı karşıya gelmelerine rağmen korunamamaktadırlar. Birçok bilimsel uluslararası dokümanda tüm çalışanları kapsama gerekliliği ısrarla belirtilmesine karşın yasal düzenlemelerde yer alan sayısal sınırlar (ülkemizde olduğu gibi 50 ve üzeri işçi örneği vb.) bu hizmete ulaşmayı kısıtlamaktadır.
- Bu hizmetler, işyeri gibi yapılandırılmış bir ortamda ve çok çeşitli etkenlerle karşılaşılan bir üretim sürecinde varedilmesi gereken hizmetlerdir. Bu anlamda koruyucu hekimlik hizmetlerinin en görünür olduğu alanlardandır. İşyerinde sağlığı bozucu etkenler, teknik hizmetlerden yararlanarak saptanabilir ve önlem alınabilir. Bu anlamda hem iş güvenliği boyutu hem de koruyucu hekimlik boyutu bu hizmetlerin ana omurgasını oluşturmaktadır.
- Çalışanlara yönelik sağlık hizmetleri özellikleri nedeniyle, bu alana özelleşmeyi gerektirir. Bu açıdan hizmet içeriği basamaklandırılarak hizmet etkinleştirilmelidir. Etkin bir birinci basamak sağlık hizmeti ile birlikte uzmanlaşma ve nitelikli sağlık insan gücü alana önemli katkıda bulunacaktır.
- İş kazaları ve meslek hastalıkları ülkemizde göz ardı edilmekte, görmezden gelinmektedir. Mevcut durumun bile fotoğrafını net ve kesin olarak göremezken bu konuda yapılan yeni düzenlemelerin durumu olumlu yönde değiştirme yönünde ne denli etkin olacağını kestirmek zor görünmektedir.
- Sağlık reformu süreci ile sağlık sisteminde de köklü değişimler yaşanmaktadır. Birinci basamak aile hekimliği sisteminin gelişi ile birlikte oluşturulan Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)'nin görevleri arasında işçi sağlığı iş güvenliği sıralanmaktadır. Bu durum önümüzdeki dönemde bu alanda farklı değişimler olabileceğini göstermektedir. Bu alanda hizmet

sunma sorumluluğuna kamu Şimdiye kadar katılmıyorken böyle bir görev tanımı ile kamu hizmet sunumunda yer almaya mı baŐlayacaktır yoksa farklı bir hizmet sunum modeli mi geliŐtirilecektir gibi sorular akla gelmektedir. 112 acil ve ilk Yardım Hizmetlerinin bile “dıŐarıdan hizmet alımı” yoluyla taŐeronlaŐtırıldıđı düŐünülürse TSM’lerin de dıŐarıdan hizmet alımı yoluyla Şirketlere grdreceği hizmetlerin başında işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri gelebilir. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı’nın taŐra teŐkilatını il özel idarelerine devretmeye hazırlandığı göz önüne alındığında kamu sağlık hizmetinin de içeriği ve biçimi deđiŐecektir.

- Sağlık hizmetlerinin genelinde olduğu gibi bu alanda da hizmetin niceliği ve niteliği, sermayenin ihtiyaçları lsnde ve yönünde belirlenmektedir. Alandaki tartıŐmalarda bu ideolojik boyut görmezden gelinmekte ve arka plana itilmektedir.
- Yeni düzenlemeler, işyeri sağlık hizmetlerini hem kapsam ve çalışma süresi hem de hekimin çalışma biçimi (bireysel sözleŐmeden ŐirketleŐmeye) boyutları ile dünyadaki eğilime, diğer bir deyişle kapitalizmin ihtiyaçlarına göre Őekillendirmeye hazırlanmaktadır.

Son olarak bu “kitabı” ereve, kot kumlayan işçiler düşünüldüğünde, işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında hayatı ne kadar karŐılıyor tartıŐılabilir.

Kaynaklar

1. Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin rgtlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım. TTB Yayını. Haziran 2007. Ankara.
2. Hamzaoğlu O. Yeni Neoliberal politikalar ve Türkiye’de sağlıkta reform dönüşüm. Toplum ve Hekim. TTB Yayını (22);6: 418-431.
3. Marx K. Ücretli Emek ve Sermaye. Sol Yayınları 1999. Ankara.
4. Belek İ., Nalçacı E., Hamzaoğlu O. Kapitalizmin ekonomi politiği çerçevesinde sağlıkta finansman sorunu, Toplum ve Hekim. TTB Yayını. Mayıs 1992:12-19
5. Belek İ. Sağlık sistemlerinde neoliberal politikalar, küreselleşme vahŐetinin kritik halkası. İçinde: Küreselleşme ve psikiyatri. Ed: Kaya B., nal S., TTB Yayını 2003. Ankara.
6. zoğlu B., Eski köye yeni adet esneklik uygulamaları. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. TTB yayını, 2002 Ocak: 2-5.
7. ztek Z., Eren N., Sağlık Yönetimi. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Güler ., Akın L., Hacettepe . Yayınları, 2006. Ankara.
8. Belek İ., Sosyal devletin krizi ve sağlığı ekonomi politiği. Sorun Yayınları 2001. İstanbul.
9. Bilir N., Yıldız A.N. İŞ sağlığı ve güvenliği. Hacettepe . Yayınları, 2004. Ankara.

10. LaDou J. The Case for Reform. Occupational Medicine. American Journal of Preventive Medicine 2005;28(4): 396-402.
11. http://www.tisk.org.tr/isyeri_hekimligi, erişim tarihi: 19.09.2008
12. Yavuz C.I. DSÖ Yol Gösteriyor, Hükümet Uyguluyor: "Sağlık Sisteminde Benimsenebilecek Tek ve Basit Bir Piyasa Kavramı Yoktur", Toplum ve Hekim, TTB yayını Mayıs-Haziran 2004; (19),3:216-22.
13. Karahanoğulları O. Kamu hizmetleri kavramı ve kamu hizmetleri alanında yeni eğilimler. İçinde: değişim sürecinde kamu hizmetleri ve sendikal politikalar. KESK yayını 2003.
14. Hamzaoğlu O., Yavuz C.I. Sağlıkta AKP'li dönemin bilançosu. Mülkiye. Güz 2006, 252:275-296.
15. Müftüoğlu O. Üretim süreçlerindeki değişim, çalışma hayatı ve sendikalar. İçinde: değişim sürecinde kamu hizmetleri ve sendikal politikalar. KESK yayını 2003.
16. Akaya Y. Küreselleşme politikaları ve kamu hizmetleri. İçinde: değişim sürecinde kamu hizmetleri ve sendikal politikalar. KESK yayını 2003.
17. Resmi Gazete. <http://rega.basbakanlik.gov.tr>
18. SSK istatistik yıllığı 2006 <http://www.ssk.gov.tr/wps/portal>
19. TİSK. "İşyeri hekimi çalıştırma zorunluluğu" sorunlar ve çözüm önerileri İşveren dergisi mayıs 2002 eki. http://www.tisk.org.tr/isyeri_hekimligi.asp
20. İş sağlığı ve güvenliği kanunu tasarısı taslağı. http://www.isggm.gov.tr/images/articles/editor/11.09.2008_isg_kanunu_tasarisi_taslak.doc . erişim tarihi: 19.09.2008.
21. Higashi T., Inui S. Future challenges of occupational health services (OHS) in a changing working world. International Congress Series 1294 (2006) 31– 34
22. Humsan K. Humsan P. Challenges of OHS for changing working life. International Congress Series 1294 (2006) 19– 22
23. Kuorinka I., The influence of industrial trends on work-related musculoskeletal disorders (WMSDs). International Journal of Industrial Ergonomics 21 (1998) 5-9
24. http://www.who.int/occupational_health/en/
25. www.sgk.gov.tr, SGK İstatistikleri, Erişim tarihi: 4 Mayıs 2009
26. TÜİK haber bülteni, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3916>, Erişim tarihi: 4 Mayıs 2009.
27. TTB web sayfası, <http://www.ttb.org.tr>, Haziran 2009.
28. 5 ve 10 nisan 2009 tarihli radikal gazeteleri, www.radikal.com.tr, Mayıs 2009.
29. <http://www.kotiscileri.org>, Mayıs 2009.
30. <http://www.kotiscileri.org/brosur.doc>, Mayıs 2009.
31. LaDou J., Current occupational and environmental medicine, 2004, New York: McGraw Hill.
32. Boratav K., Türkiye İktisat tarihi 1908-2002, İmge Kitabevi, 2003, İstanbul.
33. Ayoğlu F.N., Zonguldak Kömür Havzasının Tarihsel Gelişimi: 1829-1939, boyunduruktan egemenliğe. 2008, TTB Yayını, Ankara.

34. Makal A., Türkiye'de sanayileşme sürecinde işgücü sorunu, sosyal politika ve iktisadi devlet teşekkülleri:1930'lu ve 1940'lı yıllar, Toplum ve Bilim dergisi, 2002, 92: 34-70.
35. <http://www.sekadh.gov.tr/hastanemiz>, Mayıs 2009.
36. http://www.bilkent.edu.tr/~yeldane/Yeldan09_26Ocak05.pdf, Mayıs 2009
37. http://www.isggm.gov.tr/images/articles/editor/isgum_tanitim_1.pdf, Mayıs 2009.
38. Çetik M., Akkaya Y., Türkiye'de endüstri ilişkileri, Türkiye ekonomik ve toplumsal tarih vakfı yayını, 1999, İstanbul.
39. Çalışma Hayatı İstatistikleri 2006, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2007 Ankara.
40. Kocaeli Ü.T.F. Halk Sağlığı AD (2008), İş sağlığı ve Güvenliği Kanunu Tasarı Taslağı Üzerine Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim Dergisi, TTB yayını, Kasım Aralık 2008, 23(6): 426-9.
41. Pala K. Türkiye'de İşçi Sağlığında Durum, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, TTB yayını, Temmuz 2000: 3-11