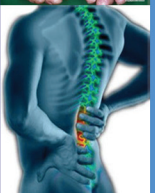


HEKİMSİZ TIP TIPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI



Dr. Haluk Seçkin Başçıl



Ankara Tabip Odası Yayınları

HEKİMSİZ TIP TIPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI

Dr. Haluk Seçkin Başçıl

Haziran 2011



Ankara Tabip Odası Yayınları

HEKİMSİZ TIP TIPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI
Dr. Haluk Seçkin Başçıl

Her hakkı saklıdır.

Bu yapıtın aynen ya da özet olarak hiçbir bölümü, telif hakkı sahibinin yazılı izni alınmadan kullanılamaz.

Ankara Tabip Odası Yayınları

Ankara Tabip Odası
Mithatpaşa Cad.
No: 62/18 Kızılay
ANKARA

Tel : (312) 418 87 00
Fax : (312) 418 77 94
www.ato.org.tr

ISBN 978-605-5867-45-4

Baskı: Semih Ofset (0312) 341 40 75

HEKİMSİZ TIP/TİPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI

*Bu çalışmaya girişmem için beni teşvik eden
Av. Ziyet Özçelik'e ve çalışmamda bana katkı sunan
Doç. Dr. Gönül Tanır ile Dr. Şafak Erbakan'a,
kitap olarak basımını üstlenen
Ankara Tabip Odası'na
en içten teşekkürlerimi sunarım...*

HEKİMSİZ TIP/TİPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI

Sunu

İşçi sınıfının mücadele düzeyi ve kazanımları ile işçi sağlığı alanındaki kazanımlar birbirine paralel bir seyir izliyor. 12 Eylül askeri darbesi ile birlikte işçi sınıfının en direngen ve bilinçli işçilerinin örgütü olan DİSK'in kapatılması, işçi önderlerinin tutuklanarak işçilerin hak arayışlarının kırıldığı bir dönem sonrasına tekabül eden bir zamanda, 1988 yılında TTB işçi sağlığı alanında önemli ve tarihsel bir adım attı. İşyeri hekimliği ve işçi sağlığı çalışmalarını başlattı. TTB, işyeri hekimliği A tipi sertifika kursları, B tipi ileri eğitim kursları ve C tipi spesifik eğitimleri olmak üzere sürekli eğitim anlayışıyla, yoğun ve zengin bir eğitim programı sonucunda binlerce hekime işçi sağlığı ve işyeri hekimliği konularında, eğitim olanağı sundu.

Ancak 1980 sonrası kapitalizmin neoliberal dönemine rastlayan bu süreçte işçi sendikalarının yaşadıkları politik ve örgütsel kriz, güç kaybı, yeni istihdam biçimlerinin (taşeron usulü çalıştırma, esnek çalışma, kayıt dışı çalıştırma vb) yol açtığı hak kayıpları, işyeri hekimliği ve işçi sağlığı çalışmalarını da olumsuz olarak etkilemiştir.

Kapitalizmin yaşadığı kriz, neoliberal söylem ve politikaların inanırlılığına da önemli darbeler vurmaktadır. Tüm dünyada halkların yeniden mücadeleyi yükseltmeye başladıkları bu dönemde farklı bir dünya, farklı bir çalışma yaşamı tartışmaları içinde sağlık önemli bir yer tutmaya aday görünüyor.

HEKİMSİZ TIP/TİPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI

AKP hükümetinin 2003 yılından itibaren çalışma yaşamını baştan aşağı neoliberal politikaların ihtiyaçlarına uygun olarak yeniden tanzim etme girişimleri; iş kanununun yeniden düzenlenmesi ve buna bağlı olarak çıkarılan yönetmelikler işyeri hekimliği ve işçi sağlığında var olan sorunları daha da arttırmıştır. Bu sorunlarla baş etmek ve uygun politikalar geliştirilmesinde, TTB'nin 1988 yılından beri sürdürdüğü işyeri hekimliği ve işçi sağlığı çalışmalarından elde ettiği birikim ve deneyimleri önemli olanaklar sunmaktadır

İşçi sağlığı ve işyeri hekimliğinin tarihsel süreci ve tüm ülkelerde uygulamaya sokulan 'sağlık reformlarını', işyeri hekimliğine ilişkin düzenlemelerin yönelimleri, yol açtığı sonuçları bir çok yönüyle ele almak ve bunlara karşı politikalar geliştirmek önemli bir görev olarak önümüzde durmaktadır.

Ankara Tabip Odamızın basımını üstlendiği bu çalışmanın TTB ve sendikal ortamlarda yürütülen işçi sağlığı ve işyeri hekimliği tartışmalarına ve politikalarına katkı sunacağını düşünüyor bu emek yoğun çalışmasından dolayı Dr. Haluk Başçıl'a teşekkür ediyoruz.

Ankara Tabip Odası
Yönetim Kurulu

Önsöz

İşçilerin sağlıklarının korunması ve işe bağlı hastalıkların* (meslek hastalıklarının) mağduru olmaksızın güvenlik içinde çalışmalarının sağlanmasında istenen noktaya gelinemediği açıktır. Orta, küçük ve çok küçük işletmelerin gerek yaygınlığı, gerekse dağınıklığı sebebiyle buralarda çalışan işçilerin sağlıklarının korunması için işyeri hekimliği hizmetlerinden yararlanmaları dahi tam anlamıyla sağlanamamıştır.

Dünyada esnek çalışma biçimlerinin artması, enformel çalışmanın yaygınlaşması ile birlikte çalışanlar, haklarını ve sağlıklarını korumakta eskiye göre daha da zorlanmaktadırlar. Yapılan tüm çalışmalar aynı sektörde 'bildirilmemiş/saklanmış istihdam', 'kiralık işçi' statüsünde çalışma, 'son derece atipik' vb. statülerde çalışanların standart sözleşmelerle çalışanlara oranla daha riskli işlerde veya olumsuz koşullarda çalıştığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, bu tip statülerde çalıştırılan işçilerin kendilerini güvencesiz hissetmeleri de sağlıklarını

* Birçok kaynakta yer alan işe bağlı hastalıklar ile meslek hastalıkları ayrımı tıbbi bir ayırmadan çok sigorta sisteminin, yasal mevzuatların tanımlayıp kullandığı bir ayırım olduğu düşüncesiyle, bu incelemede işe bağlı tüm hastalıklar (sigorta sistemi ile ilişkilendirilmesine bakmasızın) meslek hastalığı olarak adlandırılacaktır. Sigorta sisteminin kabul ettiği meslek hastalıkları **tanımlanan meslek hastalıkları**, sigorta sistemi tarafından kabul edilmeyen işe bağlı hastalıklar da **tanımlanmayan meslek hastalıkları** olarak belirtilecektir. Böylelikle meslek hastalıklarının herkes tarafından daha anlaşılır olması ve hekimlik mesleğinin tıp bilimine uygun kendi kavramları ile tartışması daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla kurallı çalışmanın hakim olduğu dönemde işçilerin sağlıklarının korunması ve güvenliklerinin sağlanmasında karşı karşıya olunan sorunlar henüz çözümlenmeden, çalışma yaşamında yaygınlaşan; enformel çalışma, taşeron usulü çalışma, işyerlerinin parçalanarak bölünmesi, esnek çalışma vb. gelişmeler var olan sorunları daha da arttırmıştır.

Avrupa Birliği'nin (AB) 12/06/1988 tarihinde çıkardığı 89/391 Sayılı Direktif ve sonrasında birlik ülkeleri ulusal mevzuatlarını bu direktifle uyumlulaştırma adı altında işçi sağlığı ve güvenliği politikalarında, yapılanmalarında ve yasal düzenlemelerinde anti-reformlara girişmişlerdir. İşçilerin sağlıklarının korunması anlayışının temelini oluşturan önleyici tıbbi hizmete göre geliştirilen ve biçimlendirilen dolayısıyla da onun bir parçasını oluşturan teknik koruma (birincil koruma adı altında) tali konumdan çıkarılarak temel konuma getirilmekte, önleyici tıbbi hizmetler de tali hale getirilmektedir.

Bu yaklaşım, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) oluşturduğu anlayışla büyük paralellik içermekte ve önleyici tıbbi hizmet anlayışının bütünselliğini bozmaktadır:

- Üretim sürecinde ortaya çıkan (fiziksel, kimyasal, biyolojik) risklerinin belirlenmesinin birincil koruma olarak tarif ederek öne çıkarılmasına
- İşyeri ortamındaki sağlık risklerinin işçilerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesini, ikincil koruma olarak tanımlayarak tıbbi korumanın göz ardı edilmesine, altının oyulmasına yol açan bir süreci başlatmıştır.

İşçilerin sağlığının korunmasında bütüncül yaklaşımı bozacak şekilde 'risk yönetimi anlayışı' nın ön plana çıkarılması, işyeri hekimliği anlayışına ilişkin kuralların da esnetilmesi, belirsizleştirilmesi çabaları çalışma yaşamındaki istihdam politikalarından ve çalışma yaşamının sermayeden yana yeniden düzenlenmesinden bağımsız değildir.

Bu kitapta, kapitalizmin kendi iç dinamiğiyle geliştiği, sınıf savaşımının daha net olarak seyrettiği, bunun sonucunda toplumsal ve kurumsal yapılanmaların güçler dengesine uygun olarak şekillendiği Fransa'da işçi sağlığı ve işyeri hekimliği

HEKİMSİZ TIP/TİPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI

süreci, tarihsel gelişim dönemleri içinde ele alınmaya çalışıldı. AB ülkelerindeki işçi sağlığı ve işyeri hekimliğinde yaşanan gelişmelerle de ilişkilendirerek dünyada 'yeni yönelimlerin' ortaya konulması çabası, aynı zamanda ülkemizdeki gelişmelerin daha anlaşılır kılınmasına, dolayısıyla yürütülen mücadeleye de katkı sunabilecektir.

Fransa'daki işçi sağlığı ve işyeri hekimliği uygulamalarının yaygınlığı ve ulaştığı düzey, günümüzde AB merkezli bütünlüklü bir politika temelinde arka arkaya gelen anti-reform çalışmaları ile tahrip edilmektedir. Bu anti-reform girişimlerine ilişkin süreci ortaya koymak ve gelecekte ne tür sonuçlara yol açabileceğine ilişkin yürütülen tartışmaları ve atılan adımları kısaca ele almak, hem içinde bulunduğumuz süreci hem de ülkemizdeki arka arkaya çıkarılan mevzuat değişikliklerinin arka planını daha iyi anlamamıza hizmet edecektir.

Neoliberal ideolojik hegemonyanın sağladığı güçle post-modern yaklaşımlar, birçok konuda olduğu gibi işçi sağlığı ve işyeri hekimliği alanında da kendisini gösteriyor. İşçi sağlığı ve işyeri hekimliğine ilişkin gelişmelerin zamandan, mekandan ve ideolojiden yoksun, hayattan ve bütünsellikten kopuk, göz önünde duran şeyleri derine inmeksizin, iç içe sokarak bir kolaj görüntüsünde ve kendi gerçekliğinin ötesinde bambaşka bir şekilde ele alınması, önemli kafa karışıklıklarına yol açabilmektedir. Bunun üzerinden üretilen politikalarla, karşı duruş açısından başarı sağlanamayacağı açıktır.

Kapitalist üretim biçiminin gelişmesi ve yaygınlaşması sürecinde işçilerin daha iyi bir yaşam ve daha iyi bir çalışma hayatı için yürüttükleri mücadelelerini, işyeri hekimliği anlayışını ortaya çıkaran koşulları hatırlamak, tarihsel geçmiş duygusunun tazelenerek geçmişin birikimi üzerinden geleceğe bakmak, tartışmalarımızı ve politikalarımızı doğru bir zeminde oluşturmamızı sağlayacaktır.

HEKİMSİZ TIP/TİPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI

İçindekiler

BÖLÜM I

Geçmişten Günümüze İşçi Sağlığına Kısa Bir Bakış

1. Kaderci Anlayışın Hakim Olduğu (Merkantilist) Dönem	1
2. İşveren İşçi İlişkisinde Mutlak Serbestlik (Liberal Kapitalist) Dönemi	2
3. İşveren İşçi ilişkilerinde Devletin Müdahaleci (Müdahaleci Kapitalist Sistem) Dönemi	4
4. İşveren İşçi ilişkilerinde Yeniden Serbestlik (Neoliberal Kapitalist) Dönemi	12
	16

BÖLÜM II

İşçi Sağlığı Hizmetleri: İşyeri Hekimliği ve İşyeri Sağlık Birimleri

1. Geçmişten Günümüze Hekimlik Mesleği ve İşçi Sağlığı	24
2. Fransa'da İşyeri Hekimliği ve İşyeri Sağlık Servislerinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi	24
3. İşyeri Sağlık Servislerinin Rolü	26
3.1. Fransa	33
3.2. Belçika	36
3.3. Almanya	41
3.4. İngiltere	41
3.5. İspanya	45
3.6. İsveç	46
	49

BÖLÜM III

Çalışma Yaşamında Değişiklikler ve İşyeri Hekimliğinde 'Reform' Tartışmaları

1. Esnek Çalışma/Çalıştırma Yönelimi	49
2. Özel İstihdam Büroları ve Kiralık İşçi	51
3. Enformel Çalışma/Çalıştırma Anlayışı	55
4. Esnek Çalışma-Güvencesiz Çalışmanın İşçilerin Sağlığı ve Güvenliği Üzerine Etkileri	56
	59

4.1. Avusturya	62
4.2. Belçika	62
4.3. Hollanda	63
4.4. Almanya	64
4.5. Fransa	64

BÖLÜM IV

İşyeri Hekimliğinde Anti-Reform

Girişimleri	66
Fransa'da İşyeri Hekimliği 'Reform' Süreci	66
1. 2004 Reformu	67
2. 2007 Kasım, İşyeri Hekimliği Reformunun Sonuçları Raporu	71
3. 2007 Ocak, Kişinin İşe Elverişli ya da Elverişli Olmadığının Değerlendirilmesi Yaklaşımına Dair Rapor	71
4. 'Meslek Risklerinin Önlenmesi ve İşçi Sağlığında Çoklu Mesleki Çalışma Anlayışı Sonuçlarının Değerlendirilmesi' Raporu	72
5. İşyeri Hekimliğinin Geleceği Raporu	75
6. İşyeri Hekimliğinin Savunulması	81
6.1. İşverenlerin Projesi:	
İş Sağlığı Yönetimi	82
6.2. İşyeri Hekimlerinin Mesleki Bağımsızlığının Kontrolü	83
6.3. İşçi Sağlığına İlişkin Tıbbi Çalışmaların Ortadan Kaldırılması	84
6.4. İşyeri Hekiminin Tıbbi Danışmanlığının Sonlandırılması	85
6.5. Hekimlik Mesleğinin Sıradanlaştırılması: Emek Gücünün Tıbbi Yönetiminin Geliştirilmesi	86
6.6. İşverenlerin İş Sağlığı Servislerinin Yönetimlerini Ellerinde Tutma İstekleri	87
6.7. Koruyucu Tıbbın İmha Projesine Devlet Desteği	87
6.8. Geleceğe İlişkin Öneriler	88

BÖLÜM V**İşyeri Hekimliğinin İçini Boşaltma****Çabaları**

91

Meslek Hastalıklarının Görünmez Kılınması

Girişimleri

91

1. Meslek Hastalıkları/ (Tanımlanan ve tanımlanmayan meslek hastalıkları)

92

2. Bazı Ülkelerdeki Tanımlanan Meslek Hastalıklarının Sayısal Durumu

95

2.1. Almanya

95

2.2. İtalya

95

2.3. Belçika

96

2.4. Avusturya

96

3. Meslek Hastalıkları Üzerine Yapılan Bazı Çalışmalar

97

4. Fransa'da Meslek Hastalıkları

99

5. Rakamlarla Meslek Hastalıklarının Maddi Boyutu: Zararın Karşılanması

104

6. İşyeri Hekimliği ve Meslek Hastalıkları

112

7. Anti- Reformun Olumsuz Sonuçları Kendisini Gösteriyor

115

7.1. Hollanda:

115

7.2. İtalya

116

7.3. Çekoslovakya

117

7.4. Belçika

117

7.5. Almanya

117

7.6. İngiltere

118

7.7. İsveç

118

7.8. Fransa

118

8. Türkiye'de Meslek Hastalıkları ve Toplumsal Maliyeti

119

9. Ülkemizde İşyeri Hekimliğine İlişkin Yeni Yasal Düzenlemeler

124

Kaynakça

131

HEKİMSİZ TIP/TİPSİZ İŞÇİ SAĞLIĞI

BÖLÜM I:

Geçmişten Günümüze İşçi Sağlığına Kısa Bir Bakış

Üretim sürecinde yer alan insanların sağlıklarının bozulması tarihin ilk dönemlerinden günümüze kadar bir sorun olarak hep varolmuştur. Bu sağlık sorunları yapılan işin özelliklerine bağlı olarak ya zamana yayılan sinsi bir hastalık şeklinde ya da düşme, ezilme, darbe vb. durumlar nedeniyle ani ölüm, sakat kalma şeklinde kendisini göstermiştir. Birdenbire ortaya çıkan ölümler ya da sakat kalmalar 'sürpriz' olduğu için işçilerde, ailelerinde ve toplumda etkisi daha sarsıcı olurken, sinsi gelişen meslek hastalıkları ise, hem işçilerde ve ailelerinde hem de toplumda gözlerden uzak tutulabilmektedir.

Günümüzde iş kazaları ve meslek hastalıkları olarak işçinin sağlığını ya da yaşamını kaybettiren olguların toplumsal bilinç ve vic-

Kısa Kronolojik Hatırlatmalar

Liberal Kapitalist Dönem ¹⁻²

'Tarih, bugün yaşadığımız hayatların ardındaki olaylar dizisi hakkındadır. Bizim nasıl biz olduğumuzun öyküsüdür. Onu anlamak, içinde yaşadığımız dünyayı değiştirebilmenin anahtarıdır'. George Orwell

- 1566 yılında; İngiltere'de, Charles IX döneminde ilk kez meslek hastalıklarının yol açtığı zararın karşılanması (bir tazminat ödenmesi) söz konusu oldu. Ancak bunun için işçinin mahkemeye başvurması gerekiyordu.

- 1681; Vauben tarafından pazar günü çalışmak yasaklanır...

- 1791 Mayıs; Charpelier yasası ile mesleklerin koalisyon ve grev yapmalarının yasaklanması...

- 1802; İngiltere'de ile cıracıların, tekstil ve diğer fabrikalarda çalışan işçilerin fiziksel ve moral sağlıklarının gözetilmesine ilişkin yasal düzenleme çıkarılır.

- 1803 Nisan; manüfaktür ve atölyelerde işçilerin bir araya gelerek birlik oluşturmalarının yasaklanmasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1803 Aralık; her bir işçinin konumunu gösteren ve işçilerin sürekli yanlarında taşımak zorunda oldukları işçi karnesinin (bir çeşit pasaport) çıkarılmasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1804 Mart; ücret uyuşmazlıklarının mahkemede görüşülmesinde çelişkili durumlarda işçinin değil, işverenin ifadesinin kabul edilmesine ilişkin yasal düzenleme... (Bu yasal düzenleme 1866 yılına kadar devam etmiştir).

- 1810 Şubat; 20 kişiden daha fazla gruplaşmaların ve işin durdurulması veya ücret değişikliği amacıyla oluşturulacak işçi topluluklarının anında dağıtılmasına ilişkin yasal düzenleme...

• 1813 Ocak; 10 yaşından küçük çocukların maden ocaklarına inmesi, çalıştırılmasının yasaklanmasına ilişkin yasal düzenleme...

• 1824 Ağustos; Rouen bölgesinde, Houlmes'de dokuma işçilerinin çalışma koşulları ve ücretleri için greve gitmeleri...

• 1930 Temmuz-Kasım; Rouen, Darnetal, Paris, Roubaix, Limoges'da ücretlerinin artırılması ve çalışma sürelerinin azaltılması için grevler... Matbaa ve Dokuma atölyelerinde Luddisizm...

• 1831 Kasım; Lyon kentinde ortaya çıkan Canut işçi başkaldırısı ilk endüstriyel sosyal ayaklanmaya olarak tarihe geçişi...

• 1832 Haziran; Paris'te halk ayaklanması, 150 ölü, 400 yaralı ve 1500 tutuklu, güvenlik kuvvetlerinde de 134 ölü, 326 yaralı...

• 1834 Ocak; topluluk içinde tellallık, çığırtkanlık yapmasının yasaklanması...

• 1834 Nisan; birçok bölgede işçi grevleri ve ayaklanmalar... birçok şehirde işçi katliamları, Paris'de 300 ölü ve 600 yaralı binlerce tutuklama, Lyon'da onlarca ölü ve yüzlerce yaralanma, tutuklamalar...

• 1841 Mart; Cunin-Gridian yasası 8 yaşından küçük çocukların endüstriyel üretimde çalışmalarının yasaklanması, günlük çalışma süresi 8-12 yaşındaki çocuklarda 8 saat, 12-16 yaşındaki çocuklarda da 12 saat ile sınırlandırılması...

- ayrıca 13 yaşından küçük çocukların gece çalışması yasaklanması ve daha büyük yaştaki çocuklarında saat 21.00-05.00 saatleri arasında çalıştırılabilecekleri ve 2 saatlik çalışma süresinin de 3 saat olarak hesaplanmasına ilişkin düzenleme...

- bu yasanın çıkmasında Dr.

danda yer etmesi ve bunların hukuk sistemine yansıtılması hiç de kolay olmamıştır. İşçilerin ve ailelerinin yüzyıllar boyunca sürdürdükleri ve kuşaktan kuşağa devrettikleri mücadele gelenekleri, isyanlar, kanlı bastırılar, tekrar isyanlar sonunda işverenler ve devlet, işçilerin taleplerine duyarsızlıklarını sürdürememiştir.

Bugün toplumsal yaşamda rahatlıkla kullanılan işçilerin sağlığı ve güvenliği, iş kazaları, meslek hastalıkları kavramlarının gerisinde tarihsel bir süreç yer alır. Bu süreci içerdiği gelişimlere göre kendi içinde bölümlere ayırarak özetlemeye çalışacağız.

1. Kaderci Anlayışın Hakim Olduğu Dönem (Merkantilist Dönem):

Batı Avrupa'da Merkantilist dönemin 16 yüzyılın ilk başlarından 19 yüzyılın ilk başlarına kadar yaklaşık 300 yıl sürdüğü belirtilmektedir. Merkantilist dönemin ilk yarısında toplumsal düzen feodalitenin/dinin (Hristiyanlığın) tam hakim olduğu, Aristo, Plato, St.Thomas gibi düşünürlerin görüşlerinin egemenliğini sürdürdüğü dönemdir.

Erasmus, Martin Luther ve John Calvin vb. dini konularda reform hareketlerinin başını çekerken, Francis Bacon (1561-

1626), Galileo Galilei (1564-1642), Johannes Kepler (1571-1630), William Harvey (1578-1657), Blaise Pascal (1623-1662), Robert Boyle (1627-1691) gibi bilim adamları ve düşünürler hümanist temelli fikirleriyle toplumsal değişime (rönesansın doğuşuna) katkıda bulunuyorlardı.

Ekonomik alanda kapitalizm gelişip yaygınlaşırken, işçi ve işveren arasındaki ilişkiler de feodal bilinç/kültür ve dinin belirlediği inanç dünyasının egemenliği altında ona uygun olarak biçimlenmekteydi. Dolayısıyla da, gerek işveren gerek işçi gerekse de toplum, işçinin iş kazası yapmasını, bunun sonucunda yaralanmasını, sakat kalmasını ya da hayatını kaybetmesini alın yazısı olarak kabullenilmekteydi.

İş kazaları dışında işe bağlı olarak işçilerde ortaya çıkan hastalıkların, her insanın hastalanması gibi normal görüldüğü, bireysel ve toplumsal olarak da kader ile açıklandığı, benimsendiği bir dönemdir. Bu egemen düşünceye rağmen bir kısım hekim, özellikle Bernardino Ramazzini (1633-1714) yaptıkları çalışmalarla işçilerde ortaya çıkan bazı hastalıkların işleriyle ilgili olduğunu göstermiş ve bu hastalıkları tarif ederek tedavi yollarını da ortaya koymaya çalışmıştır.

Louis-René Villermé'nın 'İpek, Pamuk ve Yün Manifaktürlerinde Çalışan İşçilerin Fiziksel ve Ruhsal Durumları' adlı yapıtında çocuk işçilerin çalıştırılma koşulları ve sağlıklarına ilişkin çalışmasının önemli rol oynar.

- 1842 Ekim; Paris'te işten çıkarmalarla sonucu işsiz sayısının 150.000'e ulaşması...

- 1844 Mart; Rive-de-Gier (Loire) bölgesinde maden işçilerinin kendilerine dayatılan çalışma koşullarına karşı greve gitmeleri...

- 1845 Haziran; doğrama işlemindeki işçilerin ücretlerin artırılması için greve gitmeleri ve askerlerin işverenin emrine (ilk kez) verilmesi...

- 1848 Şubat; dernek kurma hürriyeti, tüm yetişkinlerin oy kullanma hakkı ve çalışma hakkı için Paris'te büyük bir gösterinin düzenlenmesi...

- 1848 Haziran; Marsilya' da işçi ayaklanması, Paris'te işçi isyanı ve kanla bastırılması, 25.000 işçinin gözaltına alınması ve 10.000' inin tutuklanması...

- 1848 Haziran; Mart ayında çıkarılan yasanın iptal edilerek çalışma süresinin tekrar günde en az 12 saat olacak şekilde düzenlenmesi...

- 1848 Eylül; Mart ayında çıkarılan yasal düzenlemeye atıf yaparak, günlük çalışma süresinin Paris'te 10, diğer illerde 11 saat olarak belirleyen yeni yasal düzenleme*... Aynı yasal düzenlemede 'işçi simsarlığı' (işçi ticareti, taşeronluk) yapılmasının da yasaklanması³...

- 1849 Mart; işçilerin ve işverenlerin bir araya gelmelerini yasaklayan yasal düzenleme...

**30 Haziran 1848'de yeni bir yasal düzenleme ile minimum günlük çalışma süresi tekrar 12 saate çıkarılmıştır.*

- 1849 Kasım; grev yasağını hatırlatan yeni yasal düzenleme...

- 1853 Haziran; kamu çalışanları için emekli sandığının kurulması...

- 1854 Haziran; işçilere ait kişisel bilgileri gösteren işçi karnesinin yenilenmesinin zorunlu kulan yasal düzenleme...

- 1864 Mayıs; yasak olmasına rağmen işçi grevleri...

- 1864 Ağustos; işçilerin bir araya gelmelerini ve grev yapmayı yasaklayan yasanın kaldırılması...

- 1865 Temmuz; Uluslararası İşçiler Derneği'nin Fransa biriminin kuruluşu...

- 1866 Eylül; Cenevre'de toplanan Uluslararası İşçiler Derneği'nin işçi kadın ve çocukların korunması ve günlük çalışma süresinin 8 saat olmasına ilişkin kararı...

- 1868 Temmuz; ölüm ve iş kazalarına için ikili sosyal güvenlik kurumunun oluşturulması...

- 1868 Ağustos; işçilerin ve işverenlerin mahkemelerde eşit söz haklarına sahip olmalarına ilişkin yasal düzenleme...

- 1869 Mart; zorunlu işçi karnesinin kaldırılması...

- 1871 Mart; Paris ve diğer büyük şehirlerde Komün'lerin kuruluşu... ve aynı yıl içinde yıkılışları...

- 1872 Nisan; parlamentoda işçilerin çalışma koşullarına ilişkin komisyon oluşturulması...

- 1874 Mayıs; iş müfettişliği oluşturularak

- 12 yaşından küçük çocukların çalıştırılması yasağının,

- günde 6 saati geçmemek üzere 10 yaşından küçük çocukların iş yaşamına girebileceğinin,

- 12 yaşından büyüklerin günde 12 saat çalıştırılabileceklerinin,

2. İşveren İşçi İlişkisinde Mutlak Serbestlik Dönemi (Liberal Kapitalist Dönem)

Yaklaşık 19. yüzyılın başından 20. yüzyılın başına kadar ki dönem, Batı Avrupa' da, liberal kapitalist dönem olarak kabul edilmektedir. Ortaçağın özgür ve bilimsel düşünceyi zincirleyen ve tek yönlü bağnaz, kısır düşünce sistemine karşı aydınlanmanın yaşandığı bir başkaldırı dönemidir. Din ya da tanrı merkezli düşünce ve toplumsal yapı yerine eleştirel aklın öne çıktığı ve buna uygun toplumsal düzenleme arayışlarının da başladığı bir dönemdir.

Descartes, Montesquieu, Voltaire, Rousseau, Bacon, Locke, Immanuel Kant, vb. düşünürlerin geliştirdiği düşünceler liberal kapitalizmin gelişimine de önemli etkiye bulunmuştur. Düşünce alanındaki bu gelişme ve liberalleşme siyasal alanda mutlakiyetçi, kişi haklarını ve özgürlüklerini tanımayan siyasal rejimlerin yerine güç ayrımını benimseyen, herkese gelir ve kültür düzeyi ne olursa olsun, teoride eşitlikler getiren demokrasi anlayışı, işçi ve işveren ilişkilerine de yansımıştır. Bu değişim son derece sancılı ve önemli toplumsal kargaşalar, isyanlarla birlikte olmuştur.

Bilim dünyasındaki icatlar ve bunların çalışma yaşamında ya-

rattığı teknolojik gelişmeler ve yenilikler kişisel randımanı da, üretimi de büyük ölçü arttırmıştır. Yaratılan değerlerin ve zenginliklerin; adaletsiz paylaşımı, toplum kesimlerinin bundan eşit oranda pay alamaması sonucu yoksulluk yaygınlaşmıştır. İşçiler, düşük ücretle ve uzun saatler boyunca olumsuz çalışma ortamlarında yaşamlarını geçirmek durumunda bırakılmaları karşısında, daha iyi çalışma ve yaşam koşulları talepleri için işverenlerle karşı karşıya gelmişlerdir. Karl Marx, Friedrich Engels işçilerin yoksulluğunun, sömürünün maddi temellerini ortaya koyan çalışmalar yaparken, Emile Zola, Oliver Twist vb. yazarlar, işçilerin o dönemde yaşadıkları olumsuz çalışma ve yaşam koşullarını son derece gerçekçi bir şekilde romanlarında dile getirmişlerdir.

Dr. Louis-René Villermé 1840 yılında, Fransa manifaktür üretiminde işçilerin çalışma şartlarına ışık tutmuştur. Manifaktür üretimindeki son derece kötü çalışma koşullarının çalışan yetişkin ve çocukların sağlıkları üzerine yaptığı olumsuz etkileri 'İpek, Pamuk ve Yün Manifaktürlerinde Çalışan İşçilerin Fiziksel ve Ruhsal Durumları' raporunda bilimsel olarak ortaya koymuştur. Altı yaşın altındaki çocuklar yürek parçalayıcı koşullar altında günde 10 saat çalıştırılmaktadır. Çocuk işçilerin manifaktürlerde henüz

- kadın işçilerin 21, erkek işçilerin de 16 yaşından sonra gece postasında çalıştırılabileceklerinin

- haftalık zorunlu dinlenmeye uyulmasının izlenmesi için yasal düzenleme...

• 1884 Mart; işçilerin ve işverenlerin sendika kurlmalarına ve sendikal çalışma yapabilmelerine ilişkin yasal düzenleme...

• 1889 Şubat; günlük çalışma süresinin 8 saat olmasına yönelik gösteri düzenlenmesi...

• 1890 Mayıs; 1 Mayıs'ın uluslararası işçi bayramı olarak ilk kez kutlanması...

• 1890 Temmuz; işçi karnesi zorunluluğunun iptaline ilişkin yasal düzenleme...

• 1891 Kasım; Pas-de-Calais maden ocağındaki büyük grev sonrasında ilk defa sendikalar ile işverenler arasında toplu sözleşme imzalanması...

• 1892 Kasım; işyerlerinde çalışanları sağlıklarının korunması için oluşturulan iş güvenliği ve iş hijyeni kurallarına uymalarının izlenmesi ve denetlenmesi doğrultusunda iş müfettişlerinin iş yerlerine girmelerine ilişkin yasal düzenleme...

• 1892 Kasım; 1874 yılında yapılan düzenlemenin iyileştirilmesi,

- çocukların 13 yaşından itibaren çırak olarak çalışmaya başlayabilecekleri...

- 16 yaşından küçük çocukların günlük çalışma süresinin 10 saati geçmeyeceği...

-16-18 yaş arasındaki çocukların günlük çalışma süresinin de 11 saati geçmeyeceği...

• 1892 Aralık; işverenler ve işçiler arasında ortaya çıkan uyuşmazlıkların giderilmesi doğrultusunda hakemlik mekanizmasının oluşturulması...

- 1893 Şubat; 1892' de çıkarılan yasal düzenlemedeki iş güvenliği ve hijyenine ilişkin düzenlemelerin iyileştirilmesine ilişkin düzenleme (ilk koruyucu yasal düzenleme...)

- 1894 Mart; endüstriyel ortama ilişkin normların oluşturulması...

- 1894 Haziran; işçi emekli sigortası ve maden işçileri için sağlık sigortasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1898 Nisan; iş kazalarına ilişkin ilk yasal düzenleme... Bu düzenleme ile ilk defa işveren iş kazalarından sorumlu tutulmuş ve iş kazasına bağlı sağlık giderlerinin, iş kaybı gücünün de işveren tarafından ödenmesi kabul edilmiştir. Örneğin, iş kazaları konusundaki ilk yasa Almanya'da 1884, Fransa'da 1898 yılında kabul edilmiştir.

- 1899 Ağustos; işçi ve işveren sendikalarının çalışma koşullarına ilişkin; asgari kuralları, çalışma süresi, ücret, evde istirahat vb sosyal normların birlikte belirlenmelerine ilişkin düzenleme...

Müdahaleci Kapitalist Dönem ⁵⁻⁶⁻⁷

'Tarih; geçip giden zamanın görgü tanığıdır, gerçeğe ışık tutar, belleği tazeler, gündelik hayata rehberlik eder, bize eski çağlardan haber verir.' **Çiçero**

- 1900 Mart; günlük çalışma süresinin 1902 yılında itibaren 10.5 saatle, 1904 yılından sonra da 10 saatle sınırlandırılmasına ilişkin yasal düzenleme... Kadın ve çocuk işçilerde ise günlük çalışma süresinin 10 saat ile sınırlandırılmasına ilişkin düzenleme...

- 1900 Eylül; Millerand yasası; haftalık çalışma süresinin 60 saatle sınırlandırılması ilişkin yasal düzenleme...

daha çocuk iken sağlıklarını yitirmeleri, sakat kalmaları başka toplumsal sorunlara yol açmıştır. Bunların başında da savaşa katılabilecek genç sağlıklı kuşakların işyerlerinde çocuk yaşta kötü çalışma koşulları nedeniyle sağlıklarını kaybetmeleri, hastalıklı ve sakat durumları nedeniyle askerlik yapamayacak duruma gelmeleri, savaşa katılacak genç nüfusun azalması gelmektedir.⁴ Dr. Villerme'nin raporu 8 yaşından küçük çocukların çalışmalarını yasaklayan yasanın -bir yıl sonra- çıkmasına önemli katkı sağlamıştır.

Bu dönem işçi işveren ilişkilerinde her türlü yetkinin ve gücün işverenlerde olduğu, işverenlerin kanun önünde ayrıcalıklı kıldığı, iş sözleşmesinin hiçbir kurala bağlanmadığı ve patronun tek söz sahibi olduğu dönemdir. O kadar ki, ücret uyuşmazlığı davalarında işçilerin değil işverenin ifadesinin geçerli olduğuna ilişkin yasaların çıkarıldığı bir dönemdir.^{*8}

Bu dönemde işçilerin yaşam koşulları kısa ve ana başlıklarla;

- işçi çocukların dört-beş yaşlarında aileleri ile birlikte fabrikalarda çalıştırıldığı,
- işçilerin son derece düşük ücretle, çocuk ve kadın işçilerin de erkek işçilere göre çok daha düşük ücretle çalıştırıldığı,
- işçilerin günlük çalışma sü-

* 21 mars 1804. Code civil (article 1781). Bu yasal düzenleme 1866 da kaldırılmıştır.

- relerinin 14-16 saat olduğu ve dinlenme molalarının verilmediği ya da nadiren verildiği,
- iş kazalarının sıklıkla ortaya çıktığı ve özellikle de makinelere kaptırılan parmak ezilmelerinin, kopmaların sıradan hale geldiği,
 - başta solunum sistemi hastalıkları olmak üzere meslek hastalıklarının yaygın olarak görüldüğü ve ağır sağlık tabloalarının görüldüğü,
 - işyerinde hijyen kurallarının sağlanmadığı ve işçilerin sağlıklarının önemsenmediği, işçilerin yaşam standartlarının çok düşük olması nedeniyle yaşam sürelerinin diğer toplumsal kategorilere göre daha düşük olduğu,
 - işçilerin bir araya gelerek örgütlenmelerinin yasaklandığı⁹ şeklinde belirtilebilir.

Bu dönem aynı zamanda işçilerin daha iyi çalışma ortamı ve yaşam koşulları için sıklıkla ayaklandıkları, bu ayaklanmaların da acımasızca, kanla bastırıldığı bir dönemdir.

Bu dönemde hemen hemen tüm Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaygın olarak ortaya çıkan ve uzun yıllar boyunca devam eden binlerce irili ufaklı işçi ayaklanmalarını ve ayaklanma taleplerini de kısaca hatırlamak amacıyla birkaç örnek vermekle yetineceğiz¹⁰:

- 1901 Ağustos; 'Birinci Uluslararası İşçi Sendikası'nın Kopenhag toplantısı...

- 1901; İşçilerin Hukuki Korunması Uluslararası Derneği'nin kuruluşu...

- 1903 Temmuz; tüm endüstriyel üretim yapan işyerlerinde iş hijyeni ve iş güvenliğine ilişkin yasal düzenlemenin çıkarılması... işverenlerin yasaya uymayı reddetmeleri, işçileri işten çıkararak evde iş yapanların işe alınması girişimleri ve bu politikalara karşı 800.000 işçinin eylemi...

- 1903 Ekim; 40.000 tekstil işçisinin greve gitmesi...

- 1905 Haziran; maden işçilerinin günlük çalışma süresinin 8 saate indirilmesine ilişkin kanuni düzenleme...

- 1905 Temmuz; iş sözleşmesine ilişkin yasal düzenleme...

- 1906 Şubat; işçilerin emekliliklerine ilişkin yasal düzenleme...

- 1906 Mart; Courrières felaketi Avrupa'nın en önemli kömür madeni felaketi olup gruzi patlaması sonucu 1 099 işçi hayatını kaybeder. Kaza sonrasında 60.000 işçi 55 gün süren greve gider. Maden kazası politik bir krize ve sosyal olaylara neden olur. Mayıs ayına kadar süren grevler diğer ülkelere de yayılır. Ordunun müdahalesi ile bastırılır*.

- 1 Mayıs 1906; günlük çalışma süresinin 8 saate indirilmesine ilişkin gösteri ve şiddet olayları... Hükümetin olağanüstü hal ilanı...

- 1906 Temmuz; işçilerin haftada 24 saatlik dinlenmesine ve Pazar gününün de resmi dinlenme günü olmasına ilişkin yasal düzenleme...

* Haftalık dinlenme günü bu grevlerin ve sosyal olayların sonrasında gündeme gelmiş ve yasalaşmıştır.

- Kasım 1906; çalışma bakanlığının oluşturulması...

- 1907 Temmuz; evli işçi kadınların çalışmalarının karşılığı olan ücretlerini kendilerinin almalarına ilişkin yasal düzenleme...

- 1908 Mayıs; Paris'te işçi grevleri ve Haziran ayında ordunun kanlı müdahalesi, 6 işçinin ölümü...

- 1909 Kasım; doğum yapan kadınların işlerini kaybetmemeleri için iş güvencesinin sağlanmasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1909 Aralık; işçilere 15 günlük aralarla, büro işçilerine ise aylık olacak şekilde ücretlerinin düzenli ödenmesine ilişkin yasal düzenleme

- 1910 Nisan; işçilerin ve çiftçilerin emeklilik yaşını 65 olarak belirleyen yasal düzenleme...

- 1910 Kasım; demiryollarında ücretlerin arttırılması için genel grev ve grev komitesinin tutuklanması...

- 1910 Aralık; iş kanununun oluşturulması...

- 1912 Mart; maden işçilerinin günde 8 saat çalışmasına ilişkin düzenleme...

- 1912 Aralık; İşçi Sendikaları Konfederasyonu CGT'nin yaklaşan savaşa karşı genel greve gitmesi...

- 1914 Şubat; yaklaşan savaşa karşı işçi sendikalarının ortak grevi...

- 31 Temmuz 1914; Birinci Paylaşım Savaşı' nın başlaması...

- 1915 Mart; sabit ücret, günlük çalışma organizasyonu vb. ilişkin toplu sözleşmeye yönelik yasal düzenleme...

- 1915 Temmuz; evde çalışan konfeksiyon işçilerine asgari ücret ödenmesine ilişkin yasal düzenleme...

- Luddites ayaklanmaları; 1811 yılı itibariyle başlayan ayaklanma tipidir. Ned Ludd, genç bir tekstil işçisi ve tehlikeli isyanın da yöneticisi olarak öne çıkmıştır. Bu isyanlarda işçiler (Luddites isyanları 1780-1820) makineleri kırıp parçalıyordu. Bu saldırgan işçi hareketi işçilerin üretimin temeli olan makinelerin çalıştırılması için işe alınmaları, aynı zamanda da makineleşme ile birlikte de işlerini kaybetmelerine duydukları tepkiydi. Bu tip ayaklanmalar 1830'lu yıllardan itibaren sona ermiştir.

- 1819 Manchester'da Peterloo işçi isyanı; işçilerin maruz bırakıldığı kötü/insanlık dışı yaşam ve çalışma koşullarına karşı 80.000 işçi ayaklanır. Şiddet eylemlerinin de yoğun olarak yaşandığı önemli bir işçi ayaklanması olarak tarihte yerini almıştır.

- Meşhur Canuts ayaklanması; 1831 yılında Fransa/Lyon ipek dokuma işçileri işverenlerin yeni ücret düzenlemesi adı altında ücretlerin düşürülmesine ve işten çıkarmalara karşı ayaklanırlar ve şehrin denetimini ele geçirirler. Ordunun müdahalesi ile ayaklanma kanlı bir şekilde (çok sayıda işçinin yaralanması, ölümüyle) bastırılır.

- 1871 Paris Komünü; daha iyi bir yaşam ve toplumsal düzen için işçiler ve yoksul halk ayaklanarak Paris'in birçok bölgesini ele geçirirler. Birçok şehirde de aynı şekilde komünler kurulur. Bu ayaklanma ordunun müdahalesiyle kanlı bir şekilde (30 000'den fazla insanın ölümüyle) bastırılır.
- İşçi hareketleri sendikal örgütlenmeler (kalifiye işçilerden olan önderleri) ve siyasi partilerin de (işçi partisi) etkisiyle daha da gelişir. Özellikle de 1865 ve 1875 yılları arasında dokuma ve maden sektöründe sendikalaşma çabaları artar.
- ABD' de de 'sosyal hareketler' 1860 yılından itibaren artmaya başlar ve 'işçi süvarileri' adı verilen işçi temsilcilerinin önderliğinde sendikal hareketler yeni bir iş yasası düzenlenmesini talep ederler. İşçilerin hızla desteğini kazanan ve büyüyen sendikal örgütlenme 1885 yılında 100.000 olan üye sayısını bir yıl içinde 729.000 çıkarır.
- ABD' de 1881-1886 yılları arasında işçi örgütlenmeleri sayı ve güç olarak gittikçe artar. Bu dönemde yapılan yaklaşık 3.000 greve katılan işçi sayısı bir milyonu aşar.
- 1916 Kasım; silah fabrikalarında çalışan işçilerin ücretlerinin düşürülmesine karşı işçilerin ilk grev girişimleri...
- 1917 Haziran; metal işçilerinin grevi...
- 1917 Haziran; hafta sonu tatiline ilişkin yasal düzenleme...
- 1917 Haziran; savaş süresince fabrikalardaki atölyelerde işçilerin grev yapmalarının önlenmesi amacıyla yönelik gözetimcilerin oluşturulmasına ilişkin yasal düzenleme...
- 1917 Ekim; Rus Devrimi ve sosyalist bir devletin ortaya çıkışı...
- 1918 Mayıs; Paris'teki silah fabrikalarında 100.000 işçinin grevi...
- 1918 Mayıs; savaş bölgesi Loren ve diğer bölgelerde savaş sanayinde yaygın grevler...
- 1918 Ekim; İspanyol gribi salgını ve Fransa'da 200 ile 400 bin kişinin ölümü...
- 1918 Aralık; en büyük İşçi Sendikaları Konfederasyonu CGT'nin minimum programını ilan etmesi; programda günlük çalışma süresinin 8 saat olarak belirlenmesi, ülkenin dışarıda kaynak arayışını bırakarak kendi kaynaklarına yönelmesi vb... ilanı
- 1919 Nasyonal Sosyalist (fascist) hareketlerin ortaya çıkışı...
- 1919 Mart; toplu sözleşmeye ilişkin yasal düzenleme...
- 1919 Nisan; günlük çalışma süresinin 8, haftalık çalışma süresinin de 48 saatle sınırlandırılmasına ilişkin yasal düzenleme...
- 1919 Mayıs; 1 Mayıs genel grevi... çatışmalar...bir işçinin ölümü..
- 1919 Haziran; haftalık çalışma süresinin 44 saat olması talebi ile tüm metal sanayiinde yaklaşık 1 ay süren grevler...

- 1919 Ekim; 1898 yılında çıkarılan iş kazalarına ilişkin düzenlemeye olduğu gibi meslek hastalığı tanısı alan işçilerin de aynı şekilde yararlanmasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1919 Kasım; Hristiyan İşçi Sendikaları Konfederasyonu' nun kuruluşu...

- 1919 Kasım; Uluslararası Çalışma Örgütü' nün (ILO) kuruluşu...

- 1920 Mart; kuzey maden bölgesinde maden işçilerinin grevi...

- 1920 Nisan; yaklaşan 1 Mayıs ve talepler için CGT demiryolları sendikasının grevi...

- 1920 Mayıs; maden işçilerinin, liman işçilerinin daha sonra toplu taşıma, inşaat, deniz ulaşımı işçilerinin grevlere katılımı... gaz elektrik, orman işçilerinin katılımı ile grevin yaygınlaşması... Hükümetin CGT' yi kapatma girişimleri, hükümetin toplu ulaşım el koyarak demiryolu işçi sendikası yöneticilerinin tutuklanması... 22 Mayıs'ta CGT' nin demiryolları hariç grevi sonlandırması... Mayıs sonunda demiryolu işçilerinin taleplerinin kabulü ve grevin sonlandırılması...

- 1920 Temmuz; kadın işçilerin eşlerinden izin almaksızın sendikalara üye olabilmelerine ilişkin düzenleme...

- İtalya'da Nasyonal Faşist Parti'nin kuruluşu...

- 1921 yılı; CGT' de iç karışıklıklar...

- 1922 Ekim; İtalya'da Mussolini'nin Roma Yürüyüşü...

- 1922 Ağustos; Havre liman işçilerinin grevi, güvenlik güçleri ile çatışma ve üç işçinin ölümü... CGT 'nin genel grev grevi...

- 1924 Ağustos; atölyelerde, endüstriyel ve ticari işletmelerde, inşaat sektöründe çalışan işçilerin

1886 yılında tüm dünyada, Chicago'da 80.000 işçinin 8 saatlik çalışma için başlatmaları başkaldırı kanlı bir şekilde bastırılır. Günümüzde 1 Mayıs İşçi Bayramı bu ayaklanmanın anısına her yıl kutlanmaktadır.

19. yüzyılın ortalarından itibaren başlayan sanayileşme döneminde, makineleşme, büyük işletmelerin ortaya çıkışı vb. iş kazalarının da hızla artmasına yol açmıştır. İş yerlerindeki zorlu çalışma koşulları, işçilerin yaşadıkları sefalet ve ızdıraba karşı giriştikleri ayaklanmalar ve isyanlardaki temel taleplerde, ücretlerin arttırılması, günlük çalışma süresinin azaltılması, iş kazası mağduru işçilere tazminat verilmesi, işten çıkarılan işçilere işsizlik ödeneği verilmesinin vb. öne çıktığı görülmektedir. İşçi eylemlerine ve taleplerine karşı hükümetler sessiz kalamazlar. Hükümetlerin, işverenlere, iş kazalarını önleme yönünde kural getirmediği ve işyerlerine yönelik herhangi bir denetim ve önleyici tedbir düşüncesinde de olmadığı görülmektedir. Bu politika, yani işçilerin uğradıkları zararın işverenlerce karşılanması, zararın tazmini gerçek yaşamda çok az sayıda işçinin zararının karşılanması ile sınırlı tutulmuştur. Yaşanan adaletsizlikler işçilerin ve toplumun vicdanını tam olarak rahatlatmaktan uzak kalmıştır.

Sanayi devrimi sürecinde işçi ve işveren ilişkilerine egemen olan 'serbest sözleşme/ sözleşme özgürlüğü' ilkesi; işçilere uzun çalışma saatlerini, sağlıklarının koruması önlemlerinden yoksun ve yetersiz ücret karşılığında çalışmayı kabullendirme işlevi görmüştür. Örneğin sözleşme serbestisi temelinde sözleşme yapan iki tarafın (işçi ve işveren) arasındaki ekonomik eşitsizliğin son derece belirgin olduğu bir durumda, sözleşme özgürlüğünün sözde kalacağı ve güçlü olan işveren tarafından güçsüz durumdaki işçinin sömürülmesine hizmet ettiği açığa çıkmıştır. İşveren ve işçinin eşit, özgür bireyler olarak bir araya geldikleri, anlaşlıklarına ilişkin tüm söylemler hızla anlamsızlaşmıştır. Tüm bunların ortaya çıkardığı sorunlar ve bunların neden olduğu toplumsal gelişmeler hükümetleri belli bir aşamadan sonra müdahil olma zorunda bırakmıştır. Liberal kapitalist dönemin sonlarına doğru hükümetlerin çalışma yaşamına daha müdahaleci olmaya başladıkları ve emredici kurallar getirmeye başladıkları bir sürece girilmiştir. Bunda bilinçlenen ve örgütlenen işçilerin çalışma koşullarının belirlenmesinde işveren ve hükümetler karşısında önemli bir pazarlık gücüne kavuşmaları önemli rol oynamıştır.

sağlıkları ve güvenlikleri ile ilgili düzenleme...

- 1925 Ocak; kamu çalışanlarına sendikal haklarının tanınması...

- 1925 Ekim; Fas'ta yürütülen savaşa karşı CGTU'nun genel grevi...

- 1925 İtalya'da faşizm yasalarının çıkarılması ve tüm anti-faşist örgütlerin kapatılması...

- 1926 Ağustos; ABD' de Sacco et Vanzetti'nin idam edilmelerinin önlenmesi için CGTU' nun genel grevi...

- 1928 Mart; endüstriyel üretimde ve ticari sektörlerinde çalışan işçilerde sosyal güvenliğin zorunlu kılınmasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1928 ILO Genel Konferansı'nın gündemi: iş kazalarının önlenmesi...

- 1929 Ağustos; uluslararası savaşa hayır gününü destek amacıyla genel grev...

- 1929; kapitalizmin büyük krizinin başlangıcı...

- 1930 Nisan; sosyal sigorta yasası düzenlemesi...

- 1930 Mayıs; 100.000 tekstil işçisinin ücretlerin düşürülmesine karşı grevi...

- 1930 Temmuz; sosyal güvenlik yasasının uygulamaya girişi...

- 1932; krize karşı politikalar... 2. Dünya Savaşı'na kadar süren ekonomik krize karşı (savaş sonrasında da egemenliğini sürdürecektir olan) Keynes' in ekonomik-siyasi anlayışının (refah devleti, ulusal kalkınmacı devlet; sanayide, çalışanların ücretlerinde önemli artışların yapılması, sendikal hakların teşviki, büyük kamu projeleri, işsizlere iş yaratılması vb. ile talep) yükseltilmesi, ekonomide canlanmanın sağlanması...

- 1932 Ocak; aile yardımına ilişkin yasal düzenleme...

- 1932 Mart; aile yardımının tüm işçileri kapsamına ilişkin yasal düzenleme...

- 1932 Ağustos; Amsterdam'da emperyalist savaşa karşı uluslararası konferansın düzenlenmesi...

- 1933 Haziran; Hitler' in 30 Haziran' da Almanya' da iktidara gelmesi ve faşizme karşı Paris'te konferans...

- 1933 Haziran; savaşa ve faşizme karşı uluslararası Amsterdam-Playel Komitesi' nin oluşturulması...

- 1934 Ocak; CGTU' nun yasaklanmasına rağmen gerçekleştirildiği protesto gösterisi, polisin ateş açması ve 6 kişinin ölümü...

- 1934 Şubat; faşizme karşı genel grev...

- 1934 Kasım; İş, Özgürlük ve Barış Halk Cephesi'nin kuruluşu...

- 1935 Şubat; tüm Fransa'da halk cephesinin desteklenmesine ilişkin büyük gösteriler...

- 1936 Mayıs; halk cephesinin seçimleri kazanması ve iktidara gelişi...

- 1936 Mayıs; birçok ilde işçilerin 1 Mayıs gösterilerine katıldığı için işten atılan işçilerin işlerine dönmeleri için fabrikaları işgal etmeleri...

- 1936 Haziran; ücret kaybı olmaksızın haftalık çalışma süresinin 40 saatle sınırlandırılması, 15 gün ücretli izin, işyerlerinde işçi temsilciliğini oluşturulması ve sosyal güvenlik yasasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1936 Haziran; haftalık dinlenme gününe Cumartesi gününün de dahil edilmesi ve 1919 yılında çıkarılan toplu sözleşme hükümlerinin iyileştirilmesi...

- 1936 Temmuz; İspanya iç savaşı...

3. İşveren İşçi ilişkilerinde Devletin Müdahaleci Dönemi (Müdahaleci Kapitalist Dönem)

Liberal kapitalist dönemin sonlarına doğru devletin işçi işveren ilişkilerine müdahil olma anlayışı daha da belirgin hale gelmiştir. Müdahaleci kapitalist dönemde devlet, sadece işveren işçi ilişkilerine ve çalışma yaşamına müdahale etmekle kalmamış ekonomi başta olmak üzere eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, barınma, ulaşım, enerji vb. alanları da kapsayan müdahale politikaları bütünlük kazanarak devam etmiştir. Devletin geniş toplumsal kesimlerden yana politik müdahalelere giriştiği ve buna uygun olarak devletin de kendisini yeniden yapılandığı görülür. Devletin kendisini yeniden üretmesinde; sanayileşmiş ülkeler arasında patlak veren pazar paylaşımı (dünya savaşları) ve bu savaşlar sonrasında ortaya çıkan sosyalist devletler, sanayileşmiş ülkelerdeki işçi sınıfının bilinç düzeyi ve örgütlülüğü, sömürge durumundaki ülkelerin ulusal kurtuluş savaşları sonucunda yeni ve bağımsız devletler haline gelmeleri önemli rol oynamıştır.

İşçilerin vücut bütünlüklerinin iş kazaları nedeniyle bozulmasının ve meslek hastalıkları nedeniyle sağlıklarını kaybetmelerinin yol açtığı sonuçların tazmininin ye-

tersiz kalması, kazaya uğrayan işçilerin büyük bir çoğunluğunu kapsayamaması, yaşanan toplumsal adaletsizlikler vb. nedenler devleti daha müdahaleci ve yapar-tırmacı bir rol üstlenmeye itmiştir. Bir önceki dönemde uygulamaya giren iş kazaları ve meslek hastalıklarının yol açtığı zararın tazmini politikaları, iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi yaklaşımı ile birlikte bütüncül bir politik anlayışla ele alınmaya başlamıştır. Böylece iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi düşüncesi kaçınılmaz olarak çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelmiştir. Bu amaca uygun politikaların ve uygun kurumların oluşturulması adımları 1920-1930 yıllarına doğru atılmıştır. Ancak asıl süreç İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında devletlerin sosyal politikalara ağırlık vermeleri ve toplumun dezavantajlı kesimlerinin yararına eğitim, sağlık, sosyal yardımlar, barınma, ulaşım vb. birçok toplumsal alana ilişkin politikalar kendisini çalışma yaşamında da göstermiştir.

Bu gelişim, kaçınılmaz olarak kişi hak ve hürriyetlerine ilişkin birçok kavramın içeriğini derinleştirmiş ve zenginleştirmiştir. Örneğin sağlık kavramı hasta olmamanın ötesinde kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali olarak yeniden tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya uygun olarak da kişilerin sağlıklarının korunması

- 1936 Aralık; işçi işveren uyumazlıklarında hakemlik ve uzlaştırma kurulunun oluşumuna ilişkin yasal düzenleme...

- 1937 Şubat; Halk Cephesi Hükümeti' nin reformlara ara vereceğinin ilan etmesi...

- 1937 Mart; sol güçlerin gösterisine polisin ateşe açması ve 6 kişinin ölümü...

- 1937 Haziran; sermayeye yeni güçler sağlayan yasanın mecliste reddedilmesi ve hükümetin istifası...

- 1938 Mart; ücretlerin mobil eşel sistemine göre düzenlenmesine ilişkin yasa...

- 1938 Mart; halk cephesinin 2. kez hükümeti kurması...

- 1938 Mart; toplu sözleşmelerin yenilenmesi talebi ile işçilerin fabrika işgallerine başlaması...

- 1938 Nisan; Halk Cephesi Hükümeti' nin düşürülmesi...

- 1938 Kasım; haftalık 40 saat çalışma, toplu sözleşme ve işyerlerinde işçi temsilciği yasal düzenlemesinin işçilerin aleyhine olacak şekilde değişikliklere gidilmesi...

- 1938 Kasım; işçilerin genel greve gitmeleri, genel grevin güvenlik güçlerince ezilmesi, patronların ve hükümetin (kamu işletmelerindeki) grevcileri toplu olarak işten çıkarması...

- 1939 Eylül; İkinci Paylaşım Savaşı' nın başlangıcı...

- 1940 Haziran; Alman ordu-sunun Paris'e girmesi ve teslimiyet anlaşmasının imzalanması...

- 1940 – 1943 Fransa'nın işgal dönemi ve işbirlikçi Vichy Hükümetinin kuruluşu...

- 1940 Kasım; işçi sendikaları konfederasyonlarının yasaklanması ve feshi...

- 1941 Mayıs; kuzeydeki madden işçilerinin grevi...

• 1943 Şubat; 1920-1922 yılları arasında doğanlara zorunlu çalışma getiren çalışma...

• 1943 Mayıs; Alman işgaline direniş ve 1 Mayıs gösterilerine çağrı...

• 1944 Ağustos; Paris'te demiryolu işçilerinin grevi...

• 1944 Ağustos; işçi sendikalarının Paris'te genel grev çağrısı ve Paris'in kurtuluşu...

• 1944 Temmuz; İşgal Hükümeti Vichy'nin çıkardığı çalışma yaşamına ilişkin düzenlemelerin iptali... işçi sendikalarının yeniden açılmaları...

• 1944 Aralık; kuzeydeki kömür madenlerinin millileştirilmesi...

• 1945 Ocak; kadın işçilere doğumdan önce 2 sonrasında da 6 hafta doğum izni verilmesi...

• 1945 Ocak; Renault otomobil fabrikasının millileştirilmesi...

• 1945 Ocak; işyerlerinde işçi komitelerinin oluşturulması...

• 1945 Şubat; 100' den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde işyeri komitelerinin kurulması (seçimle işçi üyelerinin belirlenmesi, işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin aylık olarak görüşlerinin alınması), 500' den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde yönetime katılmalarına ilişkin yasal düzenleme...

• 1945 Nisan; büyük sigorta şirketlerinin millileştirilmesi...

• 1945 Mayıs; Almanya'nın teslimi ve İkinci Paylaşım Savaşı'nın sona ermesi...

• 1945 Mayıs; işçi sendikalarına ilişkin olarak temsiliyet, üyelik aidatı, işverenlerden bağimsızlıkları, toplu görüşme yetkisi vb. ilişkin düzenleme...

• 1945 Aralık; Fransa'da 4 bankanın millileştirilmesi...

• 1946 Nisan; gaz ve elektrik işletmelerinin millileştirilmesi...

ve geliştirilmesinde de devletler/hükümetler sorumlu kılınmıştır.* Kişi sağlığının bu şekilde ele alınması, işyerlerinde çalışma ortamının ve çalışma koşullarının işçilerin sağlıklarını bozacak her türlü fiziksel, kimyasal, biyolojik ve ruhsal risklere karşı korunmaları anlayışı işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin önemli gelişmelere yol açmıştır. Geliştirilen bu yaklaşım kendisini hukuk normlarında ve yasal düzenlemelerde de göstermiştir.

İşçi sağlığının bu anlamda geniş boyutuyla ele alınması, kabul görmesi ve yaşam hakkı ile birlikte değerlendirilmesi işçi-işveren ilişkilerini de buna uygun olarak biçimlendirmiştir. Uluslararası insan hakları belgeleri ve bunların ulusal çağdaş anayasalarda yer almasını getirmiştir. Ülkelerin anayasalarında yer verdikleri yaşam hakkının tüm insanlar için olduğu gibi, işçiler için de kutsal ve temel bir hak olarak kabulü

**Dünya Sağlık Örgütü, "Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve bu hakkın da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır" Alma Ata Bildirisi 1978*

ile ilişkilendirilmiş ve yasal düzenlemelere de yansıtılmıştır.

Devletin sorumluluğu, yükümlülüğü temelinde işçilerin sağlık ve güvenliğine ilişkin bu yaklaşım kaçınılmaz olarak bunu sağlayacak yapılanmaların (işyeri hekimliği, işyeri hekimliği hizmetleri vb.) oluşturulması zorunluluğunu doğurmuştur. İşyeri hekimliği hizmetleri organizasyonunda görevlendirilecek kişilerin rolü, görevleri, yetkileri vb. tanımlanmak gereği ortaya çıkmıştır. İşyeri hekimliği merkezlerinin çalışmaları, görev ve yetkileri diğer resmi kuruluşlarla ilişkilendirilmesi, işçilerin (işçi temsilcileri, işyeri işçi komiteleri, işçi sendikaları) aracılığıyla bu çalışmalara katılımlarının sağlanması vb. ile yapı güçlendirilmiştir.

Bu dönemde işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin yaklaşımlar, bu alanda yaşanan gelişmeler ve bunların yasal düzenlemeler haline getirilmesi, oluşturulan hukuki normlar işgücünün basit bir şekilde korunmasına indirgenmemiş, işçinin fiziki ve psikolojik varlığı ile bir insan olarak algılanması doğrultusunda gelişmiştir.

Bu dönemin işçi işveren ilişkilerindeki ortaya çıkan daha iyi anlayabilmek için dönemin önemli olaylarını ve gelişmelerini kısa kronolojik olarak hatırlamak yararlı olacaktır.

• 1946 Mayıs; işyerlerinde işyeri komitelerinin kurulması için işçi sayısının 100'den 50'e indirilmesi...

• 1946 Haziran; posta işçilerinin grevi...

• 1946 Haziran; DSÖ'nün anayasasının oluşturulması ve "başlangıç" metninde, işçi sağlığı konusunun, sadece bazı hastalıklarla sınırlı olmadığı ve işçinin sağlığının bir insan hakkı olarak algılanmasının yer alması...

• 1946 Ekim; işyeri hekimliği servislerinin oluşturulması... (işyeri hekimliği servislerinin işyerlerinde zorunlu kılınması, finansmanın ve yönetimin işverence karşılanması ve işyeri komitesince de kontrollerinin yapılması ve bu servislerin çalışmalarını koruyucu sağlık hizmetleri temelinde yürütmesi amacını taşıması)

• 1946: sendika ve grev hakkının anayasal hak olarak kabulü...

• 1947 Mart; asgari yaşam ücretine ilişkin yasal düzenleme...

• 1947 Mayıs; 1 Mayıs gösterileri ve işçi talepleri...

• 1948 Eylül-Ekim; metal ve daha sonra kömür işçilerinin grevi...

• 1948 Aralık Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda, "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi"nin kabulü...

"herkesin yaşama ve kişi özgürlüğü ve güvenliğine hakkı vardır"

"adil ve elverişli koşullarda çalışma hakkı vardır" ve diğerleri...

• 1949 Kasım; bir günlük genel grev...

• 1950 Şubat; asgari ücrete ilişkin yasal düzenleme...

• 1950; kamu çalışanlarına grev hakkının tanınması düzenlemesi...

- 1950 Şubat; toplu sözleşmede çalışma koşulları ve ücrete ilişkin hiç bir kısıtlama olmaksızın öz-gürce pazarlık hakkına ilişkin düzenleme...

- 1951 Mart; toplu ulaşım sektörü işçilerinin grevi...

- 1952 Temmuz; ücretlere eşel mobil sisteminin getirilmesi...

- 1953 Ağustos; kamu sektöründe yaklaşık 4 milyon kişinin katıldığı yaygın grevler...

- 1955 Eylül; birçok şehirde işçi grevleri...

- 1956 Mart; ücretli iznin üç haftaya çıkarılmasına ilişkin düzenleme...

- 1956 Temmuz; Cezayir sa-vaşına karşı genel grev...

- 1957 Temmuz; toplu sözleşme anlaşma sağlanamaması durumunda zorunlu bir uzlaşma sü-resinin olmasına ilişkin düzenleme...

- 1958 Mayıs; kamu sektörün-de 1 Mayıs genel grevi...

- 1958; işini kaybeden işçilerin düzenli aylık gelir elde edebilme-lerine ilişkin işsizlik sigortasının çıkarılması...

- 1960 Kasım; Renault fabri-kasından 3.000 işçinin çıkarılması, grev ve gösteriler...

- 1962 Aralık; Renault fabri-kasında yıllık ücretli iznin dört haftaya çıkarılması ve ücretlerde %11 artış...

- 1963 Mart; maden işçilerinin grevi...

- 1963 Nisan; maden işçileri-nin grevinin başarıya ulaşması ve yıllık ücretli iznin 4 haftaya çı-karılması, ücretlerde %11 artış...

- 26 Temmuz 1963; kamu sek-töründe grev öncesi işverenin ha-berdar edilmesine ilişkin yasal düzenleme...

- 1966 Mayıs; genel grev...

4. İşveren İşçi İlişkilerinde Yeniden Serbestlik Dönemi (Neoliberal Kapitalist Dönem)

1980'e doğru, kapitalist sistem ile sosyalist sistem arasındaki rekabetin kapitalist sistem lehine doğru sonlanma eğilimi içine gir-mesi, teknolojik yenilikler ve üre-tim süreçlerindeki gelişmeler ya-şanan ekonomik krizlerle birlikte sistemin yeniden yapılandırılması tartışmaları, yeni politik yöne-limlerle birlikte yürütülmeye baş-lanmıştır. Sosyalist sistemin çök-mesi devlet merkezli tüm politi-kaların yanlışlığının bir göstergesi olarak topluma sunulmuş ve ta-rihin sonu vb. kavramlarla da ka-pitalizmin nihai zaferi ilan edile-rek sistemin yeniden yapılandı-rılması doğrultusunda hayatın her alanında 'reform'lar başlatıl-mıştır.

Sistem kendisini yeniden ya-pılandırırken yeni politik yöne-limler doğrultusunda toplumun rızasını almaya yönelik güçlü ideolojik argümanlar geliştiril-miştir:

- Sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, konut, haberleşme, ulaşım vb. ihtiyaçları hak olarak tanım-layan ve bu haklardan herke-sin yararlanmasını sağlamak zorunda olan devlet üzerine düşeni yapamamıştır.

- Bu hizmetlerin kaliteli ve ihtiyaçlarla orantılı olarak verilmesi, herkesin yararlanması için 'reform' gerekmektedir.
- Devlet hantal bürokratik yapılanması ile bu hizmet sunumunun altından kalkamamaktadır
- Devletin bir an önce bu hizmet alanlarından çekilerek bu alanlardaki hizmetin 'rekabet temelinde etkin ve kaliteli verilmesi' doğrultusunda özel sektöre devrederek devletin denetleyen ve standartları belirleyen bir konuma geçmesi gerekmektedir.
- Devlet bundan sonra ne ekonomik ne de sosyal politika alanlarına müdahale ederek* doğal gidişatı, dengeleri ve dinamizmi olumsuz olarak etkilememelidir.
- Vb...

* Bu neoliberal söylem, 2009 ekonomik kriziyle birlikte iflas durumu ile karşı karşıya kalan şirketlere ve bankalara devletin bütçeden maddi yardımda bulunarak onları içine düştükleri zor durumdan çıkarılması amacıyla kamu kaynaklarının sınırsızca kullanması ile inanırlığını önemli ölçüde kaybetmiştir. Kısacası gerekli durumlarda ve gerekli görülen yerlere devletin müdahalesinin hiçbir şekilde terk edilmediği ve terk edilemeyeceği ortaya çıkmıştır.

- 1967 Mayıs; işçi sendikaları konfederasyonlarının sosyal güvenlik ile ilgili olarak birlikte genel greve gitmeleri...

- 1968 Şubat; öğrenci eylemlerinin başlangıcı...

- 1968 Mayıs; Sorbonne Üniversitesi' nin polis tarafından boşaltılması...

- 1968 Mayıs; Paris'te öğrenci eylemleri... üniversite öğrenci eylemleri ve üniversite işgalleri, barikat çatışmaları, işçilerin öğrencilere destek olması...

- 1968 Mayıs; işçilerin fabrika işgalleri...

- 1968 Mayıs; hükümetin istemi doğrultusunda işçi sendikaları ve işveren sendikalarının bir araya gelerek asgari ücretin %25 ve reel ücretin de %10 olarak artırılması, çalışma süresinin azaltılması ve işyerlerinde sendika birimlerinin oluşturulması üzerinde anlaşmaları...

- 1968 Haziran; işçilerin işbaşı yapmaları...

- 1968 Temmuz; işyeri komitesinin önerisi doğrultusunda mesleki gelişim amacıyla eğitimlere katılmak isteyen işçilere izin hakkı tanınması ve işten çıkarılma durumundaki bir işçinin mesleki eğitim almasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1968 Aralık; işçi sendikalarının işyerlerinde sendikal birimler oluşturmaları ve sendika delegelerinin belirleyebilmeleri, işyerlerinde çalışma ve etkinliklerde bulunabilmelerine ilişkin yasal düzenleme...

- 1969 Mart; üçlü (devlet-işveren-işçi) görüşmelerin tıkanması ve genel grev...

- 1969 Ağustos; devalüasyon ve kemer sıkma politikalarının ilanı...

- 1969 Eylül; kamu çalışanlarının genel grevi...

- 1970 Temmuz; işten çıkarılma durumundaki işçinin mesleğini geliştirmesi ya da yeni bir meslek edinmesi doğrultusunda kişisel eğitim hakkını kullanabilmesine ilişkin düzenleme...

- 1971 Nisan; işçi sendikaları ile işveren sendikalarının işçi eğitimlerinin çalışma süresi içinde olmasında anlaşmaya varılması...

- 1971 Temmuz; işçilerin daha önce sahip oldukları toplu sözleşme olanaklarının toplu sözleşme ve toplu anlaşma hakkı olarak değiştirilmesine ilişkin düzenleme...

- 1972 Ocak; AB'yi oluşturan 9 ülkeye Danimarka, İrlanda ve İngiltere'nin katılması

- 1973 Aralık; Almanya'da da iş güvenliği yasasının kabul edilmesi...

- 1973 Aralık; tarihli yasa ile Fransa'da Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi Ajansı oluşturulması... sosyal taraflar da bu yasanın belirlediği esaslar ışığında 17 Mart 1975 tarihinde, Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi Çerçeve Anlaşması'nın imzalanması...

- 1973 Temmuz; iş sözleşmesinin tek taraflı olarak sona erdirilmesine ilişkin yasal düzenleme... (yasal düzenleme işverene işten çıkarma prosedürüne uymayı ve işten çıkarma nedenini işçiye yazılı olarak bildirme zorunluluğunu getirmesi)

- 1973 Aralık; Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi Ulusal Ajansı'nın (ANACT) kuruluşu...

- 1974 Haziran; seçim yasının 18'e indirilmesi...

- 1974 Haziran; PTT çalışanlarının grevi...

- 1976 Ekim; hükümetin ekonomik önlemler paketine karşı işçi sendikaları konfederasyonlarının birlikte genel grevi...

Yukarıda belirtilen argümanlar eşliğinde:

Daha önceki kuşakların birikimleri ile oluşturulan kamu kuruluşlarının (sanayi, tarım ve hizmet alanlarındaki) ekonomik faaliyetleri;

- tüm kamu hizmet alanları; sağlık, sosyal güvenlik, eğitim, barınma, ulaşım, haberleşme, enerji vb ticarileştirilerek pazar/piyasa anlayışına uygun hale getirilmiş,

- sanayi ve tarımsal alanındaki tüm kamu işletmeleri; demir çelik, petro-kimya, çimento, elektrik üretimi ve dağıtımı, tarımsal işletmeler, dokuma sanayi, gıda sanayi vb. tüm kamu işletme ve kuruluşları özelleştirme adı altında özel şirketlere devredilerek elden çıkarılmıştır.

Bu politikaların sonucu olarak:

- Geniş toplum kesimlerinin temel ihtiyacını oluşturan ve bunlara ulaşabilme, eşit olarak yararlanmalarının sağlanması amacıyla yürütülen kamusal hizmetler (eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, barınma, ulaşım, haberleşme, enerji vb.) piyasa/pazar bağlamında alınıp satılır hale getirilmiştir.

- Kamu üretim yapılanmalarının yanı sıra tüm yeraltı ve yerüstü zenginlikleri gelecek kuşaklar göz önüne alınmaksızın ve kamu yararı gözetilmeksizin, doğal denge umursanmaksızın sermayenin hizmetine sunulmuştur.
- Tarımsal üretimde de devlet müdahalesinin sınırlandırılması ve büyük tarımsal firmaların (tohum, gübre, tarımsal ilaçlar, tarım teknolojisi vb.) etkinliğinin arttırılmasıyla paralel olarak kırsal ekonomik hayat çökertilmiş, tarım arazilerinin şirketlerin eline geçmesi sağlanmış ve şehirlere akan yoğun göç büyük bir işsizler kitlesinin de yolunu açmıştır.

Yeni politik anlayışlar işçi-işveren ilişkilerinde de kendisini göstermiş, bir önceki dönemde işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin olarak devletin üstlendiği rol ve sorumlulukların (kamu istihdam kuruluşları, denetim sistemleri, iş sağlığı servisleri, yetişkin eğitim yapılanmaları vb.) özel şirketlere devredilmesi doğrultusunda kamu nitelikli yapılanmalar kaldırılırken, mevzuat da buna uygun hale getirilmiştir.

Uluslararası sermayenin yeni yatırım yapacağı ülkelerdeki çalışma yaşamında daha önceki dönemde yaratılmış kuralların or-

- 1976; ILO Çalışma Koşullarının iyileştirilmesi Uluslararası Program başlıklı programın kabulü...

- 1977 Nisan; demir çelik sanayinde 4.000 işçinin işten çıkarılması...

- 1977 Mayıs; hükümetin ekonomik-sosyal politikalarına karşı işçi sendikaları konfederasyonlarının birlikte genel grevi

Neoliberal Kapitalist Dönem ¹¹⁻¹²⁻¹³

‘Tarih şuuru, sadece geçmişin geçmişliğini bilmek değil; onun halde de var olduğunu anlamak demektir’ T. S. Eliot

- 1981 Aralık; 9 büyük şirketin millileştirilmesi...

- 1981 Mayıs François Mitterrand’ın cumhur başkanı seçilmesi ve Sosyalist Parti’nin iktidara gelmesi...

- 1981 Haziran; çalışanların sağlığı ve güvenliğine ilişkin ILO’nun 164 sayılı Tavsiye Kararı; üye devletlerin; çalışma ortamı, işçilerin güvenliği ve sağlığı konularında ulusal bir politika belirlemeleri...

- 1981 Eylül; Çalışanların Hakları Raporu, çalışanların haklarının genişletilmesi, yeniden yapılandırılması, yeni iş yaşamı ilişkilerinin ve ekonominin demokratikleştirilmesine ilişkin çalışma bakanlığınca hazırlanarak başbakan, cumhurbaşkanına sunulan raporun yayınlanması...

- 1982 Ocak; haftalık çalışma süresinin 39 saate indirilmesi ve yıllık ücretli izin de 5 haftaya çıkarılmasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1982 Mart; bakanlar kurulunca emeklilik yaşının 60’a çekilmesinin kabulü...

- 1982 Haziran; Franc’ın ikinci kez devalüasyonu...

- 1982 Temmuz; işçilerin işyerinde çalışma süresi içinde düşüncelerini özgürce ifade etmelerine ilişkin yasal düzenleme...

- 1983 Nisan; emeklilik yaşının 60 olmasının yürürlüğe girmesi...

- 1986 Ocak; İspanya ve Portekiz' in AB' ye girişi...

- 1988 Ekim; hemşirelerin uzun süreli grevinin başlangıcı...

- 1988 Aralık; toplu ulaşım çalışanlarının grevi ve grev özgürlüğü ya da grev sırasında minimum hizmet sunumunun sağlanması tartışmalarının başlatılması...

- 1989 Kasım; Berlin Duvarı'nın yıkılışı...

- 1989 Ağustos; Birinci Körfez Savaşı' nın başlaması...

- 1989 AB Direktifi 89/391 AB (CEE) Direktifi; işyerinde işçilerin sağlık ve güvenliğinde iyileştirmeleri teşvik etmek amacıyla işyerinde işçilerin sağlıklarının ve güvenliklerinin daha iyi sağlanması, meslek hastalıkları ve iş kazalarına karşı koruyucu önlemlerin alınması, işçilerin bilgilendirilmeleri, önerilerinin alınması, dengeli olacak şekilde katılımlarının, eğitimlerinin sağlanması ve temsilcilerinin oluşturulmasına ilişkin yasal düzenleme...

- 1989 Aralık; AB'nin 9.12.1989 tarihli Çalışanların Temel Sosyal Hakları Şart' ında, "işyerinde sağlık ve güvenliğin korunması" yaklaşımının işçilerin temel sosyal hakları kapsamında değerlendirilmesi...

- 1991 Aralık; Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği' nin (SSCB) yıkılışı...

- 1991 Aralık; Fransa'da AB direktifleri doğrultusunda iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin olarak düzenlemelerin ve mesleki risklerin önlenmesini teşvik etmek (her bir işyeri için özel olarak önleyici politikaların oluşturulması) doğrultusunda iç hukukun uyumlaştırılması girişimleri...

tadan kaldırılarak esnekleştirilmesi istemleri, işveren işçi ilişkilerini de yeniden biçimlendirmiştir:

- Standart ücret anlayışı yerine performansla dayalı ücretlendirme

- Normal süreli ve mesai çalışma anlayışı yerine esnek süreli, kısmi süreli çalışma

- Güvenceli çalışma yerine sınırlı güvenceli ya da güvensiz çalışma

- Esnek çalışma, taşeron usulü çalışma, kayıt dışı çalışma vb.

- Örgütlü sendikalı işçi yaklaşımı yerine örgütsüz /sendikasız işçi yaklaşımı

- Meslek yaşamı sonrasında sağlıklı ve onurlu bir emeklilik güvencesi yerine, emeklilik yaşının arttırılarak emekli yaşam süresinin sınırlandırılması ve prim ödeme gün sayısının artırılarak daha uzun süre prim ödemesinin sağlanması, emekli maaşlarının azaltarak yaşam konforunu asgari düzeye çekilmesi

- İşçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin oluşturulmuş olan hemen hemen tüm kuralları iş-

çilerin aleyhine olacak şekilde değiştirilmesi

- İşsizliğin ve yoksulluğun aşırı artışı vb. nedenlerle iş gücü politikalarında (esnek istihdam ve enformel çalışma vb.) önemli değişimlerin yolunu açılması

• Vb.

Sanayi üretimdeki teknolojik gelişmeler, bilgisayar otomasyon sistemleri, üretimin modüler sistemler haline getirilebilmesi, üretimde mekansal bağımlılığın kalkması ile çokuluslu şirketlerin kar marjlarını artıracak şekilde üretim merkezlerini farklı ülkelere kaydırmaları, ülkelerin ekonomilerini olumsuz etkilerken aynı zamanda iş gücü kaynaklarının da aşırı tüketilmesine yol açmıştır.

Devletin her türlü sanayi ve hizmet üretim alanından çekilmesi işverenlerin yakındıkları tüm sorunların 'devletin müdahalesi' ile temizlenmesi her alanda liberalleşmenin savunulması (liberal kapitalist dönem nostaljisi) günümüzde neoliberal dönem olarak adlandırılmaktadır. Devletin elindeki tüm kamusal kaynakların özel şirketlere devredilmesi ile birlikte tüm ülkelerde bu kaynaklardan yararlanan geniş toplum kesimleri kaybettikleri payları nedeniyle yoksullaşırken

• 1992 Mart; üniversite ve lise anti-reform girişimlerine karşı üniversite ve lise öğrencilerinin yaygın protestoları...

• 1993 Ocak; AB içindeki 12 ülkede Ortak Pazar Anlaşması'nın yürürlüğe girmesi...

• 1993 Temmuz; ikisi banka, biri petrol ve diğeri de kimya-ilaç sanayi olmak üzere dört büyük kamu kuruluşunun özelleştirilmesi...

• 1993 Aralık; özel okullara hükümetin finansman sağlamasına ilişkin düzenleme...

• 1994 Ocak; kamu okullarının savunulması için Paris'te büyük gösteri...

• 1995 Ocak; 12 ülkeden oluşan AB' ye Avusturya, İsveç ve Finlandiya'nın katılarak sayının 15'e çıkması...

• 1996 tarihli Avrupa Adalet Divanı kararında, DSÖ Anayasası'ndaki, sağlık kavramını esas alarak, Roma Anlaşması'nın 137. maddesinde yer alan, 'çalışma ortamı', 'güvenlik' ve 'sağlık' kavramlarının; çok dar değil, işyerinde işçilerin sağlık ve güvenliklerini tehdit eden tüm faktörleri kapsayacak şekilde ele alınmasına işaret edilmesi...

• 1996 Mayıs; AB Gözden Geçirilmiş Sosyal Şart'ın kabulü... 3. madde; 'işte sağlık ve güvenlik hakkı' ve üye devletler, işçilerin sağlığı ve güvenliği ile işyeri ortamı konusunda birbiriyle uyumlu ulusal bir program oluşturması gerekliliği...

• 1996 Kasım; toplu pazarlığın geliştirilmesi de dahil olmak üzere şirket ve işletme gruplarının işçilerini bilgilendirmesi ve görüşlerini almasına ilişkin yasal düzenleme...

• 1997 Kasım; hükümetin 1998 eğitim bütçesinde kısıntıya gitmesine karşı öğrencilerin yaygın gösterileri...

• 1997 Kasım; sosyal güvenlik alanındaki anti reform girişimlerine karşı işçi sendikalarının düzenlediği yaygın protesto gösterileri...

• 1997 Kasım; hükümetin kamu hizmetlerini tahrip politikalarına karşı işçi sendikalarının Kasım sonu başlattıkları ve tüm Aralık ayı boyunca sürdürdükleri grevler...

• 1998 Şubat; haftalık çalışma süresini 35 saate indiren projenin yasalaşması

• 1998 Haziran; 20 işçiden fazla işçi çalıştıran işyerlerinin 2000 yılından, 20 den az işçi çalıştıran işyerleri ise 2002 yılından itibaren haftalık çalışma süresini 35 saate indirmelerine ilişkin yasal düzenlemenin çıkarılması...

• 1999 Mayıs; AB Amsterdam Antlaşması' nın yeniden kaleme alınan eski 117' inci (yeni 136) maddesinde, işçilerin sağlık ve güvenliklerinin korunması amacıyla iş ortamının iyileştirilmesi, çalışma şartları, işçilerin bilgilendirilmesi ve işçilere danışılması hakları, iş piyasasından ayrılmış olan kişilerin yeniden çalışma yaşamına entegre edilmeleri ve işe yerleştirmede kadın ve erkeğe eşit işlem yapılmasına ilişkin düzenleme...

• 2000 Aralık; Avrupa Konseyi Nice Zirvesi' nde Temel Haklar Avrupa Şartı' nın kabulü... 'Her çalışan; sağlığını, güvenliğini ve saygınlığını koruyabilmesi için gerekli çalışma koşullarına sahip olma hakkına sahiptir' (31.paragraf).

• 2000 Ocak; anlaşmalı olarak çalışma sürelerinin azaltılması; fazla mesai saatlerinin daha az vergilendirilmesi, fazla çalışma süresinin kaldırılmasına ilişkin yasal düzenleme...

• 2000 Mart; eğitim sistemindeki anti-reforma karşı lise ve ortaokul eğitimcilerinin grevi...

bu payları ellerine geçiren sermaye kesimi ise sınırsız bir şekilde zenginleşmiştir*¹⁴.

Ülkelerin yabancı sermaye girişlerini kontrol etmeye ve yatırımlarında belirli kurallarla bağlanması (devletin yeniden müdahaleci bir konuma ulaşması) doğrultusunda çeşitli arayışlara gir-

* Devletin elindeki kamusal ekonomik üretim ve hizmet alanlarını güçlü şirketlere bırakarak kendi etkinliğini asgari düzeye çekmesi politikası bu alanlara giren/ele geçiren çokuluslu şirketleri olağan üstü zengin ve güçlü kılmıştır. Neoliberal politikaların ortaya çıkardığı olağan üstü güçlü ilk en büyük 10 çokuluslu şirket: Tohum pazarının % 67, tarımsal kimyasal pazarının %89, genel tüketim pazarının %26, tıbbi endüstri pazarının %55, veterinerlik ilaç pazarının %63 ve biyoteknoloji pazarını da %66'sını kontrol etmektedirler. Bu firmalar yan kuruluşları yada ortaklıkları aracılığıyla da Pazar kontrolleri daha büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Dünyanın en büyük süpermarket zincirini oluşturan WalMart dünyanın en büyük firması olup dünyanın ilk 100 ekonomik gücü arasında 26. sıradadır. Bu gücü ile de Danimarka, Portekiz, Venezuela yada Singapur'un gayri safi milli hasıllarından daha fazladır.

Listedeki ilk 10 şirketin toplam geliri (1.65 trilyon dolar), İngiltere, Fransa ya da İtalya'nın gayrisafi milli hasıllarından fazladır. İlk 50 şirketin toplam geliri ise (4.37 trilyon dolar) ABD'nin gayrisafi milli hasıllarının (10.4 trilyon dolar) yüzde 42'si, Japonya'nınkinin (3.9 trilyon dolar) 1.1 katı, Almanya'nınkinin (1.9 trilyon dolar) 2.3 katıdır.

Buna paralel olarak dünyanın en zengin 1.125 kişinin maddi geliri 44.000 milyar dolara ulaşmaktadır ve bu miktar dünyadaki erişkin nüfusunun yarısının gelirine eşittir. Lehman Brothers Finans kuruluşunun yöneticisi 2007 yılında günlük saat ücreti 17 000 \$ olacak şekilde işe başlamıştır (données de l'Institute for Policy Studies). 1993 yılında dünyanın en zengin yüzde 1'i dünya yoksullarının %57'si kadar gelire sahipti. Aynı kaynağa göre dünyanın en çok kazanan 225 kişinin geliri dünya nüfusunun %47'sinin gelirine eşittir.

dikleri görülmektedir. Günümüzde devletin çalışma yaşamından ve kamu hizmetleri alanından çekilmesinin ve özel şirketlerin tüm bu alanlarda tek belirleyici haline gelmesi, dolayısıyla da toplumsal yaşamdaki ağırlıklarının boyutu ve nereye kadar uzanabileceğine ilişkin tartışmalar sürmektedir.

Yaşanan ağır ekonomik krizle birlikte ülkelerde ortaya çıkan işçi eylemleri, toplumsal hoşnutsuzluklar işçi işveren ilişkilerini doğrudan etkileyerek işçi sağlığı ve güvenliğinin yeni konseptini de ortaya çıkaracaktır. İşin veya çalışmanın 'insancıllaştırılması, işin insana ve insanın işe uyumunun sağlanması', 'işyerinde sağlıklı ve iyi bir çalışma ortamının yaratılması' günümüzün işçi sağlığı ve iş güvenliği politikalarının temel amaç ve hedeflerini oluşturmaktadır. Neoliberal dönemde iş sağlığına ilişkin katedilen yolun içeriğinin, karşı-reform girişimleri ile boşaltılmaya çalışıldığı bir süreç yaşanmaktadır. Bu karşı reform girişimlerinin hangi zeminde ve ne yöne doğru yöneldiğini ileride daha ayrıntılı olarak değerlendirme olanağımız olacaktır.

- 2001 Temmuz; toplu sözleşme araç ve yollarının geliştirilmesine ilişkin yasal düzenleme...

- 2002 Ocak; Fransa işyeri hekimliği servislerinin çoklu meslek anlayışına uygun olarak düzenlenmesi ve işyeri hekimlerinin işçilerin sağlıklarına müdahalesinde, görevlerini yapmalarında mesleki bağımsızlıklarının sağlanmasına ilişkin yasal düzenlemesinin çıkarılması

- 2003 Ocak; ekonomik zorunluluk nedeniyle işten çıkarmalarda toplumsal uzlaşmaya ilişkin yasal düzenleme...

- 2003 Eylül; işveren sendikaları ile işçi sendikaları arasında, belirli koşullarda (ekonomik nedenlerle işçi çıkarılması, fabrikanın başka bir yere taşınması vb. nedenlerle) işçilerin bir başka işyerine gönderilmeleri durumunda her bir işçinin mesleki eğitim hakkına uyulacağına ilişkin ortak anlaşma

- 2004; toplu görüşme ve uzlaşma kuralarının belirlenmesinde sosyal tarafların ve devletin sorumluluklarının belirlenmesine ilişkin yasal düzenleme...

- 2005 Eylül; Çevre Sağlığı ve Güvenliği Ulusal Ajansı' nın (AFA-AE) bilgi ve deneyimlerinin işçi sağlığı ve güvenliği alanına yaygınlaştırılmasına ilişkin düzenleme (çalışma ortamındaki risklerin belirlenmesi, tehlike kaynaklarının ve patlayıcılara ilişkin bilgilerin geliştirilmesi, işyerlerinde işçilerin sağlık ve güvenlik kuralları, 2005-2009 önlemler planının hazırlanması vb.)...

- 2006 Mayıs; hükümet, işçi ve işveren temsilcilerinin ekonomik-sosyal ortak toplumsal çıkarlar doğrultusunda sosyal diyalog temelinde her türlü uzlaş, önerileri, bilgi alış verişinde bulunmalarına ilişkin düzenleme...

Çalışanlarda, işçilerde ortaya çıkan ve günümüzde meslek hastalıkları olarak tanımlanan sağlık sorunlarına katkıda bulunan hekimler ve çalışmalarını kısa özetlemek gerekirse ¹⁵:

Hippocrate (İÖ. 480-380): Hekimliğin babası olarak kabul edilen Hippocrate terzilik, balıkçılık ve metal işlerinde çalışanlarda astım hastalığının daha sık görüldüğünü belirtir.

Pline L'Ancien (İS. 23-79): 'De Historica Naturalis' adlı eserinde ilk kişisel koruyucu yer alır. Toz ve kurşun buharlarının solunmaması için idrar torbasından solunum maskesi yapmıştır.

Gallien 2.yy: Yazdığı eserde çeşitli mesleklerin yol açtığı sağlık sorunlarını ortaya koyar.

Agricola (George Landman) (1494-1555): Alman mineralog, daha sonrasında İtalya'da hekimlik eğitimi alarak hekim olur. 'De Re Metellica' isimli eserinde madenlerde ve metal işiyle uğraşanlarda görülen hastalıkları ve bu hastalıklardan korunma yollarını detaylı olarak tarif eder. Madenlerin havalandırılmasına ilişkin sistemler üzerine daha o dönemde ilgilenir.

Paracelse (Philippus Theophrastus Aureolus Bombastus von Hohenheim) (1493-1541): İsviçreli simyacı, astrolog ve hekimdir. 'Des mineurs et le mal des montagnes et autres maladies des mineurs' adlı eserinde, maden ocaklarından maden çıkarılmasında ve metal işlerinde çalışan işçilerin meslek risklerini ve bu işçilerde görülen hastalıkların tedavilerini anlatır. O dönemde 'dağcı hastalığı' olarak bilinen rahatsızlığın granitten zengin volkanik yeraltı kuyularında, galerilerinde radon

BÖLÜM II

İşçi Sağlığı Hizmetleri: İşyeri Hekimliği ve İşyeri Sağlık Birimleri

1. Geçmişten Günümüze Hekimlik Mesleği ve İşçi Sağlığı

Arkeolojik ve antropolojik bulgular, insanlığın ilk dönemlerinden itibaren insanların çeşitli alet ve araçların rahat/ergonomik ve güvenli kullanıma uygun olmasına özen gösterdiklerini ortaya koyuyor.

Hekimlerin tarihin eski dönemlerinden günümüze kadar işçilerde yaptıkları işe bağlı olarak ortaya çıkan sağlık yakınmalarını, meslek hastalıklarını tedavi uğraşları kaçınılmaz olarak, onları bu hastalıkların nedenlerini de araştırmaya itmiştir. 20 yy. da işyeri hekimliğinin tıpta bir uzmanlık alanı olarak ortaya çıkışı ve işçilerin sağlıklarının korunması (iş kazalarına ve meslek hastalıklarına bağlı olarak sağlıklarını kaybetmelerinin önlenmesi) doğrultusunda işyerlerinde sağlık serv-

islerinin oluşturulması, aynı zamanda antik dönemden günümüze kadar gelen bilgi ve deneyimlerin de bir ürünüdür.

Meslek hastalıklarına ilişkin ilk bilgilerin İÖ 2500 yıllarına ait Eski Mısır yazılarında rastlanır. Piramit yapımında çalışanlarda aniden ortaya çıkan şiddetli bel ağrıları (akut lumbago) tarif edilmektedir. Yine antik döneme ait birçok yazılı eserde meslek hastalıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

İşyeri hekimliğinin çalışma yaşamında yer alması ve bir tıp disiplini olarak işçilerin sağlığının korunması, geliştirilmesi doğrultusundaki çalışmaları yarım asırlık bir zamana dayanır. İnsan yaşamı açısından yarım asır olgunluk ve bilgi yaşı olarak kabul edilse de, insanlık tarihi açısından oldukça kısa bir süredir. Fransa'da 1946 yılında çıkarılan bir yasal düzenleme işyerlerinde çalışan hekimlere işyeri hekimleri denmesi ve diğer sanayileşmiş ülkelerde de o ülkelerin kendi dinamiklerine uygun bir seyir izleyen işyeri hekimliğinin şu anda bulunduğu noktaya erişmesi aslında birkaç yüzyıllık bir geçmişe dayanır.

20. yüzyılın başından itibaren işçi sağlığına ilişkin gelişmelerin hızlandığını ve işyeri hekimliğinin tıp uzmanlık alanları arasında

gazının birikmesi ve madencilerde bunun solunması ile ortaya çıkan akciğer kanserini belirlemiştir. Yalnızca hastalıkların tedavileriyle değil bu hastalıklarla mücadelede korunma yollarından da bahseder. Bu anlamıyla işyeri hekimliğinin de öncüsüdür. Merkür zehirlenmesini detaylı olarak da anlatır. Zehirlenmenin alınan dozla ilişkisi olduğunu belirten ilk kişidir. (Dosis Sola Facit Venenum).

Bernardino Ramazzini (1633-1714): Padua' da hekim, işyerlerinde çalışma koşullarının iyileştirilmesi için çeşitli hijyen ve güvenlik önlemleri geliştirmiş ve bunların işyerlerinde uygulanması için çalışmalar yürütmüştür. "De morbis artificum diatriba" adlı önemli eserindeki meslek hastalıkları ve tedavileri sonraki yüzyıllarda da kullanılmış ve referans eser olarak kabul görmüştür.

Percivall Pott (1713-1788): (İngiliz cerrah) İlk kez kimyasal bir etkenin mesleki kansere yol açtığını ortaya koymuştur. 1775 yılında Londra'daki baca işçilerinde skrotum (yumurtalık) kanserine yol açan etkeni belirlemiştir. Bu dönemde baca işçileri 5 yaşında çalışmaya başlıyorlar ve skrotum kanseri de meslek yaşamlarının sonuna doğru, yaklaşık 30 yaş civarında ortaya çıkıyordu. Sıcak baca içindeki yağlı kurum ile ıslanan pantolondan geçen kurum, ince ve kıvrımlı deriye yerleşiyor, ter ve hareket, bacaya inme ipinin bacak arasından geçmesine bağlı sürtünme gibi etkenler de skrotumda kansere yol açıyordu. Percivall Pott'un bu çalışmasına rağmen çocuk baca işçileri için yasal düzenleme ancak 1840 yılında çıkarılmıştır. 10 yaşın altındaki çocukların baca temizleme işlerinde çalışmasının yasaklanması kanser vakalarının 40 yaş civarında ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu durum, "deneysel"

olarak kanser etkeni ile ilk temas ile kanser vakasının ortaya çıkışı arasında (yakınmaların olmadığı) belli bir sürenin gerektiğini göstermiştir.

Benjamin Franklin (1706-1790): ABD' nin kurucularından politikacı aynı zamanda bilim adamı, seramik ve kristal üretim işinde çalışanlarda saturnizm hastalığı (kurşun zehirlenmesi) ve kurşun zehirlenmesinde kurşunun rolünü ortaya koymuştur. 1919 yılında saturnizm hastalığı Fransa'da ilk meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir.

Louis René Villermé (10 Mart 1782-16 Kasım 1863): 19 yy. da manifaktür atölyelerinde çalışan işçilerin kötü çalışma koşullarına dikkati çeken, işyeri hekimliğinin öncüsü olarak kabul edilen Louis René Villermé hekim, sosyolog ve askeri cerrah olarak çalışmıştır.

1818 yılında hekimlik mesleğini bırakarak yaşamını toplumsal eşitsizlik sorunlarına ilişkin çalışmalarla adamıştır.

19 yy. başlarında çocuklar beş yaşında çalışmaya başlıyorlar ve sıklıkla günde 15-16 saat dokuma sektöründe çalıştırılıyorlardı. Genç işçilerin 2/3' ü sağlıklarını yitirdiğinden iş göremez duruma geliyorlardı. Genç erkek nüfusun askerlik görevini yapamayacak duruma gelmesi ve orduya katılacak genç nüfusun azalması yetkilileri harekete geçme zorunda bırakmıştır. Doktor Villermé Lyon dokuma işçilerinin 1831 yılında yaptığı ayaklanmadan (Canuts isyanından) bir kaç yıl sonra manifaktür sanayinde çalışan işçilerin sağlık durumlarına ilişkin rapor hazırlanması ile görevlendirilmiştir.

Doktor Villermé'nin 'İpek, Pamuk ve Yün Manüfaktürlerinde

yerini aldığını görüyoruz. Fransa'da 28 Temmuz 1942'de çıkarılan yasa ile birlikte işyeri mediko-sosyal servislerinin zorunlu hale getirilmesi önemli bir gelişmedir. Bununla birlikte, 1946 tarihinde işçilerin sağlıklarının korunması, geliştirilmesi ve bu amaçla işyeri sağlık servislerinin oluşturulması anlayışının Anayasa'da yer alması parlamentoda tartışmasız bir şekilde kabul edilmiştir.

Fransa'da yasal zorunluluk olarak işyeri mediko-sosyal servisleri tüm işyerlerini (sanayi, hizmet ve ticaret iş kollarını da) kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmıştır. Bu yaygınlaştırmada; ilk önce Çalışma Bakanlığı' na bağlı işyerlerini hedeflemiş, daha sonra da 1953 yılında silah sanayi, 1955 yılında taşımacılık, 1959 da madencilik, 1960 yılında sağlık sektöründe hastaneleri, 1966 tarım, 1978 de belediye hizmetleri, 1982 de kamu sektörünü olacak şekilde bir gelişme çizgisi izlenmiştir.

2. Fransa'da İşyeri Hekimliği ve İşyeri Sağlık Servislerinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi

İşe alınacak işçilerin işe almadan önce sağlıklı ve güçlü olup olmadıklarına ilişkin olarak bir hekime muayene ettirilmeleri (işe giriş muayenesi) XIX yy'da bazı işyerinde, özellikle de maden ve taş ocaklarında ortaya çıkmıştır.

1810 yılında, maden ve taş ocaklarında, iş kazası sonucu yaralanan işçilerin tedavi masraflarının işverenler tarafından ödenmesine ilişkin ilk kararname önemli sonuçlara yol açmıştır. İş kazalarının en fazla meydana geldiği işyerlerinde (özellikle maden ve taş ocaklarında) işverenler ortaya çıkan zararın tazmini, sağlık harcamalarının azaltılması amacıyla işyerlerinde çalışacak bir hekimle anlaştıkları hatta hastane oluşturdıkları görülmektedir. İlk başta sadece iş kazaları sonrasında maden işçilerine tedavi hizmeti veren bu sağlık servisleri süreç içinde maden işçilerinin ailelerine de sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Olumsuz çalışma ve yaşam koşullarına karşı çıkan işçi sınıfı ile sosyal barışın tesisinde bu servisler önemli bir rol oynamıştır. Bu yapılanma sosyal güvenlik sistemi anlayışının ilk modeli olarak da değerlendirilmektedir. Aynı yıl tehlikeli, aşırı yorucu ve sağlığa zararlı endüstriyel işyerlerinin denetimine ilişkin bir kararname de çıkarılır. Bu denetim anlayışı işçilerin sağlıklarından çok işyerinde üretim işleyişini gözetmektedir. Daha sonrasında bu uygulama demir yolu sektörüne doğru da yaygınlaştırılır.

9 Nisan 1898 yılında Fransa'da iş kazalarına ilişkin ilk yasal düzenleme ile işveren iş kazalarından sorumlu tutulmuş; iş kazasına bağlı sağlık giderlerinin, işçide ortaya çıkan sürekli iş gücü kay-

Çalışan İşçilerin Fiziksel ve Ruhsal Durumları' raporu 1840 yılında yayınlanmış ve Villermé raporu olarak adlandırılmıştır. Bu rapor büyük bir yankı yaratmış ve 22 Mart 1841 tarihinde çıkarılan yasa ile manüfaktür atölyelerinde çalışan çocuk işçilerin 8 yaşından sonra 20'den fazla işçi çalıştıran işyerlerine girmesi ve 12 yaşından küçük çocuklarında gece postalarında çalışmalarını yasaklamıştır.

Kimyasal Etkenler ve Meslek Hastalıkları

Günümüzde meslek hastalıklarının en önemli nedenlerinden birisini oluşturan kimyasal etkenlere ilişkin bilimsel çalışmalar XIX yy. da başlar. Paris'te 'Mineral, Bitki ve Hayvanlar Alemi Zehirlerinin Tedavisi veya Fizyolojik, Patolojik ve Adli Tabiplik Raporlarında Genel Toksikolojik Yaklaşım' eseri önemli bir katkı sağlar. Yine bu dönemde zehirlerin tespiti ve dozlarının ölçülmesine dönük spesifik testlerin geliştirilmesi ve bunların adli tabiplikte kullanılmalarına ilişkin çalışmalara başlanır. Örneğin, 1836 yılında, arsenik zehirlenmelerinin tespiti için Marsh testi geliştirilmiştir. Özellikle 20 yy.da biyokimya ve fizyoloji alanındaki bilimsel gelişmeler toksikolojiye yönelir. Toksik etkenlerin yapıları, etki mekanizmaları ve bunların tanınması, korunma yollarına ilişkin çalışmalar öne çıkar. Endüstriyel toksikoloji son 60 yılda gelişmiş ve ulaşılan bilgi birikimi sayesinde işçilerin sağlıklarının korunmasında, toksik etkenlerin çalışma ortamında ve vücutta kabul edilebilir düzeylerinin belirlenmesi ve bunlara ilişkin yasal düzenlemeler de hazırlanmıştır.

**Kısa Kronolojik Hatırlatmalar:
Fransa'da İşyeri Hekimliği ve
İşyeri Sağlık Servislerinin
Ortaya Çıkışı ve Gelişimi¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹**

İşyeri sağlık servisleri ile ilgili çıkarılan yasal düzenlemeler; çalışma yaşamındaki gelişmeler ve işçilerin sendikal örgütlülük ve mücadele düzeyleri, işçilerin hak arama kararlılıkları, sağlık hizmet sunumu alanında yaşanan gelişmeler ve sosyal devlet anlayışı vb birçok etkenin karşılıklı etkileşimine uygun bir seyir izlemiştir. Tüm bu etkenleri göz önünde bulundurarak işyeri hekimliğindeki gelişmelere bir bütünlük içinde yaklaşmak amacıyla öncelikle bu alanda yaşanan gelişmelere kronolojik olarak göz atmak yararlı olacaktır.

'Tarih; cinayetlerin ve felâketlerin bir tutanağıdır'. Voltaire

• 1810 yılında çıkarılan ilk kararname ile;

- iş kazalarında yaralanan işçilerin tedavi masraflarının işverenler tarafından ödenmesi...

- madenlerin denetimi ve madenlerin işletilmesine yönelik bir düzenleme yapılarak bu işletmelerin sahiplerinin madenlerde çalıştırdıkları işçiler için bir doktor bulundurulması...

• 9 Nisan 1898; iş kazalarında kazaya uğrayan işçilere tazminat ödenmesi, (bu düzenleme mesleki risk anlayışının doğuşu olarak kabul edilmektedir)

• 22 Mayıs 1902; maden işletmeleri için iş müfettişlerine ilişkin düzenleme...

• 15 Haziran 1903; endüstriyel ve ticari işletmelerde işçilerin sağlıkları ve güvenliklerine ilişkin düzenleme...

1902 yılında ilk kez meslek hastalıklarına ilişkin uluslararası bir kongrenin İtalya'da toplanması...

• 1906; Uluslararası İşyeri hekimliği Komisyonu' nun ilk toplantısı...

bının da işveren tarafından ödenmesi kabul edilmiştir.

İlk kez İtalya'da Birinci Uluslararası Meslek Hastalıkları Kongresi düzenlenir. Daha sonra ilk kez Fransa'da 1906 yılında Uluslararası İşyeri Hekimliği Komisyon Toplantısı gerçekleştirilir.

Fransa'da sanayinin gelişimi sürecinde küçük işletmelerin yaygınlığı sanayide bir arada toplu olarak çalışan işçi sayısının Almanya ve İngiltere' ye göre daha sınırlı olması, ayrıca bu ülkelerde devletin müdahaleleri ile halk sağlığı sisteminin geliştirilmesinin vb. Fransa' da işyerinde sağlık anlayışının daha geç ortaya çıkmasına neden olduğu ifade edilmektedir.

1915 yılında, Lyon Tıp Fakültesi adli tıp profesörü Dr. Etienne Martin, savunma bakanı tarafından silah fabrikalarında çalışan işçilerin sağlıklarının kontrolü ile görevlendirilir.

Ancak gerçek anlamıyla işyeri hekimliği ve işyeri sağlık servislerinin belli bir yasal düzenlemeye kavuşturulması ve işveren, işçiler, hekimler tarafından da benimsenmesi ile birlikte 1. Paylaşım Savaşı' ndan sonra adım adım gelişmiştir.

25 Ekim 1919 yılında meslek hastalığı tanısı alan işçilerinde aynen iş kazalarında olduğu gibi

sağlık giderlerinin işveren tarafından ödenmesine ilişkin yasal düzenleme çıkarılır. İş kazalarının yanı sıra meslek hastalıklarının da maddi tazminine ilişkin yasal düzenleme ile birlikte işçilerin sağlığı sorunlarının finansmanının ulaşacağı boyutlardan sakınmak amacıyla işyerlerinde sağlık servisleri kurulmaya başlamıştır.

1. Paylaşım Savaşı sonrasında, bazı işyerinde işyerleri sağlık servisleri kurulur. Gennevilliers firması Dr. René Barthe'yi genç bir hekim olarak işe alır. Dr. René Barthe işyerinde sağlık hizmetinde önemli değişikliklere gider. 1923-1930 yılları arasında koruyucu hekimlik temelinde, ilk işyeri hekimliği servis organizasyonunu gerçekleştirir. Fabrika hekimliği hizmetlerini 6 temel başlık altında düzenler²⁰:

- Acil tedavi ve poliklinik hizmeti
- İşe uygun kişilerin seçimi ve kişilerinde işlere uygunluğunun sağlanması
- Endüstriyel sağlık bilgisi organizasyonu
- İşyerinde bulunan (İş Güvenliği Komitesi ve İş kazaları, Meslek Hastalıkları Servisleri vb) organizasyonlarla iş birliğinin sağlanması
- İş organizasyonuna ilişkin danışmanlık
- İşyeri hekiminin çalıştığı işyerinin özelliklerine uygun bilimsel araştırmalar yapması

• 1910 yılında çıkarılan yasa ile meslek hastalıklarının 1898 yılına çıkarılan yasaya uyarlanmasına ilişkin düzenleme (örneğin, saturnizm vakaları)

• 1913; farklı iş kollarında koruyucu önlemlerin ve iş hijyeni kurallarının düzenlenmesi...

• 1914-1918; kurşun ve kömür işletmelerindeki sağlık risklerine ilişkin koruyucu hekimlik disiplininin doğuşu...

• 1915; Lyon Tıp Fakültesi adli tıp profesörü Dr. Etienne Martin'e savaş sanayinde çalışan işçilerin sağlık kontrollerinin yapılması hizmeti için görevlendirilmesi...

• 25 Ekim 1919; meslek hastalıklarının tazminine ilişkin yasal düzenleme...

• 25 Kasım 1919; meslek hastalıklarına ilişkin ilk yasal düzenleme (kurşun ve civa bileşiklerine ilişkin meslek hastalıkları tablosu, Tablo 1 ve 2)

• 21-23 Haziran 1930; Lille şehrinde ilk işyeri hekimleri kongresinin düzenlenmesi...

• 1930; Lyon şehrinde Prof. Dr. Mazel tarafından ilk işyeri hekimliği enstitüsünün üniversite bünyesinde kurulması...

• 1930; Lyon şehrinde ilk işyeri hekimliği enstitüsünün kurulması ve ilk uzmanlık eğitiminin başlaması...

• 1933; Paris'te işyeri hekimliği enstitüsünün kurulması ve uzmanlık eğitiminin başlaması...

• 1933; işyeri hekimliği ve endüstriyel hijyen uzmanlık diplomasının oluşturulması...(ilk endüstriyel toksikoloji ve iş fizyolojisi eğitimi 1930 yılında düzenlenmiştir).

• 1935; Lille' de işyeri hekimliği enstitüsünün kurulması ve uzmanlık eğitiminin başlaması...

• 1937 yılında CGT (işçi sendikaları konfederasyonu) ve CGPF (işveren sendikaları konfederasyonu) işbirliği ile uluslararası iş organizasyonu ve iş patolojisi günlerinin düzenlenmesi...

• 1937; iş müfettişliği içinde hekim iş müfettişi yapılanmasının oluşturulması...

• 1941; tıbbi iş müfettişliğinin kuruluşu...

• 28 Temmuz 1942; işyeri mediko-sosyal servislerinin kurulması zorunluluğuna ilişkin yasal düzenleme...

• 1945 Ekim; sosyal güvenlik, fabrika komitesi, işçi temsilcisi, işyeri hekimliğinin oluşturulması...

• 11 Ekim 1946; tüm işverenlere çalıştırdıkları işçiler için sağlık gözetimi organizasyonda bulunma zorunluluğu getiren yasal düzenleme...

• 24 Haziran 1959; ILO'nun 'İşyeri Hekimliği Servisleri' 112 sayılı Tavsiyesi ile uluslararası planda ilk kez ve kapsamlı bir biçimde işyeri hekimliği konusunda ayrıntılı düzenlemelere yer verilmesi...

• 22 Şubat 1945; 100'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde işyeri komitelerinin kurulması (seçimleri, işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin aylık olarak görüşlerinin alınması), 500'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde yönetime katılmalarına ilişkin yasal düzenleme...

• 11 Ekim 1946; işyeri hekimliği servislerinin oluşturulması, işyeri hekimliği servislerinin işyerlerinde zorunlu kılınması, finansmanının ve yönetimin işverence karşılanması ve işyeri komitesince de kontrollerinin yapılması ve bu servislerin çalışmalarını koruyucu sağlık hizmetleri temelinde yürütmesine ilişkin yasal düzenleme...

• 1947 Ağustos; işyerlerinde hijyen ve güvenlik komitelerinin oluşturulmasına ilişkin yasal düzenleme...

Dr. René Barthe süreç içinde işyeri hekimliği hizmet anlayışında işçilerin sağlıklarının korunması ve önleyici tedbirlerin geliştirilmesinde daha etkin bir çalışmaya yönelir. Bu doğrultuda hekim, mühendis, sosyal hizmet uzmanı işbirliğinin önemini gösterir. İşçilerin işyeri sağlık dosyalarını oluşturur. Fabrika ortamındaki çalışma deneyimlerini bilimsel tıp dergilerinde yayınlarak işyeri hekimliği anlayışının temelini ortaya koyar. Dr. René Barthe günümüz işyeri hekimliğinin kurucularından birisi olarak kabul edilir.

1929 yılında, işyeri hekimliğine ilişkin ilk tıbbi dergi olan 'İşyeri Hekimliği Dergisi' Prof. Dr. Etienne Martin tarafından çıkarılır.

Bu dönemde, ayrıca endüstriyel toksikoloji ve iş fizyolojisi eğitimi de düzenlenir ve 1930 yılında Lyon şehrinde üniversite bünyesinde ilk işyeri hekimliği enstitüsü kurulur. Bunu daha sonra 1933 de Paris'te, ondan sonra da 1935'de Lille de aynı tür enstitülerin kurulması izler. İlk endüstriyel hijyen ve işyeri hekimliği uzmanlık diploması 1933 yılında verilir. Bu enstitüler fabrikalarda çalışacak hekimlerin eğitimlerini, çalışma ortamındaki bilimsel araştırmaları, ücretsiz bilgilendirme ve eğitici yayınlar vb çalışmaları yürütür. Tüm araştırmaları ve çalışmalarını işçilerin kullanımına açar.²¹

İşyeri hekimliği hizmetlerine ilişkin düzenlemeler bir yandan gittikçe gelişirken 1934 yılında işçilerin işe giriş muayeneleri, periyodik sağlık muayeneleri ve bazı sektörlerde özel risklere maruz kalan işçilerin düzenli sağlık kontrollerinin yapılması zorunluluğu getirilir.

Bu sosyal yaklaşımlar, 1936 yılında, işçilerin büyük desteği ile iktidara gelen Halk Cephesi Hükümeti döneminde hız kazanır. Bu dönemde Dr. Guy Hauser ilk kez meslek hastalıkları arşivini ve danışmanlık hizmetlerini oluşturur. 7 Temmuz 1937 yılında İş Hekim Müfettişliği Konseyi kurulur.

İkinci Dünya Savaşı ve Nazi işgali ile kurulan işbirlikçi işgal hükümeti Vichy'nin işçi sendikalarının yasaklanması ve çıkardığı yeni yasalar bu gelişimi kesintiye uğratar.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, Doğu Avrupa ülkelerinde sosyalist devletlerin kurulması, Fransa'da güç kazanan sosyalist düşünceler ve sendikalar, işçi sınıfının kazanımlarının genişletilmesinde önemli rol oynar.

Fransa'da 11 Ekim 1946 tarihinde işyeri hekimliği servislerinin işyerlerinde zorunlu kılınması, finansmanın ve yönetiminin işverence karşılanması ve bu ser-

• 1976 Aralık; iş kazalarının önlenmesine ilişkin yasal düzenlemenin geliştirilmesi...

• 1979 işyeri hekimleri toplam çalışma sürelerinin 1/3'ü (iş analizi, iş risklerinin tespiti için gözlemlerde bulunması, işçilere ve işverene danışmanlık görevleri vb. için) işyeri ortamında geçirmesine ilişkin yasal düzenleme...

• 1982 Aralık; 1947 yılında düzenlenen hijyen ve güvenlik komitelerinin hijyen ve güvenlik ve çalışma koşulları komitesi olarak geliştirilmesine ilişkin düzenleme...

• 25 Haziran 1985; 'İşyeri Sağlık Servisleri' ne ilişkin İLO'nun 161 Sayılı Sözleşmesi, işyerinde işyeri hekimliği biriminin oluşturulması, bu birimin tamamen koruyucu nitelikte görev yapması, işçilerin işleriyle ilgili olarak en üst düzeyde beden ve ruh sağlığı içinde olması amacıyla işyeri ortamının sağlıklı bir duruma getirilmesini sağlayıcı önlemlerin alınması, işçilerin beden ve ruh sağlıklarının dikkate alınarak işin işçilerin kapasitesine uyumlu hale getirilmesi konularında işverene, işçilere ve işyerindeki temsilcilerine tavsiyelerde bulunması...

• 26 Haziran 1985 'İşyeri Sağlık Servisleri' ile ilgili İLO'nun 171 Sayılı Tavsiye Kararı 25 Haziran 1985 yılında kabul edilen 161 sayılı sözleşmenin uygulanma esaslarını belirlemek amacıyla çıkarılması...

• 1991 Aralık tarihinde, 1989 tarihli AB Direktifi' ne uygun olacak şekilde işte sağlık ve güvenlik koşullarının iyileştirilmesi doğrultusunda mesleki risklerin önlenmesi için iş ve halk sağlığı kanununda değişikliklere gidilmesi...

• 1995 yılında, İLO -DSÖ İş Sağlığı Ortak Komitesi' nin 12. oturumunda işyeri hekiminin çok meslekli bir iş sağlığı ekibi tarafından desteklenmesi gerekliliği belirtilmesi...

• 2000 Haziran; işyeri hekimlerinin önleyici çalışmalarına ve periyodik muayene süresine ilişkin yeni düzenleme...

• 2001 Ekim; işçilerin sağlığı ve güvenliği için işyerlerinde risklerin belirlenmesine ilişkin yasal düzenleme...

• 2002 Ocak; işyeri sağlık servislerinin çoklu mesleki bir anlayışla hizmet vermeye uygun hale getirilmesi, işyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlıklarına ve işçilerin sağlıklarının korunması çalışmalarına ilişkin prensipleri yeniden ele alan düzenleme...

• 2002 Ağustos; tüm yasal düzenlemelerde yer alan 'sağlık' kelimesinin 'fizik ve ruh sağlığı' olarak düzeltilmesi, işyeri hekiminin de işçilerin yalnızca fiziksel sağlığını değil aynı zamanda işin işçilerin ruh sağlığı üzerine olan etkileri ile de ilgilenmelerine ilişkin yasal düzenleme...

• 2003 Kasım; hekimleri işyeri hekimliğine teşvik eden düzenleme...

• 2003 Haziran ve Aralık; çoklu mesleki çalışmanın hayata geçirilmesi ve Mesleki Risklere Müdahale Personeli (IPRP) oluşturulmasına ilişkin düzenlemeler...

• 2004; işyeri hekimliği servislerinin iş sağlık servisleri haline dönüştürülmesi, böylelikle de bu yapılanmaların farklı mesleki gruplardan oluşması ve bu farklı meslekten personelin iş birliği içinde çalışmalarını yürütmesine ilişkin düzenleme...

• 2007 Şubat; hijyen, güvenlik ve koruyucu hekimliğe ilişkin düzenleme...

• 27 Ekim 2010; iş sağlığı servislerinin organizasyonu, işyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı, çoklu mesleki çalışmaya ilişkin yasal düzenleme...sonrasında da anayasa mahkemesince iptali *...

vislerin çalışmalarını koruyucu sağlık hizmetleri temelinde yürütmesi amacıyla yasal düzenlemeye gidilir. Yasa bu servislerde görev yapan hekimleri işyeri hekimisi olarak tanımlar. İşyeri hekimlerinin görevlerini; işçilerin sağlık durumlarını ve çalışma koşullarını yakından izlemek, işçilerin sağlıklarını olumsuz olarak etkileyecek tüm etkenlerden uzak tutulmalarını sağlamak için tamamen koruyucu hekimlik hizmetleri temelinde düzenler.

Sosyal devlet politikalarının ağırlıklı olduğu bu dönemde işyeri hekimliği ve işyeri sağlık hizmetleri de bu politikalara uygun olarak yürütülür. Sosyalist sistemlerin birbiri ardına yıkılmaları ve bu ülkelerin de kapitalist sisteme entegrasyonları ile birlikte çalışma yaşamı, işverenlerin tercihlerine uygun olarak yeniden biçimlendirilmeye girilir. Bir önceki dönemde ait yasal düzenlemeler ve oluşturulan yapılanmalar yeniden düzenlenmeye başlanır. Neoliberal dönem olarak ifade edilen bu dönemde, çalışma yaşamındaki gelişmelere uygun olarak işyeri he-

* 27 Ekim 2010 tarihinde 'işyeri hekimliği reformuna ilişkin düzenlemelerin emeklilik düzenlemeleri ile ilgisi olmasına rağmen 'emeklilik ile ilgili yasal düzenlemeler içine yerleştirilmesini ve bu şekilde Meclis'ten geçirilmesini Anayasa Mahkemesi Anayasa'ya aykırı bularak 9 Kasım 2010 tarihinde biçim yönünden iptal etmiştir.

kimliğinin görevleri, sorumlulukları, işyeri sağlık servislerinin yapısı ve hizmet anlayışı değiştirilmektedir. Fransa'da 2004 yılında çıkarılan yasal düzenlemeyle birlikte işyeri hekimliği servislerinin iş sağlık servisleri haline dönüştürülmesi ve bu yapılanmaların çoklu mesleklerden oluşacak şekilde belirlenmesi, daha sonra 2010 yılında da işyeri hekimlerinin görevlerinin yeniden tanımlanması bu doğrultudaki girişimlerdir. Tüm bu değişimlerin geri planı ve reform çalışmaları ileride daha geniş olarak ele alınacaktır.

3. İşyeri Sağlık Servislerinin Rolü

Kapitalizmin kendi iç dinamiği ile geliştiği ileri sanayi toplumlarında ekonomik gelişimin kendi özellikleri, işçi sınıfının örgütlülük düzeyi ve mücadelesi, toplumsal bilinç ve kültür vb. birçok etken devlet kurumlarını ve bunların çalışma anlayışını da biçimlendirmiştir. Avrupa'nın sanayi toplumlarında ortaya çıkan farklılıklar ve ortak yanlar bu toplumlarda farklı veya ortak özellikteki devlet biçimlerinin ve kurumsal yapılanmaların temelini oluşturmaktadır. Dolayısıyla işçilerin sağlıklarının ve yaşam şartlarının iyileştirilmesi mücadelesinin bir ürünü olarak ortaya çıkan işyeri hekimliği ve işyeri sağlık birimleri yapılanmalarının farklı sanayi toplumlarında ortak özelliklerinin ve farklı yanlarının kendi zeminleri içinde değerlendirilmesi gerekir. Aksi tutum farklı ülkelerin farklı özelliklerini ortaya çıkaran koşullardan, biçimleniş sürecinde birbirini dengeleyen farklı kuruluşlardan ve toplumun kültürel özelliklerinden bağımsız olarak eklektik bir biçimde bir araya getirilmesi 'dünya örneklerinin incelenmesi ve onlarda olan yapılanmaların ülkemize getirilmesi' yaklaşımının başarılı sonuçlara yol açması tesadüflere kalmakta, çoklukla da ülkemiz yazboz tahtasına dönüşmektedir. İşçi sağlığı ve işyeri hekimliğine ilişkin düzenlemeler bu duruma iyi bir örnek oluşturmaktadır diyebiliriz.

İşyeri hekimliğine ve işyeri sağlık birimlerine ilişkin olarak (Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya vb.) farklı Avrupa ülkelerinde hukuksal felsefelerin ve yasal düzenlemelerin genel olarak ortak olduğu, biçimlenişinin ise bu ülkelerin hukuksal yapısına ve devlet kurumlarının özelliklerine göre biçimsel farklılıklar içerdiği söylenebilir. Yine aynı şekilde işyeri sağlık birimleri ve

işyeri hekiminin statüsü ve eğitimi, işyeri sağlık birimlerinin organizasyonu, hizmetin kontrol mekanizmaları vb. de biçimsel farklılıklar göstermekle birlikte temel amaçta ortaklaşmaktadır. Bu ülkelerde işyeri hekimlerinin görevlerine ve sorumluluklarına bakışta yaklaşımların ortak olduğu ancak bunlara ilişkin yasal düzenlemelerin bazı ülkelerde (Fransa, Belçika, İspanya vb.) detaylı olarak düzenlendiği bazı ülkelerde ise (İngiltere vb.) ayrıntıya girilmediği görülmektedir.

İşyeri hekimliği ve işyeri sağlık birimlerinin başta Fransa olmak üzere diğer bazı Avrupa ülkelerindeki konumlarını ortaya koymaya çalışırken ortak yanları ve farklılıkları da bu açıdan değerlendirmek daha doğru olacaktır.

Tüm ülkelerde işyeri hekimi; işin ve çalışma ortamının, koşullarının işçilerde yol açtığı fizyolojik, psikolojik, patolojik rahatsızlıkların nedenlerinin incelenmesi ve çalışma ortamında bulunan sağlığa zararlı etkenlere karşı önlemler alınması amacıyla görevlendirilmiştir.

Bu doğrultuda işyeri hekimi çalışmalarını iki temel eksende yürütür:

- 1.Çalışanların sağlıklarının sürekli ve düzenli olarak kontrolü
- 2.Çalışma ortamının sürekli kontrolü ile bu ortamdaki sağlığa zararlı etkenlerin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması.

İşyeri hekiminin iki temel ekseninde ve birbiriyle ilişkili olarak yürütmek durumunda olduğu çalışmaların dayandığı mantığı kısaca hatırlatmak gerekirse²²:

- **İşçilerin sağlıklarının sürekli kontrolü:** İşçilerle görüşmeyi, muayeneyi, yardımcı laboratuvar analizlerini ve radyolojik incelemeleri kapsar. Bu muayene, işe giriş muayenesi ile normal sağlık kontrolü şeklinde ya da belli bir amaç doğrultusunda yapılan muayeneyi (hastalık veya iş kazası sonrasında yeniden işe başlamadan önceki muayeneyi, sağlık nedeniyle işin değiştirilmesi durumunda yeni işe başlamadan önceki muayeneyi, işçinin kendi isteği üzerine olan muayeneyi, işyeri hekiminin epidemiyolojik bir çalışması amacıyla ya da işyerinde güvenli çalışma ortamı oluşturulması ve hijyeni ile ilgili bir kuruluşun isteği üzerine yapılan muayeneyi) kapsar. Böylelikle işçinin fizyolojik, patolojik ve mesleki geçmişinin tanınmasına ve işin

işçiye uygunluğunun, çalışma ortamındaki koruyucu teknik önlemlerin de işçilerin sağlıklarını korumadaki etkinliğinin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Gerek laboratuvar, gerekse diğer tıbbi analizler kişinin sağlık durumunun tanınmasında zorunlu araçlar olup, herhangi bir mesleksi zehirlenmede ön bilgilerin ya da zararlı etkenin yol açtığı tahribatların erken fark edilmesine ve işyerindeki bu etkenlere karşı alınan önlemlerin etkinlik düzeyinin belirlenmesine ve bu doğrultuda yapılacak çalışmalarda işyeri hekimine önemli veriler sunar. Bu sağlık muayeneleri ayrıca toplum sağlığı çalışmalarının da bir parçasını oluşturur; henüz ortaya çıkarılmamış organik bozuklukları, hipertansiyon, diyabet, karaciğer yetersizlikleri ve psikolojik rahatsızlıklar gibi hastalıkların da erken teşhisine dolayısı ile de erken tedavilerine olanak sağlar.

• **İşyeri ortamı ve çalışma koşullarının düzenli kontrolü:**

Çalışma ortamında bulunan gürültü, vibrasyon ve ortam ısısı, nemi vb. çeşitli kimyasal maddelerin havadaki toz, buhar, gaz, süspansiyon formları mesleksi hastalıklarına yol açar. Bu etkenler ve iş organizasyonunun bileşenleri (çalışma ve dinlenme saatleri, çalışma ritmi, monotonluk, işyerindeki psikolojik ortam, insan ilişkileri vb.) işçinin fizik, psikolojik dengesini bozarak dikkat eşiğinin düşmesine, algılama kapasitesinin azalmasına yol açarak iş kazalarına da neden olur.

Kamusal otorite olarak devlet, işverenin özel mülkiyeti durumunda olan işyerlerinde işyeri hekimi bulundurulmasına ve bu hekimin de işyerinde yapmakla yükümlü olduğu görevleri tanımlayarak bu doğrultuda kendisine verilen yetkileri kullanmasına gerekli ortamı sağlamaya çalışmaktadır. Bunun içinde işyeri hekimini özel bir statüye büründürerek onun hem işverenin, hem de işçilerin etkisi ve baskısından uzak tam bir bağımsızlık içinde yasalarca belirlenen görevlerini yerine getirebilmesini sağlayacak mekanizmaları da oluşturduğu görülmektedir.

Avrupa ülkelerinde işyeri hekiminin işyerindeki özel konumu ve statüsünün, işçilerin sağlıklarının korunmasına ilişkin olarak oluşturulan işyeri sağlık örgütlenmelerinin konumu ile doğrudan bağlantılı olduğu görülmektedir. İşyeri hekiminin işyerindeki diğer personelden ayrılarak özel konumuna uygun olarak işe

alınması, işine son verilmesi, iş sözleşmesi, çalışma süresi ve çalışmalarının kontrolü, denetlenmesi vb. ilişkin farklı mekanizmalar geliştirilmiştir.

Kısaca ifade edilen bu çerçevede tüm Avrupa ülkelerinde işçi sağlığı ve işyeri hekimliğine ilişkin ortak yaklaşımı oluşturmaktadır. Ülkemizde 1980 yılında çıkarılan işyeri hekimliği ve işyeri sağlık birimlerine ilişkin yönetmelikte, bu ortak yaklaşıma detaylı olarak yer verildiği görülmektedir *.

Bu mekanizmaların farklı ve ortak yanları ile birlikte ülkelere göre biçimlenişini kısaca ortaya koymak aynı zamanda AB ülkelerinde uygulamaya konan 'reform' politikalarının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

1. Fransa²³⁻²⁴

İşyeri Hekiminin Yasal Konumu: İşyeri hekimi, işyeri hekimliği uzmanlık diplomasına sahip bir hekimdir. İşyerinde iş sağlığı servisini oluşturan işverene tabi olarak ücretli statüsünde çalışır. Küçük ve orta boy işletmeler için oluşturulan iş sağlığı ortak servisi, işverenlerin bir araya gelerek oluşturdukları ve kar amacı olmayan, personelinin moral bağımsızlığı olduğu, özerk finansmana sahip, yönetim kurulu başkanlığını bir işverenin yaptığı dernek statüsünde bir organizasyondur. İşyeri hekimi, bu servislerde özel statüde ücretli olarak çalışır. İşyeri hekimi işçilerin sağlık ve güvenlikleri ile özel olarak ilgilenen ve onların sağlık izlemlerini üstlenen işyeri idari kadrosunda yer alan bir kişidir. Görevleri ve mesleki bağımsızlığı yasalarca garanti edilir.

İşyeri Hekimlerinin Atanmaları: İşyeri hekiminin bir iş sağlığı seviğinde işe atanmasına, iş değiştirmesine, işten çıkarılmasına bazı güvenceler getirilmiştir.

Bu atama işlemi işyeri komitesi veya işyerleri ortak komitesi ya da işyerleri kontrol servisleri komisyonu vb. işçi örgütlenmeleri

* *İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları İle Görev Ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik* (R. G.: 4.7.1980-No:17037) işyeri hekimlerinin görevlerini; İşyeri hekimlerinin tıbbi görevler (a' dan j' ye kadar uzanan 10 alt başlıkta), işyeri hekiminin tıbbi-teknik görevler (işyeri hijyeni ve güvenliği konularında inceleme-araştırma, iş ve işçi uyumu, sağlık eğitimi, kayıt ve istatistik, inceleme-araştırma ve işyeri dışı kuruluşlarla ilgili görevler alt başlığı altında ve bunlarında her birini detaylı bentler) halinde sıralamaktadır.

ve yönetim kurulunun birlikte olurunun gerektirir. İşyeri hekiminin deneme süresi bitmeden bu kuruluşların karşılıklı istişareleri ile kesin karar verilir. Kuruluşlar arasında uyumsuzluk durumunda atama ancak hekim iş müfettişine danışıldıktan sonra gerçekleştirilir.

Aynı prosedür işyeri hekiminin iş değiştirmelerinde ve iş sağlığı ortak servisinde çalışma alanı ve iş bölümü vb. her türlü değişikliklerde de geçerlidir.

İşyeri ile İşyeri Hekimliği Arasındaki İş Sözleşmesi: İşyeri hekimi ile işveren ya da işyeri ortak sağlık servisi başkanı arasında yazılı olarak yapılan iş sözleşmesi tıbbi deontoloji kurallarına uygun olmak zorundadır. Yapılan sözleşmenin bir örneği deontoloji kurallarına uygunluğunun kontrolü için bir ay içinde işyeri hekiminin üyesi olduğu tabip odasına gönderilir.

İş Aktinin Sona Ermesi: İşyeri hekiminin görevinden alınması ancak işyeri komitesi veya işyerleri ortak komitesi ya da işyerleri kontrol servisleri komisyonu vb. kurumlarında onayı ile yapılabilir. Bu yapılanmaların ortak kararı olmaksızın işyeri hekiminin görevine son verilmesi durumunda konu hekim iş müfettişine yansıtılır ve hekim iş müfettişi kararı ile işyeri hekiminin görevi sonlandırılabilir. Hekim iş müfettişi işyeri hekiminin görevini normal olarak yerine getirirken işveren tarafından işine son verilmesi durumunda bu kararı iptal yetkisine sahiptir

İşyeri Hekimliği Eğitimi: İşyeri hekiminin kendisine verilen görevleri yerine getirebilmesi ve bu doğrultuda koruyucu sağlık hizmeti yürütmesi için tıbbi ve teknik bilgi ile donatılması gerekir. Bu anlamıyla işyeri hekimliği tıpta bir uzmanlık alanı olarak tanımlanır.

- **İşyeri Hekimliği Uzmanlık Eğitimi:** Altı yıl süren tıp fakültesini bitirdikten sonra sınav sonrasında başarılı olan hekimler, işyeri hekimi uzmanlık eğitimi için meslek hastalıkları, endüstriyel hijyen, ergonomi, toksikoloji, iş psikodinamiği, epidemiyoloji vb. konularda dört yıl süren spesifik teorik ve pratik eğitim sonrasında işyeri hekimliği uzmanlığı diplomasına sahip olabilirler.
- **İşyeri Hekimliği Sertifikasyon Eğitimi:** Tıp fakültesi

eğitimi sonrasında işyeri hekimliği yapabilme becerisine ulaşmak için hekimler 2 yıl süreli teorik ve pratik eğitim sonunda işyeri hekimliği sertifikasına sahip olabilirler.

İşyeri Hekiminin Çalışma Süresi: Avrupa ülkelerinde işyeri hekiminin çalışma süresine ilişkin farklı belirlemeler bulunmaktadır. Fransa’da işyeri hekiminin görev tanımı içinde yer alan (işyeri ortamının gözlenmesi, meslek risklerinin belirlenmesi, işin işçilere uyarlanması vb.) işyeri ortamında yapması gereken çalışmalar için toplam mesai süresinin 1/3’ nü çalışma ortamında geçirmesi yasal bir zorunluluk olarak düzenlenmiştir.

İşyeri Hekiminin Sağlık Danışmanı Olarak Faaliyetleri: İşyeri hekimi işverene, işçilere, işyeri temsilcilerine, işyerinde oluşturulmuş olan işçi sağlığı ve güvenliği komitesine sağlık alanında danışmanlık yapar. Bu danışmanlık hizmetlerini işyeri çalışma koşullarını ve yaşamını, işçilerin yaptıkları işe uyumlarını, çalışma ritimlerinin insanın fizik yapısına ve psikolojisine uyumunu, işyerindeki sağlık risklerine karşı alınan önlemleri, özellikle de iş kazalarının ve tehlikeli maddelerin kullanılması esnasındaki risklerin azaltılması vb. konularını kapsar.

İşçilerin;

- işe girişlerde işe başlamadan önce,
- her iki yılda bir düzenli olarak,
- iş kazası sonucu 7 günden fazla süre işten uzak kalma durumlarında,
- meslek hastalığına bağlı olarak 21 günden fazla süre işten uzak kalma durumunda yeniden işe başlamadan önce
- özel risk taşıyan işlerde de 6 ay ya da 12 ayda bir sağlık kontrolünden geçmesi yasal olarak zorunludur.

Bu sağlık kontrollerinin dışında;

- işçi veya işveren herhangi bir zamanda tıbbi muayene talep edebilir.
- işyeri hekimi ilkyardım eğitimine katılır ve ilk yardım için gerekli ekipmandan sorumludur.
- işyeri hekimleri, önceden bildirmeksizin işyerinde hijyen ve çalışma koşullarını görmek için iş yerinde inceleme yapabilir ve riskleri işyeri kayıt formuna not ederek gündeme taşır.
- işçilerin işyerinde hijyen ve iş güvenliğine ilişkin yasal ek-

sikleri bildirilmesi için işyeri hekiminin adı ve telefon numarası işyerine asılır.

İşçilerin Sağlık Bilgilerinin Gizliliği: İşyeri hekiminin işe alınmasında hangi yasal statü geçerli olursa olsun, işyeri hekimi meslek odasına kayıtlı olup hekimlerin mesleki uygulamalarını ve görevlerini belirleyen tıbbi deontolojiye veya kurallarına tabi olarak hareket eder. Tıbbi gizlilik gerektiren ve mesleki sır içeren her türlü veriyi, her türlü talebe karşın korumakla yükümlüdür.

Mesleki Bağımsızlık: İşyeri hekimini nerede olursa olsun görevini yerine getirirken yapacağı tüm faaliyetler hukuk ve tıp etiğinin garantisi altındadır. Tıbbi alanda tam olarak tam bağımsızlığa sahip olup işverenin hiçbir müdahalesini kabul etmez.

İşyeri Sağlık Servisleri

Fransa'da, işyeri sağlık servislerinin organizasyonundan ve finansmanından işverenler yasal olarak sorumludur. Herhangi bir işyeri, işçi sayısında 2.200' e ya da yılda 2.134 sağlık muayenesine ulaşılması durumunda kendi iş sağlığı servisini oluşturmak ya da iş sağlığı ortak servisine işçilerinin ulaşımını sağlamak zorundadır.

Yeterli büyüklükteki işyerleri kendi çalışanlarının iş sağlığı hizmetlerine ulaşabilmeleri için organizasyon oluşturmak zorundadır. Bu organizasyon iş sağlığı birimi olarak adlandırılır. İşveren temsilcisi iş sağlığı biriminin organizasyonundan ve burada ücretli olarak çalışacak işyeri hekiminin varlığından sorumludur. Bölge hekim iş müfettişinin ve Çalışma ve İşgücü Birimi'nin (MIRMO) görüşü alınarak her beş yılda bir yenilenmek kaydıyla işyeri sağlık biriminin kurulmasına izin verir.

İşyerinin özelliğine (bir veya birden fazla üretim bölümleri içermesine) bağlı olarak işyeri sağlık servisi ya da işyeri bölümleri sağlık servisi ya da işyerleri ortak sağlık servisi oluşturulur.

İş Sağlığı Ortak Servisleri: Birçok küçük veya orta boy işyeri işçilerinin iş sağlığı hizmetlerini erişimlerini sağlamak için iş sağlığı ortak servisi oluşturmak durumundadır. İş sağlığı

ortak servisi oluşturulmasına ilişkin yasal düzenleme iş sağlığı hizmetlerinin organizasyonu için işverenlerin bir araya gelerek dernek tüzel kişiliğinde iş sağlığı ortak servisi oluşturmasını belirtir. Bu derneğin çalışması genel dernek çalışmaları gibi genel kurul, düzenli ya da özel seçimle yönetim kurulu, bir ofis atanması şeklinde dernekler kanununa tabidir. İş sağlığı servisi gelirleri tamamen üyesi firmalar tarafından yapılan maddi katkılarla sağlanır ve kar amacı gütmeyen derneklerden olup mali özerkliğe sahiptir. İşyeri hekimliği çalışmaları ile sınırlandırılmış bir amaç doğrultusunda sivil yapılanmalardır.

İş Sağlığı Servislerinin Kontrolü: Dernek yönetim kurulunun faaliyetleri kontrol komisyonunca denetlenir. Kontrol komisyonunun üye işyerlerinin personel işlerinden ve sendika temsilcilerinden oluşacak şekilde Haziran 2004 Reformu ile daha fazla güçlü kılındığı iddia edilmektedir. 2004 yılından bu yana, tüm işyeri ortak iş sağlığı servislerinin (derneklerin) hesapları da özel bir denetçi tarafından denetlenerek serfikalandırılmaktadır.

İş sağlığı ortak servisinde çalışan ücretli personel kendi işleminde belirledikleri temsilcileri aracılığıyla işyeri hekimleri hizmetleriyle ilgili konularda görüş alışverişinin sağlanması ve servisin işleyişinde şeffaflık oluşturulması amacıyla her iki organda da (yönetim kurulu ve kontrol komisyonunda) yer alır.

Yasal düzenlemeler, iş sağlığı ortak servisinde çalışan işyeri hekimleri ve diğer meslek grupları (ergonomistler, toksikologlar, mühendisler, sağlık ve güvenlik uzmanları, iş psikologları vb.) görüşlerini ve önerilerini iletmeleri için mediko-teknik komisyonunun oluşturulması yasal bir zorunluluktur. Mediko-teknik komisyonu çalışmaları, önerileri ve yaklaşımları kontrol komisyonuna sunar.

Son olarak, kanun işyeri hekiminin medikal ve teknik bağımsızlığını garanti eder. Denetim komitesi, özellikle işyeri hekiminin işe alınması, işten çıkarılması ve mesleklerini icra ederken baskı altında kalmamalarını sağlar.

Devletin İş Sağlığı Servisi Denetimi ve Çalışma Onayı İzni:

Gözetim: İş sağlığı servislerinin (yönetim kurulu, denetim kurulu, genel kurul toplantıları, faaliyet raporları ve mali faa-

liyetleri, mediko-teknik komisyon) tüm resmi toplantı sonuçları Çalışma Bölge Müdürlüğü'ne (DRTEFP) ulaştırılır ve Çalışma Bölge Müdürlüğü bu servislerin yasal düzenlemelere uygun olarak yönetilmesini ve etkin işleyişini sağlar.

Akreditasyon: İş sağlığı ortak servislerinin örgütlenmesi ve işleyişi periyodik olarak hekim iş müfettişince izlenir ve onun denetimine tabidir. Bölge Müdürlüğü, işçilerin sağlıklarının korunması çalışmalarını, sağlık servisinin çeşitli toplantı sonuçlarını ve sağlık servisi çalışanlarının düşüncelerini değerlendirek iş sağlığı ortak servislerinin çalışma iznini yenilemektedir. Onay genellikle beş yıllık bir süre için verilir. 2004 yılından bu yana, DRTEFP geçici onayı ve daha sonrasında da beş yıl süreli onaya dönüştürmektedir.

2. Belçika²⁵

İşyeri Hekimlerinin Atanmaları: 4 Ağustos 1996 Yasası'na göre, işyeri içinde işyeri sağlık servisi ya da dışında işyeri ortak sağlık servisi aracılığıyla işçilerin sağlıklarının izlenmesi ve koruyucu, önleyici hizmetleri için bir işyeri hekimi bulundurulması zorunludur.

İşyerinde koruyucu sağlık hizmeti için oluşturulan işyeri sağlık birimine işyeri hekimi ataması yapılmadan önce işveren işyerinde bulunan işyeri koruyucu ve önleyici komisyonunun onayını almak zorundadır. Komisyonun bu atamaya ilişkin karşı görüşü varsa bunu yazılı olarak (taahhütlü posta ile) işverene bildirir. İşveren de düşüncesini 30 gün içinde komisyona aktarır.

İşveren tarafından oluşturulan dernek statüsündeki iş sağlığı ortak servisine işyeri hekiminin ataması, üye işveren ve işçi temsilcilerinden oluşan yönetim kurulunun izni ile yapılır.

3. Almanya²⁶

İşyeri Hekimlerinin Atanmaları: 1973 yılında çıkarılan yasa işverene, İşyeri Konseyi'nin onayı ile 'yazılı olarak bir işyeri hekimi atama' zorunluluğu getiriyor. İşyeri hekiminin statüsü ücretli ya da daha farklı olarak belirlenebilmektedir. İşyeri hekiminin sözleşmesi işyeri hekiminin çalışma süresine göre olmaktadır. Bu süre işyerinin çalıştırıldığı işçi sayısına,

bağlı olduğu iş kolu sektörüne göre yılda işçi başına 15 dakika ile iki saat arasında değişmekte ve bu medikal hizmetin gerektirdiği sürenin de işyeri hekimleri derneği tarafından belirlenmesini öngörmektedir.

İşyeri ile İşyeri Hekimi Arasındaki İş Sözleşmesi: İşyeri hekimi kısmi veya tam zamanlı çalışması durumuna göre yapacağı sözleşme ile ücretli statüsünde olabileceği gibi işveren işyeri hekimine iş sağlığı servisini kiralayarak serbest çalışma üzerinden de anlaşabilmektedir.

Genelde büyük işyerleri kendi iş sağlığı servislerini kurmayı tercih etmekte ve işyeri hekimi işyerine sözleşme ile bağlı olarak tam gün çalışmaktadır. Orta boy ve küçük işyerleri ise işyerleri ortak sağlık servislerinden hizmet almaktadır. Bu işyeri ortak sağlık servisleri tam anlamıyla ticari bir kuruluş şeklinde faaliyet göstermektedir. 1973 yılında çıkarılan yasal düzenlemede, 'işveren bu tür servislerle anlaşma yaparak kendi işyerlerine bir işyeri hekimi ataması yapma yükümlülüğünden Kurtulurlar' hükmü getirilmiştir.

İşyeri hekimliği hizmetine fazla ihtiyaç duymayan ve sınırlı bir hizmetin yeterli olduğu bazı işyerleri ise serbest olarak çalışan her hangi bir hekimle anlaşma olanağına sahiptir. Bu durumun yol açtığı sorunlar önemli tartışmalara neden olduğundan, yaşanan olumsuzlukları giderici önlemler geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Mesleki Bağımsızlık ve İşçilerin Sağlık Bilgilerinin Gizliliği: İşyeri hekiminin yasal statüsü ne olursa olsun, yasal düzenlemeler; işverenin iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin olarak yasal düzenlemelerin işyerinde uygulanmasından işvereni sorumlu tutmakta ve 'işyeri hekiminin doğrudan doğruya' işverene bağlı olduğunu belirtmektedir. İşyeri hekiminin işverene 'doğrudan doğruya bağlı' olması işyeri hekiminin gerek medikal gerekse teknik planda mesleki bağımsızlığın korunması için 'işyeri hekimi hiçbir talimata bağlı kalmaksızın kendi mesleki bilgilerinin gereğini yerine getireceklerine' açıkça yer veren bir yasal düzenleme 1973 yılında çıkarılmıştır. Yine aynı yasal düzenleme 'işyeri hekimlerinin yalnızca kendi vicdanlarına itaat edeceklerini ve tıbbi gizlilik kurallarına uygun davranacaklarını' da belirtmektedir.

İşyeri Hekimliği Eğitimi: Yasal düzenlemelere göre işyeri hekimliğine ilişkin iki farklı düzeyde eğitim bulunmaktadır:

- İşyeri Hekimliği Uzmanlığı: 6 yıllık tıp fakültesi eğitimi sonrasında dört yıllık uzmanlık eğitimi ile işyeri hekimliği uzmanlık diplomasına hak kazanılmaktadır.
- İşyeri Hekimliği Yetkisi: 6 yıllık tıp fakültesi eğitimi sonrasında üç yıllık tamamlayıcı eğitim ile işyeri hekimliği yetkisine hak kazanılmaktadır.

4. İngiltere ²⁷⁻²⁸

İşyeri Hekiminin Yasal Konumu: İşyerinde iş sağlığı servisi oluşturulması ve burada işyeri hekimi bulundurulması zorunluluğu yoktur. İşyerinde işçi sağlığı ve güvenliği hizmeti ve bunun için çalışacak personelin niteliğinin ne olacağı tamamen işverenin takdirine bağlıdır.

İşveren işyeri sağlık servisini işçilerin sağlıklarının korunmasını en ekonomik şekilde sağlamak için işyerinin ihtiyacına uygun bir şekilde oluşturabilmektedir. Burada çalışan personeli kalite ve üretkenlik temelinde de değiştirebilmektedir.

İşyeri ile İşyeri Hekimi Arasındaki İş Sözleşmesi: İşverenler genel olarak, işyeri hekimi çalıştırmak yerine, iş sağlığı eğitimi almış hemşireleri tercih etmektedir. Bir pratisyen hekim gözetiminde işçilerin sağlıklarını izleyen bu hemşireler işçi statüsündedirler. İşveren işyeri hekimi olarak belirli bir süre veya belirli aralıklarla çalışacak bir pratisyen hekimle de anlaşabilmektedir.

Büyük işyerleri kendi iş sağlığı servisini kurmakta ve bu servislerde pratisyen hekim veya işyeri hekimi ve uzman hemşire bulundurulmaktadır. Burada çalışan işyeri hekimi bir iş sözleşmesi ile işverene bağlıdır.

Orta ve küçük boy işyerleri ise, ticari işletme olarak çalışan ve serbest hekimlerin bir araya gelerek oluşturdukları iş sağlığı ortak merkezi veya sigorta şirketlerinin oluşturdukları bu tip sağlık merkezlerinden hizmet satın alabilmektedir. Ayrıca hastanelere bağlı sağlık kuruluşları kendi müşterilerini oluşturarak bu tip hizmet sunumuna girmektedir.

Mesleki Bağımsızlık ve Bilgilerin Gizliliği: İşveren (geçici statüde, işe yeni alınacak ya da eski) işçilerinin sağlık dosyalarında

bulunan bilgilere ulaşma alma hakkına sahip olmakla birlikte bunun sınırı 1988 yılında çıkarılan bir yasa ile belirlenmiştir. İşverenin işçinin sağlık bilgilerine ulaşmak istediğinde, işyeri hekimi işçiyi korumak amacıyla ve işçinin de bilgisi dahilinde, somut kanıt üzerinden bu bilgilendirmeyi işverene yazılı olarak yapabilmektedir. İşverene bilgi vermeden önce yasanın ön gördüğü 21 günlük süre içerisinde işçinin sözlü ya da yazılı onayı aldıktan sonra işçinin sağlık durumuna ilişkin sağlık dosyasındaki bilgileri işverenle paylaşabilir. Bununla birlikte hekim, bilginin üçüncü bir kişiyi ilgilendirdiği durumda, işçinin sağlık dosyasında yer alan bilginin saklanması gerekliliği kanısında ise işçinin sağlık dosyasındaki bilgileri işverene vermeyi reddedebilir. İş sağlığı hizmetlerinin ticarileştirilmesi ile birlikte bu düzenlemelerin kağıt üzerinde kaldığı belirtilmektedir.

Kontrol Mekanizmaları: 1974 yılında çıkarılan yasa ile Sağlık ve Güvenlik Komisyonu (HSC) ve Sağlık ve Güvenlik Uygulaması (HSE) olmak üzere iki kamu yapılanması oluşturulmuştur:

1. Sağlık ve Güvenlik Komisyonu (HSC): Sağlık ve güvenlik ile ilgili konularda mevzuatın geliştirilmesi, hükümete danışmanlıkta bulunulması, sağlık ve güvenliğe ilişkin davranış geliştirilmesi ile görevlidir. Özellikle radyoaktif, amiyant, kurşun, tehlikeli kimyasallar ile ilgili özel sağlık izlemi için politika oluşturulmasında da çalışır.

2. Sağlık ve Güvenlik Kontrolü (HSE): İş hijyeni ve güvenliği müfettişliği ve işyeri hekimliği danışma servisleri aracılığıyla işyerlerinde yasal düzenlemelerin uygulanışını izler.

a. İşyeri Hekimliği Danışma Servisi: Sağlık ve güvenlik danışma servisine bağlı olup bünyesinde yaklaşık 40 işyeri hekimi ve 60 işyeri hemşiresini barındırır. Görevi; hükümete, sağlık ve güvenlik komisyonuna, işveren ve işçi sendikalarına, işyeri hekimlerine danışmanlık yapmak, onları bilgilendirmek ve meslek hastalıklarına ilişkin çeşitli anket çalışmalarında bulunmaktır. Ayrıca işyerlerinde sağlık ve güvenliğe ilişkin iş müfettişliği gibi yetkileri de vardır.

b. İş Hijyeni ve Güvenliği Müfettişi: Sağlık ve güvenlik kontrol birimi içinde yer alan bu müfettişler geniş yetkiye sahip olarak işyerlerinde işyeri hekimliğine ilişkin mevzuatın

uygulanmasını kontrol etmek ile görevlidirler. İşyeri hekiminin çalışmalarını değil, işyeri hekiminin görevlerini yerine getirmesi sürecinde işverenin yasalara uygun davranıp davranmadığını kontrol ederler ve işverenlere resmi bildirimde bulunurlar.

5. İspanya²⁹

İşyeri Hekiminin İşyerindeki Konumu: 89/391/CEE Direktifi'ne uyum doğrultusunda 1995 yılında çıkarılan meslek risklerinden korunma yasası, işyerlerinde koruyucu çoklu mesleklerin birlikte çalışacakları servislerin oluşturulmasını düzenlemiştir. Bu servislerin büyüklüğü ve niteliği işyerinde işçilerin maruz kaldıkları meslek risklerine göre değişmektedir.

1997 yılında çıkarılan, 'Çalışanların Sağlıklarının Kontrolü ve İzlemi' Yönetmeliği iş sağlığı servislerinin görevlerini yerine getirmeleri için işyeri hekimi uzmanı ya da işyeri hekimi eğitimi almış bir hekim bulundurmasını zorunlu kılmaktadır. İşyeri hekimi işyerinde, iş sağlığı ortak servislerinde veya iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortasında ücretli statüsünde çalışmaktadırlar.

Küçük işyerlerindeki işyeri yetkilisi çalışanların sağlıklarının gözetilmesi hariç olmak üzere iş güvenliği çalışmalarını üstlebilmektedir. İşyeri yetkilisi, işyerinde özel bilgi gerektiren koruyucu hizmetler hariç olmak üzere koruyucu hizmetler için işçileri görevlendirebilmektedir.

İşyeri Sağlık Servisleri: 500'den fazla işçi çalıştıran işyerleri kendi işyeri sağlık birimini oluşturmak zorundadır. Meslek risklerinin yüksek olduğu tehlikeli sektörlerde ya da özel bilgi gerektiren işyerlerinde ise 250 ile 500 arasında işçi çalıştıran işyerleri de kendi iş sağlığı servisini kurmak zorundadır. Bu servisler, işyeri hekimi ve yardımcı sağlık personeli (işyeri hemşiresi) zorunlu olmak üzere, iş güvenliği uzmanı, iş hijyen uzmanı, ergonomist ve psikososyoloji uzmanlık alanlarından en az bir tanesini de bulundurmak zorundadır.

Aynı sektörde faaliyet gösteren işyerleri veya aynı coğrafi alanda bir arada bulunan işyerleri bir araya gelerek iş sağlığı ortak servisi kurabilmektedirler. Bu servisler işyeri sağlık servisleri ile aynı kriterleri taşımak zorundadır.

Mesleki Bağımsızlık ve Bilgilerin Gizliliği: İşyeri hekimi de tüm hekimler gibi mesleki gizliliğe uymak zorundadır. Koruyucu sağlık hizmeti veren farklı kuruluşlar arasında zorunlu olan işbirliği çalışmalarına rağmen işçilerin kişisel sağlık verilerinin gizliliği esastır.

İşyeri Hekimliği Eğitimi: Tıp fakültesi eğitimi sonrasında işyeri hekimi olmak için fabrika hekimliği (işyeri hekimliği) ya da işyeri hekimliği uzmanlık diploması gerekmektedir.

- **İşyeri hekimliği uzmanlık eğitimi:** Üç yıllık bir uzmanlık eğitimidir. Bu üç yıllık eğitim; ergonomi, mevzuat, iş organizasyonu, travmatoloji, readaptasyon, toksikoloji, işe bağlı meslek hastalıkları patolojileri vb teorik konular ile fakülte laboratuvarlarında, hastanelerde ve farklı işyerlerinde farklı çalışmaların yapıldığı stajlardan oluşmaktadır.
- **Fabrika hekimliği (işyeri hekimliği) eğitimi:** Günde üç saat olmak üzere bir yıl süren ve ağırlıklı olarak teknik konularını işlendiği bir eğitim sonunda diplomaya hak kazanılmaktadır.

Kontrol Mekanizmaları: İş müfettişliğinin denetim alanının bir parçasını da iş hijyeni ve güvenliğine ilişkin çalışmalar oluşturmaktadır.

Sağlık ve güvenlik komitesi 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde bulunmaktadır. İş güvenliği işçi delegeleri ile işveren ve temsilcilerinden oluşur. Sendika yetkilileri, iş güvenliği alanında bilgi sahibi uzmanlar ve işyeri hekimleri komite toplantılarına katılabilirler, ama oy kullanmazlar. Güvenlik ve sağlık komitesi, işyerinde bulunan sağlık ve güvenlik risklerini değerlendirir ve koruyucu programlar geliştirir. Aynı zamanda üretim sürecinde ortaya çıkan riskler ve bunların önlenmesi ya da asgari düzeye indirilmesi doğrultusunda işçilerin bilgilendirilmelerini ve sürece katılımlarını da sağlar. Komite gerekli durumlarda ve üç aylık aralıklarla toplanır.

6. İsveç³⁰

İşyeri Hekimlerinin Konumu: 1992' de yapılan bir düzenlemeyle iş sağlığı uzmanlığı, çevre ve iş sağlığı uzmanlığı (OEM) haline getirilmiştir. Hekimler iş sağlığı ortak servisi ya da büyük firmaların iş sağlığı servisinde hizmet vermektedir.

İşyeri hekiminin temel görevi; meslek hastalıklarının ve kazaların önlenmesi, meslek hastalıklarının tanısı, işçilerin işe adaptasyonu ve rehabilitasyonudur. İşyeri hekimliği uzmanları ise daha çok üniversitelerde komplike vakaların tedavisinde, eğitim, danışmanlık ve araştırma işlerinde çalışmaktadır.

Yedisi bölgesel dördü de yerel olmak üzere oluşturulan OEM kliniklerinde çalışan 80 uzman işyeri hekimi, kendilerine işyeri hekimleri yada diğer sağlık kuruluşlarındaki hekimler, Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından sevk edilen komplike vakalara bakmaktadır. Ayrıca işyeri hekimi uzmanları çeşitli enstitülerde ve devlet dairelerinde çalışmaktadır.

İşyeri Hekimliği Eğitimi: İsveç tıpta uzmanlık dernekleri (OEM Derneği) İsveç Tabipler Birliği ile birlikte, gönüllü hekimlere, yazılı bir test ve hasta vakaları üzerinden bir problemin sistematik çözümünü içeren sözlü bir sınav sonucunda işyeri hekimliği belgesi vermektedir.

İşyeri Hekimliği Servisleri: 1991 tarihli İş Kanun' u işvereni yalnızca çalışma ortamının fiziksel durumundan sorumlu tutmanın yanı sıra işçiler için yararlı olacak psiko-sosyal ortamı sağlamakla da yükümlü kılmaktadır. İş sağlığı servisi ve iş sağlığı ortak servisinde işyeri hekiminin yanı sıra işyeri hemşireleri, fizyoterapistler, kısmen davranış bilimciler ve iş güvenlik mühendisleri de iş birliği içinde hizmet vermektedir.

İsveç'teki işçi sağlığı hizmetleri modeli diğer ülkelerden daha farklıdır. İşçi sağlığı ve iş sağlığı servislerinin verdiği hizmetler birbirinden farklı yapılar şeklinde ancak kamusal sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak düzenlenmiştir. Kamusal olarak verilen bu hizmetler devlet tarafından finanse edilmektedir. Ancak 1992'de bu sübvansiyonun geri çekilmesi ile birlikte günümüzde işçi sağlığı hizmetleri tamamen özel sektör tarafından verilmektedir. Bu hizmetin özelleştirilmesi ile birlikte işçi sağlığı hizmetlerinden yararlanan küçük işyerlerinin sayısı hızla düşmüştür. Ayrıca bu alanda çalışan uzman personel sayısında da azalma yaşanmıştır.

Kontrol Mekanizması: İşçi sağlığı hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan sorunları gidermek ve hizmet-

lerinin kalitesini güvence altına almak için kılavuz hazırlanmış ancak az sayıda birim sertifikalandırılabilmiştir. Bunun yanı sıra özellikle işyeri ortak sağlık birimleri için etik kılavuz hazırlamak zorunda kalınmıştır.

Bir diğer kontrol mekanizması olarak da, işçi sendikalarının işverenin sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini gözlemleyecek güvenlik delegeleri atama hakkına sahip olmasıdır. Bu güvenlik delegeleri insan hayatı ve sağlığına tehdit oluşturacak durumlarda işi durdurabilmektedir. Bu durumda iş başlatılmadan önce işverenin iyileştirici tedbirler alıp almaması gerektiğine iş müfettişliği karar vermektedir.

BÖLÜM III

Çalışma Yaşamında Değişiklikler ve İşyeri Hekimliğinde 'Reform' Tartışmaları

İşyeri hekimliği ve işyeri sağlık servislerine ilişkin karşı-reform tartışmalarının çalışma yaşamında ortaya çıkan değişimlerden ve gelişmelerden bağımsız olarak ele alınamayacağı açıktır. Dünyada formel çalışma anlayışının esnekleştirildiği, enformel ekonomi ve istihdamın yaygınlaştırıldığı bir süreç yaşanmaktadır. Gelişmiş sanayi ülkeleri başta olmak üzere tüm ülkelerde işgücünün esnekleştirilmesi ve enformelleştirilmesi bir önceki dönemin (formel) çalışma anlayışlarını ve yapılanmalarını sarsmakta ve onun yerini almaktadır. İşçi sağlığı ve güvenliği, işyeri hekimliği ile ilgili tartışmalar ve yasal düzenlemeler bu değişime paralel olarak şekillenmektedir. Bu nedenle neoliberal dönemde çalışma yaşamında yaşanan gelişmeleri, yönelimleri kısaca hatırlamak yararlı olacaktır.

Çalışma Ortamı: Teknolojik gelişmeler, yeni kimyasal maddelerin üretim sürecine girmesi, bilgisayar otomatizasyon sistemleri ile üretimin hızlandırılması ve işçilerin buna uyumlarına ilişkin yeni çalışma modellerinin geliştirilmesi vb. yarattığı sağlık riskleri ve meslek hastalıklarının ulaştığı boyut şimdiye kadar ki korunma politikalarını ve yapılanmalarının yetersizliklerini daha da görünür kılmaktadır.

Küçük ve Orta Boy İşletmelerinde Yaşanan Artış: Teknolojik gelişmeler aynı zamanda üretimin kolaylıkla başka ülkelere taşınabilmesi ve küçük parçalara bölünerek farklı işyerlerinde belli standartlara uygun olarak üretilmesinin olanaklarını ortaya çıkarmıştır. Küçük ve orta boy işyerlerinin aynı stan-

dartlarda ve kalitede daha ucuza üretim yapabilmesi, küçük ve orta ölçekli işletme sayısının hızla artmasına neden olmuştur. Sayıları hızla artan bu küçük işletmelerde işçilerin sağlıkları ve güvenliklerinin sağlanmasında bilinen zorluklar daha da artmış, işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin var olan yapılanmaların buna cevap vermekte zorlanması bu küçük ve orta boy işletmelerdeki işçi sağlığı politikalarının sorgulanmasına yol açmıştır.

İstihdam Politikalarında ve Çalıştırma Biçimlerindeki Gelişmeler: Sosyal devlet ve buna uygun sosyal politikaların hakim olduğu dönemde 'tam istihdam' hedefi doğrultusunda işsizliği asgari düzeye çekme politikaları günümüzde anlamını tam anlamıyla yitirmiş, işsizlik tüm ülkelerde yüksek oranlara ulaşmış, kronik bir sorun haline gelmiştir. Bu durum farklı çalışma ve istihdam biçimlerinin de ortaya çıkışını kolaylaştırmıştır. Teknolojik gelişmeler otomatizasyon sistemleri, robotların üretim süreçlerinde kullanımının yaygınlaşması ve emek gücünün belli ölçüde yerini alması, ürün çeşitliliğinin artırılması, maliyetlerin azaltılması vb. kitlesel ve seri üretime dayalı Fordist üretim tarzının terk edilmesine ve yerine esnek üretim modelinin ikame edilmesine yol açmıştır.

Esnek Üretim Modeli: Çalışma yaşamında bir önceki dönemin üretim karakteristiğini oluşturan Fordist üretim sistemi anlayışının terk edilerek yerine esnek üretim modelinin konması kaçınılmaz olarak işçi sağlığı ve işyeri hekimliği anlayışında da değişimi gündeme getirmiştir. Bu nedenle esnek üretim modeli (esnek üretim ve esnek çalıştırma şekilleri) ve bunun işçi sağlığı ve güvenliği üzerine olan olumsuz etkilerini göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

Enformel Çalışma: Bir önceki dönemin ağırlıklı ve belirleyici özelliğini oluşturan formel çalışma biçimi özellikle 1980'li yıllar sonrasında, ekonomi ve sosyal politikalarda yaşanan yönelimler doğrultusunda yarı-formel, enformel çalışma biçimine doğru evrilmeye başlamıştır. Vasıfsız işgücünün daha düşük ücret ve daha düşük sosyal koruma ile birlikte diğer sosyal haklarından yararlanmaksızın ağırlıklı küçük/orta boy işletmelerde olumsuz çalışma koşullarında, yasal düzenlemeler göz ardı edilerek çalıştırılması giderek artmaktadır.

1. Esnek Çalışma/ Çalıştırma Yönelimi

Uluslararası İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Derneği hazırladığı bir raporda³¹ 1985 yılında 30' a yakın esnek/atipik istihdam biçimini belirlemiştir. Günümüzde bunun daha da arttırıldığı söylenebilir. Detaya girmeksizin çalışma hayatındaki esneklik şekilleri aşağıdaki başlıklarda sınıflandırılmaktadır³²:

1.1. İşyerinin Esnekleştirilmesi: İşyerinin küçültülmesi, bölünmesi, bağımsız birimlere ayrılması, alt-işveren veya taseronlaşmaya vb. yönelmektedir.

1.2. İşin ve İşçinin Esnekleştirilmesi: Kısa süreli çalışma, kısmi çalışma, geçici işçi, mevsimlik işçi, süresi belirli hizmet akdiyle çalışma, nakil, tayin, iş değişikliği vb. çeşitli uygulamaları kapsamaktadır. Bu uygulamalar ile işletmelerin gereksinim duydukları işgücünün, bunların niteliğinin pazar değişikliklerine, yeni üretim ve yönetim tekniklerine serbestçe uyarlanmasına olanak sağlanmaktadır. İşçilerin esnek biçimlerde çalıştırılmalarını sağlayan yeni tür istihdam şekilleri tüm ülkelerde hızla artmaktadır.

1.3. İş Sürelerinin Esnekleştirilmesi: Değişken zamanlı çalışma, çağrı usulü çalışma vb. yollarla çalışma süreleri esnekleştirilmektedir. İşveren pazarın, işletmenin ihtiyaçlarına uygun olarak işçilerin çalışma sürelerinin başlangıç ve bitiş zamanlarını serbestçe belirleyebilmektedir. Böylelikle işletmelere üretim için gereksinim duyulan süreyi belirleme ve ona uygun çalışma sürelerinin belirlenmesi olanağını verilmektedir. Esnekleştirme uygulamalarının en önemli ve hem de en yaygın uygulamasının bu olduğu söylenmektedir.

1.4. Ücretin Esnekleştirilmesi: İşletmelere, ücret yapısını (bireysel başarıların ödüllendirilmesi, performans vb.) ve ödeme biçimini 'işgücü piyasasına ve piyasa ekonomisi şartlarına göre ayarlayabilme' (ücret ödemelerinin zamanında ve miktarında meydana getirilen kısıtlamalar ve ertelemeler vb. dahil) serbestliği sağlamaktadır.

1.5. İş Yasalarının Esnekleştirilmesi: AB direktiflerine uygun olarak üye ülkelerin iç hukuklarını değiştirmeleri yaklaşımı bu ülkelerde çalışma yaşamında var olan yasal düzenlemelerin esnek çalışma modeline olanak verecek şekilde yeniden ele alınmasına hizmet etmektedir.

İş yaşamında ağırlık kazanan esnek çalışma; teknoloji alanında yaşanan büyük gelişmelerin yanı sıra emek mücadelesinin

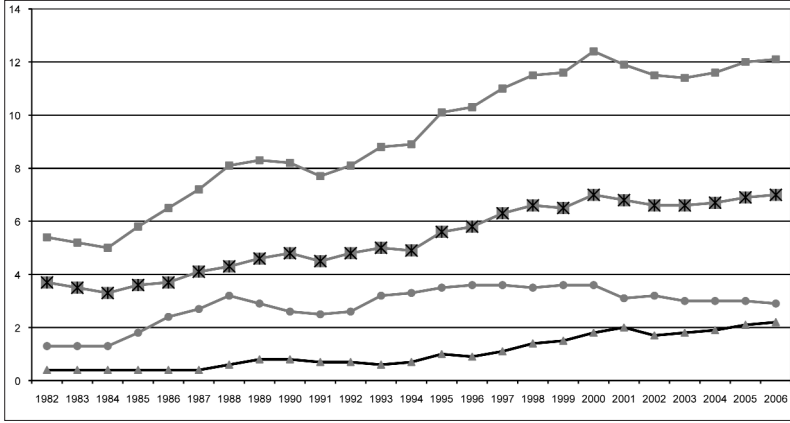
(sendikaların ve sol siyasi yapılanmaların) güç kaybetmesi, sermayeye üretim sürecinde zaman ve mekan birlikteliğini ortadan kaldırmak ve istedikleri zaman dilimi içerisinde istedikleri miktarda işçi çalıştırma (her türlü esnek çalışma tür ve biçimlerini uyarlamak dahil olmak üzere enformel çalıştırma) olanağını da vermiştir.

AB ülkelerinde işyerlerindeki kadrolu işçiler, esnek çalışmanın birçok biçimlerine uygun bir çalışma düzeneği içine sokulmaktadır. Mesela Hollanda’da kadrolu işçilerin farklı işleri yapacak şekilde esnek çalışma oranı 1980 de %70 iken 1994 de %75’e çıkmıştır³³.

Esnek çalışma kendi içinde başka kavramları da ortaya çıkarmaktadır. Günümüzde çalışma standart ve standart olmayan işler olarak da sınıflandırılmaktadır. Standart olmayan işler de, kendi içinde;

- belirli süreli, yarı zamanlı işler vb.
- ‘atipik’ ve altı aydan daha kısa bir süreyi kapsayan çok kısa ve belirli sözleşmeler, haftada 10 saatten daha az saati kapsayan yarı zamanlı çalışma,
- yazılı olmayan sözleşmeler ile sıfır saat veya çağrı üzerine çalışma vb. ‘daha standart dışı’, ‘son derece atipik’ biçimlere ayrılmaktadır.

Standart olmayan işlerin adım adım standart olarak tanımlanan işleri kapsayacak şekilde genişlediği ve yaygınlaştığı görülmektedir. AB ülkelerinde belirli süreli çalışma, yarı zamanlı çalışma, çağrı üzerine ve sıfır saat iş sözleşmeli çalışma, geçici ve kısa süreli özel istihdam bürosundan işçi kiralama gibi standart olmayan çalışma biçimlerinin toplam ‘işgücünün %25’ine ulaştığı ve Avrupa işgücü pazarının yerleşik bir özelliği’ haline geldiğini belirtilmektedir³⁴. Son derece atipik olarak ifade edilen işlere ilişkin tutarlı veri eksikliği nedeniyle bunların yaygınlığını tam olarak belirlemek olanaklı değildir.



Şekil 1: Fransa'da Atipik Çalışma Biçimlerinin Toplam İşgücü İçinde Durumu

- Özel istihdam bürolarına tabi çalışma
- ▲ Çıraklar ve stajyer öğrencilerin kısmi zamanlı çalışması
- ✱ Belirli süreli çalışma
- Toplam

Kaynak: Insee, *Séries longues du Marché du travail*

Fransa'da yıllara göre, özel istihdam bürolarına tabi çalışma, çıraklar ve stajyer öğrencilerin kısmi zamanlı çalışması ve belirli süre çalışma için destekleyici çalışma vb. atipik çalışma biçimlerindeki artış eğiliminin diğer Avrupa ülkeleri içinde geçerli olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 1: “Organisation for Economic Co-operation and Development” (OECD) verilerine göre (eldeki verilerin gerçeği tüm boyutlarıyla yansıtmaması gerçeğini unutmaksızın) yarı zamanlı çalışmanın ülkelerde gelişimi³⁵ (Employment and labour markets: Key tables from OECD - ISSN 2075-2342 - © OECD 2010)

Yarı Zamanlı İstihdamın Toplamdaki Oranı %								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Avustralya	24.0	24.3	23.8	24.0	23.9	23.7	23.8	24.7
Avusturya	13.	13.7	15.4	16.3	16.8	17.3	17.7	18.5
Belçika	17.6	18.3	18.5	18.5	18.7	18.1	18.3	18.2
Kanada	18.8	18.9	18.5	18.3	18.1	18.2	18.4	19.1
Şili	5.2	5.7	6.6	7.2	7.7	8.0	9.1	10.5
Çekoslovakya	2.9	3.2	3.1	3.3	3.3	3.5	3.5	3.9
Danimarka	15.5	16.2	17.0	17.3	17.9	17.3	17.7	18.9
Estonya	6.9	7.5	6.8	6.7	6.7	6.8	6.2	8.4
Finlandiya	11.0	11.3	11.3	11.2	11.4	11.7	11.5	12.2
Fransa	13.8	13.0	13.2	13.2	13.2	13.3	12.9	13.3
Almanya	18.8	19.6	20.1	21.5	21.8	22.0	21.8	21.9
Yunanistan	5.4	5.6	5.9	6.4	7.4	7.7	7.9	8.4
Macaristan	2.6	3.2	3.3	3.2	2.7	2.8	3.1	3.6
İzlanda	20.1	16.0	16.6	16.4	16.0	15.9	15.1	17.5
İrlanda	18.4	18.9	18.9	19.3	19.5	20.0	20.8	23.7
İsrail 1	15.2	15.0	15.0	15.0	15.0	14.6	..	..
İtalya	11.6	11.7	14.7	14.6	15.0	15.2	15.9	15.8
Japonya	17.7	18.2	18.1	18.3	18.0	18.9	19.6	20.3
Kore	7.6	7.7	8.4	9.0	8.8	8.9	9.3	9.9
Lüksemburg	12.5	13.3	13.2	13.9	12.7	13.1	13.4	16.4
Meksika	13.5	13.4	15.1	..	..	..	..	..
Hollanda	33.9	34.5	35.0	35.6	35.4	35.9	36.1	36.7
Yeni Zelanda	22.5	22.2	21.9	21.6	21.2	22.0	22.2	22.5
Norveç	20.6	21.0	21.1	20.8	21.1	20.4	20.3	20.4
Polanya	11.7	11.5	12.0	11.7	10.8	10.1	9.3	8.7
Portekiz	9.6	9.9	9.6	9.4	9.3	9.9	9.7	9.6
Slovakya	1.6	2.3	2.8	2.6	2.5	2.6	2.7	3.0
Slovenya	4.9	5.0	7.5	7.4	7.8	7.8	7.5	8.3
İspanya	7.6	7.8	8.4	11.0	10.8	10.7	11.1	11.9
İsveç	13.8	14.1	14.4	13.5	13.4	14.4	14.4	14.6
İsviçre	24.8	25.1	24.9	25.1	25.5	25.4	25.9	26.2
Türkiye	6.6	6.0	6.1	5.6	7.6	8.1	8.5	11.1
İngiltere	23.2	23.5	23.6	23.0	23.2	22.9	23.0	23.9
ABD	13.1	13.2	13.2	12.8	12.6	12.6	12.8	14.1
OECD-Total 2	14.4	14.6	15.0	15.1	15.1	15.2	15.4	16.2

Last updated: 3 January 2011

1 İsrail’ in istatistiksel verileri İsrail otoritelerinin sorumluluğu altında olup onlar tarafından desteklenmiştir. OECD tarafından bu gibi verilerin kullanımı Golan Tepe’lerinin durumu ile ilişkili değildir. West Bank’ taki Doğu Jerusalem ve İsrail ödemeleri uluslararası kanunlara tabidir.

2 Estonya, İsrail ve Slovenya dışında

Kaynak: Labour market statistics: Full-time part-time employment - common definition: incidence, OECD Employment and Labour Market Statistics (database)

2002 -2009 yılları arasında yarı zamanlı çalışanların yüzdesi tüm ülkelerde artmıştır. Eğilim de artışın devam edeceğini göstermektedir. 2009 yılı itibarıyla yarı zamanlı ("job on call" denilen çağrı usulü) çalışan oranı ülkelere göre değişmekle birlikte Hollanda'da total işlerin % 36.7' sine ulaşmaktadır.

2. Özel İstihdam Büroları ve Kiralık İşçi

Belirli süre çalışma, normal üstü üretim planlanmasında belli süre ihtiyaç duyulan işgücünün karşılanması veya belirli ölçüde de olsa kadrolu işçilerin yerine ikame etmek amacıyla 1950'li yıllarda ortaya çıkmıştır. 1980'li yıllarda Fransa'da da hızla gelişmiştir. Bu tarihten itibaren tüm Avrupa ülkelerinde yaygınlaşmaya başlamıştır. Birçok işyeri için belirli süre için özel istihdam bürolarından işçi kiralanması; kısa dönemli ihtiyaçların karşılanması, insan kaynaklarının daha iyi yönetilmesi ve işçilerin kadrolu hale gelmeleri için önemli bir araç olduğu söylemleriyle yaygınlaştırılmıştır.

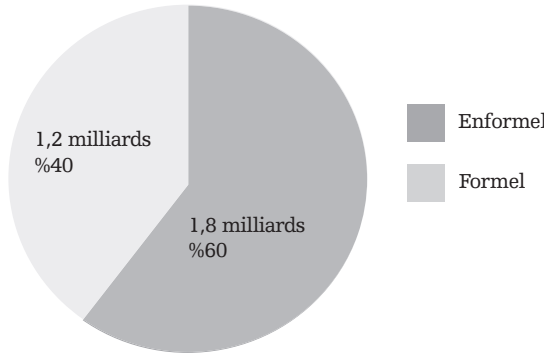
Fransa 'da özel istihdam bürolarından kiralık işçi temininin ulaştığı boyut:

- 2005 yılında aktif nüfusun %3.3'ünü oluşturmuştur.
- 2006 yılında özel istihdam bürosundan yaklaşık iki milyon kişi en az bir iş almıştır.
- 2006 yılında yaklaşık 602.800 tam süre çalışmaya tekabül eden 16 milyon iş hacmine ulaşmıştır.
- İş süresi yılda ortalama iki haftaya denk gelmektedir.
- 2008 yılında özel istihdam bürosuna tabi olarak çalışan işçilerin yıl içinde toplam çalışma süresi;
 %25'inin 4.1 ay,
 %10'unun 7 ay,
 yaklaşık yarısının da 2.6 ay civarında ve her iki kiralık işçiden biri yılda toplam 1.6 ay çalışmaktadır. Yalnızca her 10 işçiden birinde bu süre 7 ayı geçmektedir.
 2008 yılı verilerine göre en aktif kiralık işçilerin yaklaşık %10' u geçici işlerin yaklaşık %30' unu yapmaktadır³⁶.
- Özel istihdam bürosu işletmesi sayısı 1.000 civarında, bunların da yaklaşık şube sayısı 6.400 olup düzenli olarak çalıştırdıkları işçi sayısı 22.000' dir.
- Kiralık işçi pazarı dört büyük özel istihdam bürosu ve buna bağlı 3.500 ajans ile pazar payının %55' ini elinde tutmaktadır.

3. Enformel Çalışma/Çalıştırma Anlayışı

Enformel çalışma/istihdam; 'kayıt dışı, yeraltı sektörü, kara ekonomi vb.' kavramlarla ifade edilse de enformel başlığı altında toplanabilecek ekonomik ilişkileri ve istihdamı nitilemede 35' e yakın farklı sıfatın ve 6 değişik ismin kullanıldığı belirtilmektedir. AB enformel istihdamı 'yasal nitelikte olan, ancak ulusal gereklere uygun olarak kayıt altına alınmayan, resmi makamlara bildirilmeyen her türlü ücretli faaliyeti "bildirilmemiş istihdam" veya "enformel istihdam" olarak tanımlamaktadır. OECD ise, 'yasal nitelikte olan ancak bir veya daha fazla kamu otoritesine bildirilmeyen "saklanmış istihdam" kavramını tercih etmektedir.

Enformel Çalışmanın Boyutları:



Şekil 2: OECD Verilerine Göre Dünyada Enformel Çalışma³⁷

Doğru ve yeterli veri eksiklikleri, gerçek durumun tam olarak ortaya konmasına olanak vermese de eldeki veriler üzerinden bir çok ülkede enformel olarak çalışan 700 milyondan fazla işçi, günde 1.25\$ ücret karşılığında aşırı yoksulluk içinde yaşamaktadır³⁸.

1980'li yıllardan günümüze AB ülkelerinde enformel çalışma, bazı ülkelere yaklaşık 2 kat artarken bazılarında ise 4 kat arttığı görülmektedir.

Tablo 2: Çeşitli Yıllara Göre Avrupa Ülkelerinde Enformel İstihdam³⁹

	Yıl	Enformel istihdam (kişi x 1000)	Enformel istihdamın kurumsal istihdama oranı (%)
Avusturya	1990-1991	300-380	9,6
	1997-1998	500-750	16,0
Danimarka	1980	250	8,3
	1986	390	13,0
	1991	410	14,3
	1994	420	15,4
Fransa	1975-1982	800-1500	3,0-6,0
	1997-1998	1400-3200	6,0-12,0
Almanya	1974-1982	3000-4000	8,0-12,0
	1997-1998	7000-9000	22,0
İtalya	1979	4000-7000	20,0-35,0
	1997-1998	6600-11400	30,0-48,0
İspanya	1979-1980	1250-3500	9,6-26,5
	1997-98	1500-4200	11,5-32,3
İsveç	1978	750	13,0-14,0
	1997-1998	1150	19,8
AB	1978	10 000	-
	1997-98	20 000	11,9
OECD (Avrupa)	1978	16 000	-
	1997-98	35 000	-

Kaynak: Friedrich Schneider, The Value Added of Underground Activities: Size and Measurement of The Shadow Economies and Shadow Economy Labor Force All Over The World, 2000, s. 21.
(www.economics.uni-linz.ac.at/Schneider/ShadEcWorldbank.PDF)

Fransa'da 1982-2007 yılları arasında güvencesiz çalışan işçilerin oranı %5.8'den %12.4'e çıkmıştır. Bu durumun diğer Avrupa ülkeleri için de geçerli olduğu söylenebilir. Farklı Avrupa ülkelerindeki; kiralık işçi uygulamaları, esnek çalışma biçimleri, enformel çalışmanın yaygınlaştırılması vb. tüm bu gelişmelerin işçilerin sağlıkları üzerindeki olumsuz etkileri her yerde hemen hemen aynı olmaktadır.

Enformel çalışmanın gayri safi milli harcama (GSMH) içindeki yeri ve kapsadığı sektörlerin AB ülkelerindeki durumu kısaca belirtmek gerekirse:

Tablo 3: Avrupa Birliği Ülkelerine Bildirilmemiş İstihdam

Ülke	GSMH'ya oranı %	Bildirilmemiş çalışmanın temel özellikleri
Avusturya	4-7	Çalışma çağındaki her 10 kişiden biri bildirilmemiş olarak çalışmaktadır. İnşaat sektöründe çalışanların %40'ı, sanayi ve diğer ticaret işletmelerinde çalışanların %16'sı, hizmetlerde çalışanların %16'sı, eğlence sektöründe çalışanların %13'ü ve diğer ticaret ve hizmetlerde çalışanların %15'i bildirilmemiş olarak çalışmaktadır.
Belçika	2-21	Temelde orta veya düşük vasıflı genç erkekler arasında belirmektedir. Genelde gıda hazırlanması ve sunumu, perakendecilik, inşaat, tekstil, taşıma, hane halkı hizmetleri ve tarım alanında görülmektedir.
Danimarka	3-7	Öğrenciler gibi vasıflı veya vasıfsız çalışanlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Özel hizmet sektöründe (bebek bakıcılığı, temizlikçilik gibi) ve inşaat sektöründe görülmektedir.
Finlandiya	2-4	Genelde gayrimenkul komisyonculuğu, perakendecilik, otel, gıda hazırlanması ve sunumu ve inşaat sektörlerinde çalışan genç vasıflı erkek işgücü bildirilmemiş olarak çalışabilmektedir.
Fransa	4-14	Özellikle yasal veya yasadışı yollardan gelen göçmen işgücü arasında enformel istihdam belirgindir. Bu istihdamın otel ve gıda hazırlanması ve sunumu sektöründe %60, inşaat sektöründe ise %27 dolayında olduğu belirtilmektedir.
Almanya	4-14	Yasadışı göçmenler ile daha önce bildirilmiş işlerde çalışanlar tarafından yapılan işlerdir. Ana sektörler inşaat, otel ve gıda hazırlanması ve sunumu, taşıma, yol ulaştırma, temizlik ve kültür aktiviteleridir.
Yunanistan	29-35	Yasal ve yasadışı göçmenler öne çıkmaktadır. Ancak, emekliler, öğrenciler, ev ekserinde çalışan kadınlar da bildirilmemiş istihdam içindedir. Temel sektörler ise, tekstil, turizm, taşıma ve ev hizmetleridir.
İrlanda	5-10	Öğrenciler ve daha önce kurumsal ekonomide çalışanlar belirgin bir gruptur. İnşaat ve dağıtım işlerinde görülür.
İtalya	20-26	Bildirilmemiş istihdam tekstilde, özel hizmetlerde, inşaat ve tarım sektöründe emekliler, kadın ve gençler arasında yaygındır.

Lüksemburg	Vy.	İnşaat sektöründe bildirilmemiş çalışmanın belirli biçimleri vardır.
Hollanda	5-14	Genellikle hazır giyim, metal sanayi, rehberlik hizmetleri, taksi şoförlüğü, gıda hazırlanması ve sunumu ve otellerde iki işli vasıflı çalışanlar arasında bildirilmemiş istihdamın varlığı bilinmektedir.
Portekiz	vy.	Tekstil, perakendecilik ve inşaatlardaki yasadışı göçmenler ve kadınlar
İspanya	10-23	Tarımda, özel hizmetleri de içeren hizmet sektöründe genç çalışanlar, kadınlar ve belirli vasıflı çalışanlar arasında bildirilmemiş istihdam bulunmaktadır.
İsveç	4-7	Çoğunlukla temizleme, gıda hazırlanması ve sunumu, özel hizmetlerde vasıflı ya da kendi hesabına çalışanlar, vasıflı erkekler
İngiltere	7-13	Gıda hazırlanması ve sunumu, otel, pazarlarda ve inşaatlarda vasıflı çalışanlar ve erkekler

ILO, Decent Work and the Informal Economy, Report VI, International Labour Conference, 90th Session 2002, International Labour Office, Geneva, 2002, s. 24.

Avrupa ülkeleri de dahil olmak üzere tüm ülkelerde enformel çalışma genişleyip yaygınlaşmaktadır.

4. Esnek Çalışma-Güvencesiz Çalışmanın İşçilerin Sağlığı ve Güvenliği Üzerine Etkileri

Neoliberal dönem birçok yönden liberal dönemi hatırlatmakta ve o dönemin temel karakteristiklerine bir nevi geri dönüşü andırmaktadır. Bu geri dönüş basit bir geçmiş tekrarı olmayıp, tarihsel gelişime uygun olarak o dönemin günümüz koşullarında yeniden üretilmesi olarak ifade edilebilir. Dolayısıyla içinde yaşanılan dönemin neoliberal olarak adlandırılması rastlantısal bir durum değildir. Liberal dönemde görülen yoğun emek sömürüsüne 'vahşi kapitalizme' neoliberal dönemde esnek sömürü yöntemleri ve enformel araçlarla dönülmeye çalışıldığı söylenebilir.

Bilgi, iletişim teknolojilerinin geliştiği, küresel rekabet ve emek güçlerinin ise ideolojik/politik ve örgütsel olarak zayıfladığı bir ortamda; üretim sürecinde ve istihdam ilişkisinde, esneklik ve enformelleşme artmakta ve yerleşik üretim biçiminin, istihdam ilişkilerinin yerini almaktadır.

Düzenli ve tam zamanlı istihdamı azaltma yöntemlerini yaşama geçiren işletmelerin sayısı gittikçe artmaktadır. Üretim süreci parçalara ayrılmakta ve daha fazla esneklik, formel ve enformel biçimlerin iç içe geçtiği bir üretim örgütlenmesi geliştirilmektedir. Deregülasyon, esnek güvelik vb. yeni kavramlarla ifade edilen yaklaşımlar sayesinde üretimin artacağı ve yeni iş olanaklarının ortaya çıkacağı, kronikleşen işsizliğe de çözüm sağlayacağı sürekli tekrarlanarak tek çözüm olarak sunulmaktadır.

Enformelleşme nasıl ifade edilirse edilsin, nedeni de ne olursa olsun, çalışanlar açısından anlamı güvencesizlik, kötü çalışma ortamı ve koşulları ile birlikte ekonomik, sosyal, siyasal hak ve özgürlüklerin kullanılamamasıdır. AB ülkelerinde farklı kuruluşların yaptıkları çalışmalar enformel çalıştırılan işçilerin ileri derecede güvencesiz, belirsiz, korumasız ortamda çalışmak ve yaşamak zorunda olduklarını, yasalar ve sosyal koruma düzenlemeleri tarafından ya hiç korunmadıklarını ya da çok az korunduklarını göstermektedir.

Esnek çalışma anlayışı çalışma ortam ve koşullarını daha da ağırlaştıran, işçilerin düşük ücretle yetersiz ya da hiç koruma sağlamayan işlerde çalışmak zorunda bırakılmaları, onların sağlıklarının ve sosyal yaşamlarının da hızla bozulmasına yol açmaktadır:

- Esnek çalışma işçinin isteğine göre değil, işyerinin ve üretimin gereklerine göre düzenlenmektedir. Daha açık bir ifadeyle, işyerinin çalışma düzeneği işçiye göre değil, tam aksine işçinin çalışması işyeri düzeneğine göre olmaktadır. Dolayısıyla çalışma saatleri ve süresinin esnekleştirilmesi işçilerin eşleri ya da çocuklarıyla birlikte geçirebilecekleri zamanı azaltmakta, insanlarla sosyal ilişkilerini zora sokarak kendilerine ait dinlenme ve kendisini yeniden üretme zamanlarını yalnız geçirmek zorunda bırakılmakta ve bu durum ruh sağlıklarını da bozabilmektedir.
- Esnek çalışmanın işçiler açısından en önemli olumsuz sonuçlarından biri de, sendikal çalışmalar içinde yer almalarını engelleyerek, sendikal dayanışmayı azaltarak, geleneksel istihdam ve toplu iş sözleşmesi yerine bireysel hizmet sözleşmesi tercihini zorlanarak sendikalara güç kaybettirmesidir.

- Esnek çalışma ile fazla mesai en aza indirildiğinden hatta ortadan kalktığından işçiler mesai ücretinden dolayısıyla ek kazançtan mahrum kalmaktadır.
- Esnek çalışma biçimleriyle çalışanların, formel çalışanlara göre daha az ücret aldıkları görülmektedir.*
- Esnek çalışma biçimlerine tabi olarak çalışan işçiler, bir çok ülkede, formel çalışanlara oranla, sosyal sigorta sistemlerinden ve sosyal yardımlardan yeterince yararlanamamaktadır.**
- Esnek çalışma biçimleriyle çalışanların, genellikle çok fazla vasıf ve uzmanlık gerektirmeyen işlerde çalıştırıldıkları ve eğitim seviyelerinin de düşük olduğu görülmektedir. Düşük ücretle ve alt statülerde çalışan bu kişilerin işte yükselme olanaklarının formel çalışanlara göre düşük olması da bu işçileri hem tedirgin etmekte hem de işten aldıkları tatmini düşürmektedir.
- Esnek çalışma biçimlerinin istikrarsız ve korumasız yapısı çalışma sisteminin niteliğini bozmakta ve iş denetiminin de yetersiz olması sorunu daha da ağırlaştırmaktadır.***
- Yoğunlaştırılmış iş haftası şeklindeki esnek çalışmada işçinin eskiye göre daha fazla serbest zamanı olduğu yaklaşımı geçerli değildir. Çünkü çalışma sürelerinin çok uzun olması, işçilerde aşırı yorgunluğa, dikkatin dağılmasına ve motivasyon eksikliğine yol açmakta, sosyal yaşamını da olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla bu durum; işçinin sağlığı ve güvenliği açısından, iş kazası ve meslek hastalığı gibi tehlikeleri de beraberinde getirmektedir.

* Örneğin; İngiltere’de kısmi süreli çalışan kadınların ortalama saat başı ücreti, tam gün süreli çalışan kadınların ücretinin 4/5’i kadardır. Benzer şekilde; kısmi süreli çalışan erkeklerin ortalama ücreti de tam gün süreli çalışan erkeklerin ücretinin 2/3’ü kadardır (Yavuz, 1995: 43). Yasal asgari ücretin zaten çok düşük olduğu Peru’da da; kısmi süreli çalışanların saat başı aldıkları ücret, yasal asgari ücretle kıyaslandığında, ortalama % 21 oranında daha az olduğu ortaya çıkmaktadır.

** İngiltere, Fransa ve Almanya gibi bazı Avrupa ülkelerinde kısmi süreli çalışanlarla tam gün süreli çalışanlar aynı haklara sahip olmalarına rağmen, uygulamada durum farklı olmaktadır. Örneğin; İngiltere’de kısmi süreli çalışanların yaklaşık %30’u ulusal sigorta programlarından istifade edememektedir. Aynı şekilde, Almanya’da kısmi süreli çalışanların %11’i sosyal güvenlik sistemi kapsamında bulunmamaktadır.

*** Örneğin; esnek çalışma biçimlerinden birisi olarak evde çalışanlar, parça başı üretim yaptıklarından asgari ücrete tabi olmayıp düzensiz bir ücret almaktadırlar. Yine, birçok ülkede, bu kişilerin sosyal güvenlik, ücretli tatil vb. haklardan tam gün süreli çalışanlar kadar yararlanamadığı ve ısınma, aydınlatma vb. ihtiyaçlarını kendilerinin karşıladıkları görülmektedir.

Fransa'nın ulusal enstitüsü (Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle INTEFP) 2004 yılında üç farklı Avrupa ülkesinde; Avusturya, Belçika ve Hollanda'da özel istihdam bürolarının kiralık işçileri üzerine yaptığı çalışma ve yayınladıkları rapor yaşanan sorunları ortaya koymaktadır⁴⁰.

1. Avusturya

2003 yılında 98.500 iş kazası ve 1.300 meslek hastalığı tespit edilmiş, ancak bunların çalışma biçimlerine (atipik ve diğerlerine) göre bir sınıflandırması yapılmamıştır. Buna karşın özel istihdam bürosuna bağlı kiralık işçi olarak çalışan işçilerin %60' ı işe başladıktan sonraki 20 gün içinde iş kazası yapmaktadır⁴¹.

Avusturya Metalurji ve Tekstil İşçi Sendikası, özel istihdam bürosuna tabi olarak çalışan işçilerin kadrolu işçilere göre maruz kaldıkları iş kazaları ve meslek hastalıkları sayılarının dört kat daha fazla olduğunu söylemektedir. Raporda çalışmayı yürütenler İş Kazaları Bürosu' ndan (AUVA) resmi bir veri alamadıklarını ancak sendikaların verdiği oranın doğru olduğunu belirtmişlerdir.

Özel istihdam bürosunun kiralık işçilere yapacağı iş ile ilgili sağlık riskleri konusunda bilgilendirildiği ve eğitim verildiğine ilişkin (yasa gereği) kağıt imzalatılmaktadır. Ancak yasal düzenleme kağıt üzerinde kalmakta ve işçiler yapacakları iş ile ilgili olarak işe uyum konusunda hiçbir eğitim almamaktadırlar ve ne tür riskler içerdiğine yönelik detaylı bir bilgiye sahip değildirler. Bu işçiler iş bitince ya işten çıkarılmakta ya da yeni bir iş verilmektedir. İş eğitimine ilişkin de kendilerine bir zaman tanınmamaktadır.

2. Belçika

Resmi verilere göre özel istihdam bürosuna bağlı çalışanların iş kazası risklerine maruziyetleri kadrolu işçilere göre iki kat fazla olmaktadır.

Özel istihdam bürosu işçilerinde iş kazalarını arttıran etkenler olarak belirtilen;

- iş memnunsuzluğunun çok büyük olduğu,
- iş yorgunluğunun daha fazla ve gittikçe artış gösterdiği,
- moral aşağılanmanın yine yüksek olduğu,

ağırlıkla kalifiye olmayan işlerde çalıştıkları ve işlerinde inişiyatif kullanmaların son derece düşük olduğudur.

3. Hollanda:

2003 yılı rakamlarına göre kadrolu işçilerde işe devamsızlık %6.1 iken özel istihdam bürosuna* bağlı çalışanlarda bu oran %8.3' dür. Bunun nedenlerinin de⁴²:

- Verilen işin değersizliği ve kendilerinde yarattığı motivasyon düşüklüğü,
- Çalıştıkları işte sağlık ve güvenlik korunmalarının daha düşük olması nedeniyle daha fazla/sık hastalanmaları,
- Bu işçi grubunun daha kırılgan özellikler göstermesi (%40 oranında psikolojik rahatsızlıklar) vb. olarak belirtilmektedir.

2002 yılında İş Teftiş Servisi'nin özel istihdam büroları aracılığıyla kiralık işçi olarak çalışan işçilere ilişkin olarak yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre:

- Bu işçiler daha zor işlerde (gece çalışması, kirli işler ve olumsuz çevre ortamı vb.) çalıştırılmakta,
- Bu işçilerin %10' u çalıştıkları iş yerinde, o işyerinin sürekli olmayan işlerinde çalıştırılmaktadır.

Bu işçilerin 1/3' ü yaptıkları işin sağlık risklerine ilişkin yeterince bilgilendirilmediklerini düşünüyor. Bu oran içinde yer alan işçilerin de %16.5' inin son derece tehlikeli işlerde çalıştıkları görülmüştür. Bu işçiler kadrolu işçilerin, çalışma koşulları ve işin riskleri nedeniyle yapmak istemedikleri işleri yapmaktadır. Ayrıca kiralık işçilerin her türlü işte çalıştırıldıkları unutulmamalıdır.

Esnek çalışma statüsü içinde çalışan işçilerin büyük bölümü koruyucu yasal düzenlemelerin dışına düşmektedir. İşyerleri arasında kiralık işçi (ödünç işçi) çalıştırılması yasal olmakla birlikte ülkelerin yasal düzenlemelerine göre işçinin güvenliğinden ve çalışma koşullarından kimin sorumlu olduğuna ilişkin sıkıntılar yaşanmaktadır.

* Özel İstihdam Büroları 1992 yılında total iş gücünün %1,9'unu oluştururken 1999 %3,8 çıkmış 2003 yılında ise %2,4 de düşmüştür. Özel İstihdam Büroları sektörü 2003 yılında, GSMH'nin %1,5, ulaşarak 6 milyar Euro'luk bir pazara sahiptir.

4. Almanya⁴³

2002 yılında özel istihdam bürolarına tabi olarak kiralık işçi statüsündeki çalışan sayısı 326.295 iken 2007 tarihinde bu sayı 731.152' ye çıkmıştır.

2006 yılında kısa/geçici süreli çalışma yapan işyeri sayısı 17.200 iken bu sayı 2007 yılında %21 oranında artarak 20.800' e ulaşmıştır. Kısa süreli ve/veya belirli süreli çalışma gittikçe tam süreli kadrolu çalışmanın yerini almakta, bu tip işlerin çalışma koşullarının normal iş koşullarına göre daha zor olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ücretler kadrolu çalışanların ücretlerine göre daha düşük olup asgari yaşam standardını karşılamaktan da uzaktır. Düşük ücretle ve güvencesiz iş sözleşmesiyle yürütülen kiralık işçi usulü çalışma yoksulluk riskini (işverenler bu yaklaşımı kabul etmeseler de) arttırmaktadır. Bu sistem sayesinde işsiz sayısı kayıtlarda azalırken yoksulluk nedeniyle sosyal yardım alanların sayısında artış yaşanmaktadır. Bu durum, "kişi çalışıyor ama işi yok" olarak ifade edilmektedir.

Özel istihdam bürosundan kiralık işçi olarak bir işyerinde çalışan işçi, kendisini kiralayan işverenin onu kadroya geçirmesini umut etmektedir. Bu umutla işverenin gözüne girmek için aşırı derecede çalışmakta ve kadrolu olan işçi arkadaşları ile kıyasıya rekabete girmektedir. Az bir ücret karşılığında delice çalışarak işini sürekli kılmak ya da kadrolu işçi arkadaşının işini elinden almak amacıyla bilinçsiz bir şekilde çaba harcadıkları ifade edilmektedir.

5. Fransa⁴⁴

Kadrolu işçilere göre kiralık işçiler daha fazla sağlık risklerine maruz kalmaktadır. Özel istihdam bürolarından belirli süreli bir çalışma için kiralanan işçilerin yaptıkları işlerde sağlık risklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bunlar;

- gürültülü işler (dikkat dağınıklığına yol açarak tehlikenin algılanmasını engelleyen çalışmalar),
- soğuk ortamda çalışmalar,
- fizik güç gerektiren ağır, boyutlu yüklerin kaldırılması/taşınması vb. işlerde çalışmalar
- uzun süreli ayakta çalışma, zorlu pozisyonlarda (diz üstü, kollar yukarıda vb tür) çalışmalar
- yoğun ritimli çalışmalar

- çalışan sayısının yetersizliği içinde acil işler, yoğun işler ve diğer iş arkadaşlarının baskısı altında çalışma vb. olarak dikkat çekmektedir.

Genç kiralık işçiler, endüstri, inşaat vb. sağlık risklerinin yüksek olduğu sektörlerde daha fazla çalıştırılmaktadır. Sağlık riskleri yüksek sektörlerde çalışan kiralık işçilerde ortaya çıkan iş kazaları ve meslek hastalıkları kadrolu işçilerdekine göre de çok daha yüksek sayı ve oranlara ulaşmaktadır:

- 2006 yılında istirahatli iş kazası sayısı yaklaşık 57.550 olup bunun da 3.063'ü ağır iş kazasıdır. Bu iş kazaları sonucu 37 kişi hayatını kaybetmiştir. İnşaat sektöründe çalışanların %20' si kiralık işçilerden oluşmasına rağmen yaşanan ağır iş kazalarının %35' i kiralık işçilerde ortaya çıkmaktadır.
- Belirli süreli işlerde çalışan işçilerde görülen iş kazası frekansı kadrolu işçilerde görülen iş kazalarının iki katıdır (54 karşı 26). Ağır iş kazası oranı da iki mislidir (2.5' e karşı 1.27).
- 2006 yılında, bu grup işçilerde yalnız 531 meslek hastalığı tespit edilmiştir. Bunun 476' sı periartiküler rahatsızlıklar, 15' i ağır yük taşınmasına bağlı kronik lumbalji, 9' u işitme kaybı ve 7'si de çimentoya bağlı rinit ve dermatozlardır.

BÖLÜM IV

İşyeri Hekimliğinde Anti-Reform Girişimleri

Fransa'da İşyeri Hekimliği 'Reform' Süreci

Fransa'da 1946 tarihinde yasal düzenleme ile işyeri hekimliğinin zorunlu kılınması parlamentoda tartışmasız bir şekilde genel kabul görerek çalışma hayatına girmiştir. 28 Aralık 1988 yılında çıkarılan yasal düzenleme ile de işyerlerinde çalışma koşullarının iyileştirilmesinde çoklu mesleki bir ekip çalışması yaklaşımı getirilmiştir.

Yarım yüzyılı biraz aşan işyeri hekimliği, çalışma yaşamı ve hekimlik mesleğindeki gelişmeleri, yönelimleri gözeterek var olan zorluklarla baş etmeye çalışarak bugüne gelmiştir.

Fransa'da 1998-2008 yılları arasında iş sağlığı servislerinin sayısı 1327'den 834'e düşmüş, bu servislerin yaklaşık 1/3'ü kapanmıştır. 2009 yılı sonunda, bunların yeniden yapılandırılması doğrultusunda yoğun tartışmalar yapılmıştır. İş sağlığı ortak sağlık servislerinin çoklu meslek servisleri olarak en az 1/3'ü birleşme çabasına girmiştir. 2002 yılında, daha sonra 2004 yılında 'reform' adı altında yeni yasal düzenlemelere gidilmiştir. Özellikle de 2010 yılında işyeri hekimliğine ilişkin yeni yasal düzenleme işçi ve işyeri hekimliği sendikalarının önemli tepkisine yol açmıştır.

İşyeri hekimliğine ilişkin ilk 'reform' Fransa'nın AB düzenlemelerine uyumu doğrultusunda işyerinde sağlığın geliştirilmesi, işyeri hekimliğinin niteliğinin geliştirilmesi ve tüm işçilerin bu

hizmetlerden yararlanmaları vb. gerekçeler ile 2002 ve 2004 yıllarında yapılmıştır. İşyerlerinde işçi sağlığı hizmetlerinde var olan sorunlar tartışılmış, ancak bu sorunlara gerçekçi çözümler geliştirilmek yerine işyeri hekimliği hedef haline getirilmiştir. Her bir 'reform' girişimi bir sonraki 'reform' girişiminin de zeminini oluşturmuştur.

1. 2004 Reformu:

Bu reform tartışmalarının konu başlıkları ve önerilen düzenlemelerin temel yönelimleri kısaca özetlenecek olursa:

1. Hekim işgücü yetersizliği

- Ülkede halen aktif olarak çalışan işyeri hekimi sayısının 7.000 civarında olduğu ve bunların da yaklaşık 3.000' inin gelecek 10 yıl içinde emeklilik yaşına ulaşacağı*
- Gelecekte işyeri hekimi eksikliği yaşanmaması için bugünden önlemlerin alınması gerektiği ve bu amaçla da:
 - İşyeri hekimi eğitimi almamış hekimlerinde işyeri sağlık servislerinde çalışabilmelerinin sağlanması
 - Hekimlerin işyeri hekimliği uzmanlık eğitimine yönlendirilmeleri için işyeri hekimliğinin çekiciliğinin artırılması

2. Çok disiplinli çalışma anlayışının geliştirilmesi:

- İşyerindeki mesleki risklerin değerlendirilmesi ve buna uygun korunma önlemlerinin oluşturulması
- Tıbbi bilginin, teknik ve organizasyonel bilgiyle birlikteliğinin sağlanması

3. İşyeri hekimliği yapılanmasının değiştirmesi dört alt başlıkta toplanmaktadır:

- İş sağlığı servisinin çalışma kurallarında değişikliklere gidilmesi ve çalışmalarının daha şeffaflaştırılması
- İşyeri hekimi görevlerinde değişiklikler
 - a. İşyerleri çalışma ortamındaki koruyucu faaliyetlerin etkinliğinin geliştirilmesi; tam süre çalışan işyeri hekiminin çalışma ortamında işçilerin sağlıklarının korunması çalışmaları için çalışma süresinin 1/3'ünü çalışma ortamında geçirmesi (yılda yaklaşık 150 yarım gün ayırması)

* Hekim açığına ilişkin yapılan çalışmadaki rakamların olduğundan fazla abartılı olduğuna ilişkinde yaklaşımlar bulunmaktadır.

b.Kişisel sağlık kontrolleri; çalışma ortamında mesleki risklere maruz kalan

- i. tüm işçileri,
- ii.özellikle riskli işlerde çalışan ve daha sık sağlık kontrolü ihtiyacı içindeki işçileri,
- iii. özel izlem gerektiren (genç, kronik rahatsızlığı olan, engelli, gebe ve emziren anne vb.) işçileri
- iv. özel risk grubundaki işçileri (kanserojen, kimyasal ajanlara maruz kalanları) kapsamı

c.İşyeri hekiminin de çalışma süresine ilişkin değişikliklere gidilmesi; işyeri hekimi için kişisel sağlık kontrollerinde gerekli olan zamanın, yapacağı sağlık kontrolü sayısı (işçi sayısı) ile sağlık kontrol periyodu katsayısının çarpımı ile belirlenmesi

Buna göre:

- 1.İş sağlığı servisinde çalışan işyeri hekiminin 2.200 işçiye hizmet sunması yada yılda en fazla 2.130 tıbbi kontrol yapması
- 2.İş sağlığı ortak servisinin ise en fazla 450 işyerine hizmet vermesi ve işyeri hekiminin yılda en fazla 3.300 tıbbi kontrol yapması
3. İşçilerin sağlık kontrollerinin 24 ayda bir yapılması
4. Ayrıca işverenin talebi ya da işçinin kendisinin isteği ile de sağlık kontrolü yapılması
- 5.Özel risk grupları ve özel tıbbi izlem gerektiren grupların sağlık kontrollerinin ayrı olarak düzenlenmesi

- İşyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı; işyeri hekiminin işe alınma, işten çıkarılma ya da iş değişimi ve denetim mekanizmalarının yeniden belirlenmesi ve daha güçlü kılınması
- 4.İş sağlığı servislerinin yönetim ve finansman yapısında değişikliklere gidilmesi şeklindedir.

“Reforma” yönelik eleştiriler

İşçi sendikalarının ve işyeri hekimleri sendikalarının ‘2004 Reformu’ nun’ detaylarına ilişkin eleştirileri kısaca özetlenirse;

- hazırlanan yasal düzenlemelerin işverenlerin isteklerine uygun olarak düzenlendiği, diğer taraftarın görüşlerine yer verilmediği

- işyeri hekiminin tıbbi çalışma yükünü daha da arttırarak onların çalışma ortamına ilişkin yapacağı koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince zaman ayıramayacak duruma getireceği;
 - işyeri hekimleri sendikası, işyeri hekimlerinin hali hazırda iş yükünün aşırı olduğu ve mevcut çalışma süresinde dahi mesleki risklerin önlenmesi çalışmalarını ve işçilerin kişisel sağlık kontrollerini gerektiği gibi yerine getiremedikleri, önerilen yeni çalışma süresinin var olan olumsuzlukları daha da arttıracığı,
 - yeni yasal düzenleme ile sağlık kontrolünün iki yılda bir olacak şekilde periyodunun uzatılmasının işyeri hekimlerinin iş yüklerini hafifleteceği yaklaşımın doğru olmadığı, tam aksine hizmet verecekleri iş sayısının veya bakmakla yükümlü olduğu işçi sayısının arttırılması ile işyeri hekiminin iş yükünün daha arttırıldığı,
- işyeri hekimlerinin, AB mevzuatı doğrultusunda mesleki sağlık risklerinden korunma çalışmalarına daha çok yöneleceği; çok disiplinli çalışma anlayışı doğrultusunda yasal düzenlemede yer verilen iş güvenliği mühendisi, ergonomist, sağlık bilimci, toksikolog ve mesleki risklere müdahale personelinin yürütecekleri teknik çalışmaların işçilerin meslek risklerinden korunmasında önemli katkı sağlayacağı ve işyeri hekiminin de bazı işlerini kolaylaştıracağı yaklaşımı anlaşılır olmakla birlikte süreç içerisinde teknik çalışmanın tıbbi çalışmaların yerine konulmasının planlandığı,
- mesleki hastalıkların işyeri ortamındaki sağlık risklerinin bir sonucu olarak geliştiği gerçeğinin gözlerden saklanmaya çalışıldığı; işyeri sağlık servislerinin iş sağlığı servislerine dönüştürülmesi ile birlikte bu servislerin yürüttükleri teknik hizmetlerde çalışan personelin mesleki bağımsızlığına ilişkin yasal düzenlemelerin getirilmemesinin işverenlerin bu çalışmaları tamamen kendi inisiyatifleri altına almalarına yol açacağı, bu teknik çalışmaların işyeri hekiminin rolünü ve etkinliğini azaltma doğrultusunda kullanabileceği, meslek hastalıkları ile sağlık riskleri arasındaki bağın da koparılacağı,
- işçilerin ve işçi temsilcilerinin çalışanların sağlıklarının korunmasındaki etkilerinin ve etkinliklerinin azaltıldığı; sağlık ve yaşam risklerine maruz kalarak çalışmak durumunda bırakılan işçilerin ve onların işyeri/sendika temsil-

cilerinin görevleri arasında yer alan toplumsal/sosyal denetime ilişkin düzenlemenin yapılmaması ve bundan uzak durulması

- işverenin üzerine düşen sorumluluklardan kaçınmasını sağlayacak düzenlemelerin getirildiği
- İş sağlığı ortak servislerinin finansmanındaki önerilerin mevcut sorunları daha da arttıracacağı;
 - sağlık kontrollerinin 12 ay yerine 24 ayda bir kere yapılacak olması işverenlerde iş sağlığı ortak servislerine yaptıkları yıllık ödemelerde düşüş beklentisini arttıracığı,
 - servislerin harcamalarının çok disiplinli çalışmanın anlayışına uygun hale getirilmesi harcamalarda bir düşüşe değil tam aksine bir artışa yol açabileceği
 - iş sağlığı ortak servislerinin bulundukları bölge, sektör, işyeri ve işçi sayılarındaki farklılıklar nedeniyle bu servislere işçi başına yapılacak ödemelerde eskiye göre artışlar olabileceği,
 - bazı bölgelerdeki iş sağlığı ortak servisleri, işletmeleri kendi bünyesine katabilmek için birbirleriyle ticari rekabete girebilecekleri ve katılım paylarında fiyat kırmalarına gitmek durumunda kalacakları,
 - küçük ve orta boy işletmelerin iş sağlığı ortak servislerine hizmet karşılığında yaptıkları ödemeleri yeni yasal düzenlemeyle birlikte katılım paylarını yılın başında toplu olarak ödeyecek olmaları bu işletmeleri ödeme zorluğuna sokabileceği,
 - bu iddialı reformun iş sağlığı ortak servislerinin finansmanına ilişkin olarak bir adım atsa da sonunu getirmeyerek bu servislerin finansman sorununun çözmediği ve 15.4 milyon çalışanın sağlıklarının izlenmesinde sosyal güvenlik kurumuna hiç bir yük getirmeden işverenlerce finanse edilmesinde gerekli ekonomik koşulları sağlamadığı şeklindedir.

2004 Reformu' ndan üç yıl sonra 'reform' sonrası durumun değerlendirilmesine dönük hazırlanan birçok rapor, 'reform' un sorunları çözmediğini tüm çıplaklığı ile ortaya koymasına rağmen, raporlar yeni bir 'reform'un gerekçesi olarak kamuoyuna sunulmuş, diğer bir ifadeyle 'reformun reformu' na zemin hazırlamasının aracı haline getirilmiştir.

2.İşyeri Hekimliği Reformunun Sonuçları Raporu⁴⁵ (2007 Kasım)

Raporda 2004 yılında yapılan 'reform' tamamlanmamış bir değişim olarak değerlendirilmektedir. 'Reform' ile getirilen mesleki risklerin önlenmesi ve bu amaçla oluşturulan mesleki risklere müdahale personeli yaklaşımının da henüz hedefe ulaşmaktan uzak olduğu belirtilmektedir.

Var olan durum kısaca ortaya konulduktan sonra, iş sağlığı ile ilgili yapılacak yeni düzenlemeye yönelik yeni öneriler getirmektedir:

- İş sağlık servisinin önleyici görevinin yasa ile kesinleştirilmesi
- İşçinin çalışmaya elverişliliğine ilişkin prosedürlerin çalışmaya uygun olmayan somut önlemler prosedürüne dönüştürülmesi
- İş sağlığı ekibi anlayışının tanınması
- İş hemşiresinin niteliğinin tanınması
- İş sağlığı servisi kuruluşu için gerekli izin prosedürünün akreditasyon prosedürüne dönüştürülmesi şeklinde sıralanmaktadır.

3. Kişinin İşe Elverişli ya da Elverişli Olmadığının Değerlendirilmesi Yaklaşımına Dair Rapor⁴⁶ (2007 Ocak)

Raporda işyeri hekiminin işçi-iş uyumu temelinde işbaşı yapmasına ilişkin sağlık raporlarının işlevi üzerine kısaca durum tespiti yapılmakta ve değişiklik önerilerine yer verilmektedir.

Durum tespitinde;

- işyeri hekiminin temel görevi olan işçilerin sağlığının korunmasına ilişkin tıbbi çalışmaların merkezinde; işe giriş muayeneleri ve düzenli aralıklarla yapılan periyodik muayeneler, iş kazası ve meslek hastalığı sonrasında yeniden iş başı yapmadan önce çalışabilirliğine dair sağlık durumunun değerlendirilmesinin yer aldığı, işyeri hekimi işten kaynaklanan ve çalışanın sağlığını olumsuz etkileyen tüm etkenlerden işçinin korunmasını sağladığı,
- insan sağlığını olumsuz etkileyen tüm etkenlerden işçilerin korunması ve işçilerin düzenli aralıklarla sistematik olarak

sağlıklarının izlenmesi ve işe uygunluk değerlendirmelerinin günümüzdeki gelişmelere uygun olarak yeniden tanımlanması ve işyeri hekiminin bu konuya ilişkin konumunun da yeniden ele alınmasının tartışıldığı,

- kişinin işe tıbbi olarak uygunluğunun kontrolünde işin kendisine ait elimizde belirgin net bir veri olmadığı durumlarda, ancak diğer ülkelerin sağlık izlenim sonuçlarına göre vardıkları sonuçları ülkelere göre farklılıklar da içerebildiği dile getirildikten sonra önerilerde bulunmaktadır.

Öneriler:

1. Sağlık kontrol sistemi, kişinin çalışmaya elverişlilik durumunu düzenli aralıklarla ortaya koymada kendi sınırına ulaşmıştır. Bu nedenle kişilerin çalışmaya elverişlilik durumuna yönelik sağlık kontrolü yaklaşımı terk edilmelidir.
2. İşyeri hekimleri işyerinde yürüttükleri çalışmalarda işyerinde mesleki sağlık risklerinin önlenmesinde daha fazla rol üstlenmelidir.
3. Çalışanların sağlıklarının gözetiminde ve epidemiyolojik çalışmalarda işyeri hekiminin katkısı daha artırılmalıdır.
4. İşyeri hekiminin, işçinin işe uyumu ve yeniden görevlendirilmesine ilişkin yürüttüğü çalışmalar geliştirilmelidir.

4. 'Meslek Risklerinin Önlenmesi ve İşçi Sağlığında Çoklu Mesleki Çalışma Anlayışının Sonuçlarının Değerlendirilmesi' Raporu

2004 Reformu'ndan üç yıl sonra Çalışma Bakanlığı'nın 2007 yılında Meslek Risklerinin Önlenmesi ve Sağlık ile İlgili Çoklu mesleki Çalışma Anlayışının Sonuçlarının Değerlendirilmesi Raporu⁴⁷ reformun söylendiğinin aksine sorunları çözmekten uzak kaldığını ortaya koymaktadır.

Raporda;

- işyeri hekiminin hizmet sunduğu işyeri sayısı 298, işçi sayısı da 2.846 iken yeni teknik personelin hizmet sunduğu işyeri sayısı 3.592'ye, işçi sayısı da 34.279'a çıktığı ve bu iş yükü içinde çoklu mesleki çalışma anlayışından bahsedilemeyeceği vurgulanmakta,

- alanda görev yapan ve sorumluluk taşıyan farklı kesimlerin görüşlerine yer verilmektedir;
- bazı sağlık personeli; medikal çalışmanın etkisinin azaldığı ve işyeri hekimliği çalışma anlayışının yeni teknik personel tarafından sorgulanıp eleştirildiğini
- işçi sendikaları; yeni tanımlanan teknik personelin mesleki bağımsızlıklarının olmaması ve görevlerini yaparken güçlü korunma mekanizmalarının bulunmaması nedeniyle işverenlere itaatlerinin gittikçe arttığını,
- işveren kuruluşları; iş sağlığına ilişkin kuralların aşırılığı ve yeni teknik personeli koruma altına alacak yeni bir personel statüsünün doğru bir yaklaşım olmayacağını,
- işletmeler; mesleki risklerden korunma ve risk analizi yaklaşımlarının işyerlerine ek yükler getireceğini,
- yeni tanımlanan teknik personel (mesleki risklere müdahale personeli); çoklu mesleki çalışma anlayışının ancak, büyük işletmelerde kurulan iş sağlığı servislerinde ya da yapısı güçlü iş sağlığı ortak servislerinde hayat bulabileceği, buna karşın dışarıdan işyerlerine katkı sağlamakla görevlendirilen teknik personelin kendi aralarında yaşayacakları rekabetin iş sağlığı hizmetini olumsuz etkileyeceğini,
- hizmet yeterliliğine sahip teknik personel; bilgi ve deneyim yetersizlikleri nedeniyle yeni teknik personel statüsünde değer yitimi yaşanabileceğini belirtmişlerdir.

Haziran 2004 'reformuyla' yapılan değişikliklerin sorunu çözmediği gerekçesiyle çalışma bakanlığı 2008 yılında yeni yasal düzenlemeleri toplumun gündemine getirmiş ve 'işyeri hekimliği reformu' öncelikli tema olarak ele alınmıştır.

Bakanlığın önerdiği 'reformun yeniden reformu' belli konu başlıklarını içermektedir:

1. İş sağlığı servislerinin yeniden organizasyonu ve iş sağlığı servislerinin mesleki risklerden korunmaya yönelik görevlerinin yeniden belirlenmesi

a. Mesleki risklerin önlenmesi amacıyla birincil korunma önlemlerinin geliştirilmesinin ilk hedef olarak belirlenmesi

b. Günümüzde kas-iskelet sistemi hastalıklarını, psiko-sosyal rahatsızlıklar, mesleki kanserdeki artış yeni meslek riskleri biçimlerini gösterdiği ve bunlarla mücadelede iş sağlığı hizmetlerinin çoklu mesleki bir anlayışla sürdürülmesi

c. Bu amaç doğrultusunda:

- i. İşyeri hekimliğinin modernizasyonu
- ii. İşyeri hekiminin görev ve yetkilerinin yeniden tanımlanması
- iii. Kurumsal yönetişimin oluşturulması
- iv. Finansmanda değişikliklere gidilmesi
- v. İşyeri hekimleri sayısında düşüşün yol açtığı

sıkıntı ve sorunların giderilmesinde pratisyen hekimlerin işyeri hekimi olabilmelerinin yollarının yaratılması ve işyeri hekimliği uzmanlığının daha çekici hale getirilmesi için işyeri hekimliğine başlangıç eğitiminin geliştirilmesi önerilmektedir⁴⁸.

2. İşyeri hekiminin klinik yönünün daha fazla açığa çıkarılması ve çoklu mesleki ekip anlayışı içine daha iyi entegrasyonunun sağlanması; genel anlamda koruyucu sağlık hizmetleri politikalarıyla uyumlu bir şekilde işçilerin reel ihtiyaçlarına cevap verecek biçimde sağlık kontrol periyotlarının belirlenmesi

3. İş sağlığı ortak servislerinde çoklu mesleki ekip çalışmalarının etkinliğinin ve verimliliğinin geliştirilmesi:

- a. Sosyal güvenlik şemsiyesi altında iş sağlığı servislerinin bir araya getirilmesi
- b. İş sağlığının korunması hedeflerinin ulusal ve bölgesel sağlık sigortası planı ile bağlantılı olması ve kamu kurum temsilcileri ile sivil toplum örgütü temsilcilerinin birlikte çalışmalar yürütmeleri
- c. İş sağlığı servislerinin işyerleri ile yapacakları sözleşmelerde, devlet kuruluşlarının ve sosyal güvenlik kurumunun da nicel ve nitel hedeflerine uygun olarak müdahil olmalarının sağlanması
- d. İş sağlığı servislerinin çalışma onaylarının bu yaklaşımlara uygun olarak verilmesi

4. Mesleki risklerin kontrol edilmesi ve mesleki maruziyetin daha iyi izlenmesi temelinde işçilere verilen istirahat raporlarının belli seviyelerde tutulması; işe uyumsuzluk durumlarının daha iyi belirlenmesi, iş gücü kayıplarının azaltılması için işçilerin tıbbi izlemine yapan işyeri hekimi, hastalık durumunda tedavi hizmetini sunan hekim ve sosyal güvenlik kuruluşunda tıbbi danışman olarak çalışan hekim arasında işbirliğinin daha da artırılması

5. İş sağlığı servislerinin finansman modeli, yönetiminin yeniden düzenlenmesi; iş sağlığı ortak servislerinin mali yönetiminde saydamlığın sağlanması, yönetimin yeniden yapılandırılması, yayın ve mali durumun sertifikasyonu

6. Belirli kategorideki işçilerin de sağlık durumlarının izlenmesi; özellikle geçici işlerde çalışan, spesifik işleri yapan ya da mevsimlik işlerde çalışan işçilerin sağlık durumlarının daha iyi izlenmesi, mesleki risklerden korunmalarının sağlanması için iş sağlığı servislerinin tüm kategorideki işçilerin sağlıklarını izlemesi ve bu işçilere hizmete ulaşım olanaklarının sağlanması gerektiği belirtilmektedir.

5. İşyeri Hekimliğinin Geleceği Raporu⁴⁹

2008 Mart ayında Ekonomik ve Sosyal Konsey Hükümet tarafından sunulan hedeflere yönelik olarak İşyeri Hekimliğinin Geleceği başlıklı bir rapor hazırlayarak 2008-2009 yılı içinde bir 'reform' takvimi planlamıştır.

İşyeri hekimliğinin geleceğine ilişkin Ekonomik ve Sosyal Konsey'in yaklaşımı 6 başlık altında toplanmaktadır:

1. İş sağlığına ilişkin temel yaklaşımın korunması kaydıyla konunun toplum sağlığı içinde ele alınması; iş sağlığı işyerinde bir gereklilik ve aynı zamanda da halk sağlığının da bir parçasını oluşturduğundan iki alanın bütünleştirilmesi gerektiği

2. 'Korunmaya ilişkin yeni bir reel kültür oluşturulması; işyeri hekimliğinden iş sağlığına doğru yaşanan dönüşümün tüm sosyal taraflarda mesleki risklerden korunmanın önemi ve zorunluluklarının bilince çıkarılarak bunlara uygun davranmanın sağlanması

3. Çoklu mesleki çalışma anlayışının güçlendirilmesi; işyeri hekimliğinden iş sağlığı anlayışına geçiş sürecinde çoklu mesleki çalışma anlayışının temel alınarak sistemin genel etkinliğini artırılması

4. İşyeri hekimliğinin merkezi konumunun korunması; işyeri hekimliğine ilişkin aşırı kuralların ve düzenlemelerin kapsamlı bir şekilde revize edilmesi ve şimdiye kadar olduğu gibi bundan sonra da işyeri hekimliğinin merkezi konumunun devam ettirilmesi ve etkinliğinin de artırılarak güçlendirilmesi, daha kaliteli bir mesleki faaliyetin sağlanması

5. Çalışabilirlik ya da işe elverişlilik değerlendirmesinin iş

başında koruma ve işte kalıcılık anlayışı içinde ele alınması; işyeri hekiminin düzenli aralıklarla yaptığı tıbbi kontroller ile işçilerin işe uygunluklarının değerlendirilmesi çalışmasının tüm faaliyetleri içinde büyük yer tutması, aşırı zaman alması, ayrıca işyeri hekimi ile çalışanlar arasındaki ilişkiyi de olumsuz etkilemesi vb. nedenlerden dolayı işe uygunluk anlayışının yeniden ele alınması

6. Tüm çalışanların hizmet kapsamına alınması

Ekonomik ve Sosyal Konsey'in getirdiği yaklaşıma uygun olarak önerileri de⁵⁰:

1. Çalışanların sağlıklarının iş yaşamları süresince korunma altına alınması ve bu doğrultuda da işyeri hekimliği mesleğine ilişkin yasal düzenlemelerin açığa kavuşturulması

2. İşyeri hekimliği çalışmalarının dört yönden güçlendirilmesi

- a. İşyeri ortamında kişisel yaklaşım ile toplu yaklaşım arasında dengenin kurulması
- b. İşin neden olabileceği her türlü sağlık sorunlarına ilişkin kaygılara rağmen iş sağlığının korunmasına ilişkin koruyucu prosedürlerin sağlığın korunmasındaki yararlarını dayanak olarak almak
- c. Somut hedeflere yönelik faaliyetlerin rutin izlemelerini yapmak
- d. İşyeri hekiminin görevini yapabilmesi (üretim alanlarını sıklıkla görmesi ve çalışma süresinin 1/3' ünü işyeri ortamında geçirmesi, geniş değerlendirmelerde bulunabilmesi) için ortamın sağlanması

3. Finansman ile yönetimin görevlerinin uyumlaştırılması

- a. İş sağlığı servislerinin işveren katılım paylarına dayanan finansman yapılanmasını korumak, ancak bu katılım paylarının belirlenmesindeki medikal muayene sayısı ile ilişkilendirilmesi kriterlerini değiştirmek
- b. İş sağlığı servislerini sosyal güvenlik sistemi ve meslek risklerinden korunma bölge yapılanmaları ile ilişkilendirilmiş yeni bir yönetim anlayışına kavuşturmak

4. Ortak çalışma yürütülmesi, sosyal tarafların bir araya gelerek, bu belirlenen dört başlığa ilişkin bir reform hazırlığı oluşturmaları

- a.Çalışma koşulları
 - b.Reforma uygun yasal düzenlemelerin hazırlanması
 - c.Finansman biçiminin ve yönetimin yeniden düzenlenmesi
 - d.Sosyal güvenlik sistemi
5. Gerçek bir iş sağlığı ağının yaratılması
- a.İşyerinde çoklu mesleki çalışma anlayışını geliştirmek ve işyerindeki çeşitli yapılanmaların (iş sağlığı ve güvenliği komiteleri vb.) bu çalışmalara katılımlarını arttırmak
 - b.İş sağlığı servisleri ile tedavi kurumları ve sosyal güvenlik kurumu arasında ortak bilgi ağını geliştirmek
6. İşyeri hekimliğine ilişkin demografik gidişata müdahale etmek; işyeri hekimliği uzmanlık eğitimine daha fazla hekimin alınmasını sağlamak ve işyeri hekimlerinin çalışmalarını güvence altına alarak çekiciliğinin arttırılması
7. İşyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlıkları, görev yaparken karşılaştıkları güçlükler ve yönetim sorunlarına yönelik değişikliklerin yapılması olarak özetlenebilir.

Ekonomik ve Sosyal Konsey'e katılan işçi sendikalarının yaklaşımları kısa başlıklar halinde özetlenirse:

- 'Reform' tartışmalarının iki ekseninde yürütüldüğü;
 - bunlardan birisi, mesleki risklere ilişkin alınacak önlemlerin geliştirilmesi, farklı sektörlerdeki gelişimlerinin izlenmesi ve bu çalışmaları yürütecek personelin durumu,
 - diğeri ise, işyeri hekimlerinin çalışmaları ve görevleri olup bu konulara ilişkin yıllardır hazırlanan sayısız raporlar, sürdürülen tartışmalar olduğu,
- iş sağlığı sisteminin işleyişindeki aksaklıklardan işyeri hekimlerinin yanı sıra, devlet, işverenler ve üniversite eğitiminden sosyal güvenlik kuruluşuna kadar hepsinin sorumlu olduğu,
- aşırı iş yoğunluğu, işin bireyselleştirilmesi, kas-iskelet sistemi hastalıkları, iş stresi ve buna bağlı depresyon vb. hastalıkların yaygınlaştığı (buna- intihar hariç-iş politikası hastalığı da denmekte),
- günümüzde üretim süreçleri içinde yer alan çok sayıdaki

kişinin, fiziki ve moral yıpranmanın mağduru olarak işlerini kaybettiği ya da işinden dışlanmayla karşı karşıya kaldığı,

- çok sayıda genç insanın çalışma koşullarının aşırı zorluğu nedeniyle çalışmaktan çekindiği,

- çoklu mesleki çalışmanın önemine inanıldığı, ama her halükarda

- işyeri hekimliğinin iş sağlığı sistemini yönlendirme konumunun aynen sürmesi gerektiği,

- mesleki risklere müdahale personelinin eğitimlerinin sağlanması gerektiği

- mesleki risklere müdahale personelinin henüz yasal olarak sağlanmamış olan mesleki bağımsızlıklarının mutlaka sağlanması gerektiği,

- İşyeri hekiminin iki farklı dünya arasında işbirliğinin sağlanmasında rol oynadığı;

- birisinin işin neden olduğu meslek risklerine karşı işçilerin korunması,

- diğerinin de işçilerin sağlıklarının korunması için işverene danışmanlık görevi olduğu,

- işyeri hekiminin görevlerinin mesleki bağımsızlıktan ayrı düşünülemeyeceği ve bunun da mesleğin varlık koşulu olduğu,

- işyeri hekimlerinin işçilerin sağlık kontrollerinin düzenli olarak sürdürmek durumunda oldukları ancak bu sayede işçilerin karşı karşıya kaldıkları gerçek ergonomik risklerin ve çalışma koşullarının sağlıkları üzerindeki olumsuz etkilerinin kişisel sağlık bilgilerinin gizliliği içinde ortaya konulabileceği, sağlık izleminin periyodunun da işyeri hekimlerin tarafından belirlenmesi gerektiği,

- işyeri hekimine çalışma ortamındaki etkinlikleri için daha fazla olanaklar sağlanması, görüş ve önerilerinin dikkate alınacağına ilişkin güvencelerin oluşturulması

- işyeri hekimliği halk sağlığı ile ilişkilendirilip onun içinde yer alsada mesleki disiplin olarak mutlak korunması gerektiği,

- işyeri hekimi, işyerinde işin zorluklarına dikkat çekebilecek tek kişi olduğundan onun belirlemeleri, önermeleri ve bunlara ilişkin danışmanlık görevini özgürce yapması için gerekli ortamın sağlanması gerektiği,

- işyeri hekimi ile aile hekiminin kişisel sağlık verilerinin gizliliğine saygı temelinde yakın işbirliği içinde çalışmalarını esnasında işyeri hekiminin işyerini, aile hekiminin kişiyi yakından

tanınması nedeniyle farklı tıbbi yaklaşımlarda bulunmaları, farklı tanı koymaları durumunda işçinin iş kazalarından ve sağlığının korunması anlayışı doğrultusunda, bu iki tanının işçi lehine uzlaştırılması gerektiği,

- işyeri hekimlerinin sayısal eksikliklerinin giderilmesi için bu mesleğinin değerini attıracak şekilde mesleğin çekiciliğinin arttırılması, işyeri hekiminin çalışmalarını kolaylaştıracak önlemlerin alınması ve gerekli güvencelerin sağlanması doğrultusunda adımlar atılması gerektiği,

- işe uygunluk/çalışabilirlik durumunun tespitin işyeri hekiminin pratik çalışmalarının esasını oluşturduğu, işyeri hekiminin işçilerin sağlıklarının korunması rolünün daha da geliştirilmesi gerektiği,

- işyeri hekimlerinin işçilerin sağlık durumlarını izlenmek üzere yaptığı 'rutin' sağlık kontrolleri (işe giriş muayenesi, periyodik muayene ve işe yeniden başlarken yapılan muayene vb.) yerine işçinin işe uygunluk/elverişlilik durumunu ortaya koyarak işgücünün seçilmesine yönelik sağlık kontrolleri temelinde sürdürülmesi gerektiği,

- işe uygunluk anlayışının korunmasının büyük önemi olduğu ve işçilerin sağlık verilerinin gizliliğinin korunmasının da bunun bir parçası olduğu, bunun ortadan kaldırılarak sağlık kontrolünün verimlilik sürecinin bir parçası haline getirilmesi, işe girişlerde işçilerin de buna uygun olarak seçilmeleri anlamına gelecek uygulamaların kabul edilemeyeceği,

- bütün işyerlerinde işçi sağlığı ve güvenliği kurullarının görevlerinin daha kapsamlı hale getirilmesi, olanaklarının güçlendirilmesi ve işyeri hekimi ile sıkı işbirliği içinde olmalarının sağlanması ve bu kurulun üyelerinin de doğrudan seçimle belirlenmesi, iş sağlığında sosyal diyalogun da bu zeminde sürdürülmesini sağlayacak tüm önlemlerin destekleneceği,

- 50' den az işçi çalıştıran küçük ve çok küçük işletmelerde işçi sağlığı ve güvenliği kurulunun bulunmadığı ve buralarda çalışan büyük sayılara ulaşan işçilerin iş sağlığı servislerinin hizmetlerinden yararlanamadığı, aynı zamanda bu işletmelerde meslek hastalıklarının oldukça yüksek olduğu ve çalışanların birçoğunun da bunun farkında bile olmadığı,

- küçük ve çok küçük işletmelerde çalışan çok sayıda işçinin sistemik sağlık kontrolü için bile işyeri hekimiyle bir araya gelemediği,

- 50' den az işçi çalıştıran küçük ve çok küçük işyerleriyle

işyeri hekimleri arasında gerçek bir işbirliğinin yaratılmasının önemli olduğu, bu iş birliğinin işe giriş muayeneleri ile başlayacağı ve işe alınacak kişinin işe uyumunda objektif kriterlere uygun davranılmasının sağlanması,

- ülke ekonomisinde büyük bir alanı kapsayan, 50'den az işçi çalıştıran küçük ve çok küçük işletmelerin özellikleri gözetenilerek özel bir gündem içinde ele alınması

- İş sağlığı servislerinde;

- işyeri hekiminin rolünün tartışmasız olduğu ve yerine başka bir şeyin konulamayacağı,

- çoklu mesleki çalışma anlayışının başarısı için servis içindeki farklı meslek gruplarının rollerinde ve görevlerinde dengenin gözetilmesi gerektiği,

- çoklu mesleki bir çalışma yürütülmeksizin ne iş sağlığı servisleri ne de bu servislerin somut ve etkili çalışmalar yürütebileceği,

- iş sağlığı servislerinin işverenlerce yönetilmesinin, işçilerin sağlıklarının izlenmesi ve ergonomik yaklaşımların daha iyi organizasyonu ile hiçbir alakası bulunmadığı, işyerinde birinci koruma için gerekli olan süreye de, işyeri hekimine de yüklenmekten vazgeçilmesi gerektiği,

- iş sağlığı servislerinin bölgesel olarak yapılandırılmaları ve yönetimlerinde işçi-işveren temsilcilerinin eşit sayıda yer aldıkları dengeli bir yönetim anlayışının oluşturularak halen yönetimde var olan işveren hakimiyetinin kaldırılması, bu servislerin yönlendirilmelerinde de sosyal güvenlik kurulu'nun mesleki risk dalları bölümünün de bir rol üstlenmesi gerektiği,

- iş sağlığı servislerinin hizmetlerinin adem-i merkezîyetçi bir anlayışla devlet tarafından yakından takip edilmesi gerektiği,

- iş sağlığı servislerinin finansman yapılmasında bir değişikliğe gidilmesi ve bu servislerin gelirleri için işverenlerin çalıştırdığı işçi başına katılım payı ödemeleri veya götürü usulü toplu ödeme şeklinde düzenlenmesi, katılım paylarının da devletin prim toplayan kuruluşunca yapılması gerektiği,

- şirket içinde ve dışında iş sağlığı ağının kurulması gerektiği şeklindedir.

Sosyal tarafların sorunların çözümüne ilişkin ortaklaşmalarını nedeniyle görüşmeler devam etmemiştir. 2009 yılında işçi sendikaları ile yapılan görüşmelerde de anlaşma sağlanamamış,

ortak bir irade oluşturulamamıştır. Buna rağmen reforma ilişkin yasal düzenleme meclise gönderilmiştir.

Daha sonra 2010 yılında yapılan görüşmelerde işçi sendikaları ve işyeri hekimliği sendikaları ile önemli fikir ayrılıkları çıkmış ve görüşmeler sürdürülmemiştir.

Hükümet işverenlerle iş birliği içinde diğer sosyal taraflara haber vermeksizin sosyal güvenlik yasası içine 'işyeri hekimliği reformu' ile ilgili düzenlemeleri koymuş ve 27 Ekim 2010 tarihinde de meclisten geçirmiştir. Ülkemizdekine benzer bir şekilde temel yasa yaklaşımıyla maddeler üzerinde görüşmeler yapılmasından, tartışmalardan kaçınılarak çıkarılan sosyal güvenlik yasası içine gizlenen 'işyeri hekimliği reformu' yoğun eleştirilere de yol açmıştır⁵¹.

Yaklaşık 15 maddeden oluşan 'işyeri hekimliği reformu'; iş sağlığı servislerinin organizasyonu, işyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı ve çoklu mesleki çalışmaya ilişkin düzenlemelerden oluşmaktadır. Anayasa Mahkemesi 'işyeri hekimliği reformuna ilişkin düzenlemelerin 'emeklilik reformu' ile dolaylı olarak bile ilgisinin olmaması nedeniyle biçim yönünden iptal etmiştir. Anayasa mahkemesinin kararından sonra çalışma bakanı hemen bir açıklama yaparak 'işyeri hekimliği reformu' nun işçilerin sağlıkları için son derece önemli olduğu bu nedenle de hükümetin en kısa zamanda anayasa mahkemesi tarafından iptal edilen düzenlemeyi ele alacağını' açıklayarak bu konudaki kararlılıklarını bir kez daha vurgulamıştır.

6. İşyeri Hekimliğinin Savunulması⁵²

Hükümetin 27 Ekim' de parlamentodan 'kamufle' ederek geçirdiği 'işyeri hekimliği reform' düzenlemesine ilişkin olarak sendikalar diğer kuruluşlarla birlikte çeşitli etkinlikler düzenlemişlerdir.

'İşyeri hekimliğinin savunulması' başlığı altında bir araya gelen sendikalar, dernekler bazı siyasi partiler işverenlerin 'reform' önerileri ve bu önerilerin işyeri hekimliği üzerine olası etkilerini kamuoyu ile paylaşmışlardır.

Sendikaların ve Diğer Kuruluşların Ortak Eleştirileri:

İş sağlığı servislerinin geleceğine ilişkin aylar süren müzakerelerde, işveren örgütlerinin önerileri sendika temsilcileri tarafından farklı gerekçelerle uygun görülmemiş, anlaşma sağlanamadığından görüşmeler sona erdirilmiştir.

Serbest rekabetçi dönemin liberal anlayışına doğru kötü gidişat, işçi sağlığı ve işyeri hekimliği alanındaki yönelimler diğer sosyal alanlardaki yönelimlerle paralellik içermekte işverenler açısından ‘uygun bir ortamı’ oluşturmaktadır.

İşyeri hekimlerine emanet edilen ‘işçilerin yaptıkları işler nedeniyle sağlıklarının bozulmasının önlenmesi’ doğrultusundaki koruyucu hizmetler görevinde uzun süre değişikliğe gidilmemiştir. Ancak çalışma yaşamındaki yeni iş organizasyonları ve yönetimleri ile birlikte işçi sağlığı ve işyeri hekimliğinde de ‘reform’ tartışmaları gündemde ağırlık kazanmaya başlamıştır.

İşverenlerin risk yönetimindeki başarısızlığına ilişkin tüm eleştirilere devlet kulaklarını kapayarak, işverenlerin istekleri doğrultusunda iş sağlığı servislerinin modernizasyonunu tercih etmiştir. Bu tercih işyeri hekimleri için yıkıcı özellikler içermektedir. Çünkü birincil korunma anlayışı doğrultusunda, işyeri hekimi kendi tıbbi bakış açısını terk ederek işçilerin sağlıklarının bozulmasının (meslek risklerinin) önlenmesine yönelik çalışmalara itilerek iş güvenliği uzmanlarından yana savrulaabilecek ve teknik bir çalışmaya uygun bir davranış göstermek durumunda kalabilecektir.

6.1. İşverenlerin Projesi: İş Sağlığı Yönetimi

İşverenlerin ‘reform’ önerileri üç temel konuda endişelerini ortaya koyuyor:

- İşyeri (risk yönetiminin değil de) tıbbi koruyucu sağlık sisteminin meslek hastalıklarına ilişkin işçilerin sağlık hak ve çıkarını açığa çıkaran çalışma anlayışıyla işverenlerin yasal ve mali sorumluluklarını görünür kılan özelliklerinin ortadan kaldırılması

- Son dönemde (özellikle yıllar önce aspeste maruz kalan ve sağlıklarını kaybeden) işçilerin hastalıklarının meslek hastalığı

olarak kabul edilmesine yönelik açtıkları davalarda mahkemeler işçiler lehine karar vermekte ve işçilerin sağlıklarının korunmasından, bu doğrultuda gerekli organizasyonun oluşturulmasından işvereni doğrudan sorumlu tutmaktadır. Bu gelişmeler nedeniyle işverenlerin işçilerin tıbbi olarak korunmasını (sağlık eşittir hekim anlayışını) işlemez hale getirilmesi doğrultusunda iş sağlığına ilişkin yeni yönelimlerin tartışmaya açılması

- Küçük/orta ve çok küçük işyerlerinde iş sağlığı servislerinin risk yönetimi çalışmaları ve sonuçları doğrultusunda getirilen önerilerin bu işyerlerinin mali zorlukları ve yetersiz bilgi birikimleri nedeniyle yaşamsal öneme sahip olduğundan, bu servislerin işverenlerin kontrolünde tutulması

Son yasa taslağı öncesinde ortaya da çıkarılan birden fazla sayıda yasa taslağı versiyonunda farklı sosyal taraflara göre değişik önermelere yer verilmiştir. Birbirini izleyen tüm versiyonlarda üç temel yaklaşıma uygun önerilere sürekli yer verilmiştir:

1. İşyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlıklarının kontrol altına alınması
 - a. İşyeri hekiminin görevlerinin iş sağlığı servislerine devredilmesi
 - b. İşçi sağlığının korunmasındaki tıbbi konumunun da risk yönetimine devredilmesi
2. İşçi sağlığı tıp ilişkisinin ortadan kaldırılması
 - a. İşyeri hekimlerini diğer teknik personele tabi kılmak
 - b. Periyodik muayenelerin arasını açarak işlevsiz hale getirmek
 - c. İşyeri hekimini, iş gücünün tıbbi yönetiminin bir parçası haline getirmek
3. İşverenlerin iş sağlığı servislerinin yönetimlerindeki konumlarını aynen sürdürmesi

6.2. İşyeri Hekimlerinin Mesleki Bağımsızlığının Kontrolü

İşyeri hekimliği servisleri, işçilerin yaptıkları işe bağlı olarak sağlıklarının bozulmasının önlenmesiyle görevlendirilen işyeri hekimlerine bu görevlerinde lojistik destek sağlanması için oluşturulmuş bir yapıdır. Bu yapı süreç içinde iş sağlığı servisine

dönüştürülmüş ve risk yönetimi anlayışıyla birlikte, işyeri hekiminin risk yönetiminde sorumluluk üstlenmesi sağlanarak koruyucu hekimlik ile risk yönetimi arasında kafa karışıklığı yaratılmıştır.

Genel kabul gören bu projenin birden çok hedefi bulunmaktadır:

- İş sağlığı servisini işçilerin sağlık çıkarları ile bağdaşan görevlerinden saptırılan ve koruyucu hekimlik anlayışı yerine risk yönetimini ikame eden, bu servislere yapacakları spesifik korunmayı terk ettiren dolayısıyla da etkinliklerini işverenin sorumluluğu (güvenlik yükümlüğü) altında koruma-güvenlik hizmetlerine indirgeyen, risk yönetimi anlayışı ulaşılması gereken resmi hedef olarak konmaktadır.
- İşyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı, iş sağlığı servisine çalışmalarında işverenin müdahalede bulunmalarını engelleyen bir konum sağlamaktadır. İşyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı sınırlandırılması iş sağlığı servisinin gerekli araç ve olanaklarının da kontrol altına alınmasıdır.

İş sağlığı servisi işyeri hekimleri üzerinde işverenin baskı kurmasının bir aracı haline getirilmektedir. İş sağlığı servisinin kendi hedeflerine ulaşmak için işyeri hekimleri üzerine baskı yaparak onların mesleki bağımsızlıklarını sonlandıracaktır.

6.3. İşçi Sağlığına İlişkin Tıbbi Çalışmaların Ortadan Kaldırılması:

İş sağlığı mesleklerinin sıradanlaştırılması ve işyeri hekimlerinin planlanmış sayısal eksiklikleri gerekçe gösterilerek mesleki bağımsızlıklarının kontrol altına alınması

İlk adım, işçilerin sağlık muayenelerinden işyeri hekiminin uzaklaştırılmasıdır. İşyeri hekimlerinin sayısal eksiklikleri gerekçe gösterilerek pratisyen hekimler de işçilerin sağlık muayenelerini yapabileceklerdir. Özel eğitimleri olmaksızın alana dair deneyim ve bilgiden uzak, dolayısıyla da alanın karmaşık sorunlarına vakıf olmaksızın pratisyen hekimler çalışma yürüteceklerdir. Bu uygulama etik yönleri de dahil olmak üzere halk sağlığı yasası açısından pratisyen hekimleri sorumluluk altına atarak onların zarar görmelerine yol açacaktır.

İkinci adım, İşyeri hekimliğinin çekiciliğinin arttırılması yerine sayısının yetersizliğini kullanarak, özel bir eğitim almaları sağlanmaksızın ve yapacakları çalışmalar belirlenmeksizin hemşireler ön plana itilmektedir. İşçilerin 'sağlık personeli ile bir araya gelmesi' görüntüsünü yaratmaya dönük bu girişim hem yasal düzenlemelere hem de halk sağlığı düzenlemelerine aykırıdır.

Burada sorun bu meslek gruplarının müdahalelerinin meşruiyetinin sorgulanması değildir. Yapılmak istenenlerin yasal çerçeveye uygunluğu ve personelin de yetkinliği sorundur. Ayrıca da sorumluluğun gereklerine sahip olmayanlara sorumluluklar devredilerek onların bunun sonuçlarına katlanmak zorunda bırakılmasıdır.

Çalışma ortamında çoklu mesleki bir çalışma yürütülmesinde hiçbir meslek bir diğer mesleğin yerini tutamaz. Mesleki risklerin önlenmesiyle görevlendirilen teknik meslek gruplarından hiçbirisi de işyeri hekiminin yerini tutamaz. Mesleki risklerin önlenmesiyle görevlendirilen teknik personelin (IPRP) sözleşmelerinde yer alan konulara ilişkin olarak gerekli güvencelerden uzak ve yetkilerinin yetersiz olduğu görülmektedir.

Bu personelin yapacakları çalışmalarda karşı karşıya kalacakları iki önemli husus bulunmaktadır:

1. İşçilerin sağlıklarına ilişkin kendi özel konuları
2. İşverenlerin baskılarına karşı mesleki bağımsızlıklarının olmayışı ve kendilerini koruyan hiçbir düzenlemenin bulunmaması

6.4. İşyeri Hekiminin Tıbbi Danışmanlığın Sonlandırılması

İşverenlerin periyodik muayenelerin üç yılda bir yapılması teklifi son derece olumsuz bir öneridir. Daha önce önerdikleri yasa taslağında ise periyodik muayenelerin dört yılda bir olmasını istiyorlardı. Bu yaklaşım bireysel sağlık izlemine belirsizleştiren ve onu aslında ortadan kaldırmayı amaçlayan bir anlayıştır.

Daha sonra anlaşıldı ki Renault, EDF et Gaz de France, France Télécom gibi büyük işletmeler, sürekli yeniden yapılandırma adı altında gerçekleştirdikleri yeni iş organizasyonlarının

işçilerin sağlıklarının bozulmasına yol açtığıнын periyodik muayenelerle işyeri hekimince belirlenmesi ve işverenlerin buna ilişkin olarak uyarılmasına karşı düşünülen bir önlemdir. Bu durumun açığa çıkması üzerine toplantıda uzlaşa ortadan kalkmış ve anında da geri adım atılmıştır. Ama bu anlayış özü itibariyle sürdürülmüş ve işyeri hekimliği birincil hedef duruma getirilmiştir.

6.5. Hekimlik Mesleğinin Sıradanlaştırılması, Emek Gücünün Tıbbi Yönetiminin Geliştirilmesi

İşverenlerin projesinde en az gizlenen kısımdır. Sosyal politikanın temeli olan işin işçiye uygun hale getirilmesi burada tamamen ortadan kaldırılmakta, insani çalışma anlayışının içi boşaltılmaktadır. Sadece iş piyasası anlayışı geçerli kılınp buna uygun bir biçimde işçi işini sürdürebildiği ölçüde işçidir.

Hekimin rolü de bu iş piyasasıyla uyumlaştırılmaya çalışılmaktadır:

- Sağlık kontrollerinin amacının işçilerin sağlık durumlarına uygun olarak işte çalışmalarının sağlanmasından işçinin işe uygunluğunun belirlenmesine doğru yönelmektedir.
- İşte çalışabilirlik raporu işçiyi işinin başında tutabilmek şeklinde yeniden tanımlanmaktadır.
- İşçinin işe uyumunun yeniden tanımlanmasından kasıt da, işçinin işe ait sağlık riskleriyle işbaşı yapması ve bu risklere maruz kalmaya devam etmesidir.

Yapılmak istenen 'reform' hem işyeri hekimini hem de işçiyi ikili bir seçime hapsedmektedir: ya işçinin sağlığının bozulması kabul edilecek ve çalışabilir kategorisine sokulacak, ya da işin içerdiği özel risklerinden işçinin korunması amacıyla işte çalışmasının uygun olmadığına karar verilecektir.

6.6. İşverenlerin İş Sağlığı Servislerinin Yönetimlerini Elllerinde Tutma İstekleri

İşveren örgütleri açısından iş sağlığı servislerinin ve iş sağlığı ortak servislerinin dernek statüsündeki varlıklarını sürdürmesi ve üye işveren temsilcilerince yönetilmesi sosyal taraflarla yürütülen uzlaşının nihai hedefini oluşturmaktadır. Böylelikle de

işverenler iş sağlığı servislerinin yönetiminde çoğunlukta oldukları, yani bu servisleri istedikleri gibi yönettikleri sürece mesleki tehlikelere ilişkin tıbbi korunma da gerçekleşmeyecektir.

İşveren dernekleri işverenlerin bu servislere ödedikleri katılım paylarının bir kamu kurumu tarafından toplanması doğrultusundaki tüm önerileri göz ardı ederek bazı yerel işveren örgütlerine buradan kaynak aktarılmasına göz yummuştur.*

6.7. Koruyucu Tıbbın İmha Projesine Devlet Desteği:

İşverenlerin projesine devletin desteği ile geline nokta oldukça üzücüdür:

- İşyeri hekiminin görevleri artık yoktur ve onlara tahsis edilen rol de iş sağlığı servislerinin hamallığıdır.
- İş sağlığı servislerinin görevleri beş paragraf tutmakta ve bu beş paragraflık yazıda 'sağlık' ve 'iş' kelimelerinin birlikte kullanılmaması ve yan yana getirilmemeleri son derece dikkat çekicidir. İşçilerin, sağlığı bozan etkenlerinden korunması yaklaşımında 'bozan' kelimesi ortadan kaldırılmıştır. İşçinin işini sürdürmesi çalışma koşullarının önüne geçmektedir. Daha önce mesleki riskler sistemine ilişkin tek sorumlu işveren iken, yeni düzenleme ile birlikte iş sağlığı servisleri mesleki tehlikelerin izlenebilirlik sisteminin temel aktörü haline getirilmektedir.

* Yazarın notu: İşverenler işyeri sağlık servislerine 1946 yılından itibaren katılım payı ödemektedir. Bu katılım payı işçi sayısı üzerinden olup, günümüzde işçi başına ortalama 75 €'dur. Bu servislerin toplam geliri yıllık yaklaşık 1 milyar €'ya ulaşmaktadır. Fransa İşverenler Sendikası'nın (MEDEF'in) 115 şubesi bulunmakta ve MEDEF'in şube başkanları da genellikle işyeri hekimliği servislerinin de yönetim kurulu başkanlığını yapmaktadır. Ancak son dönemde, işyeri hekimliği servislerinin gelirlerinin MEDEF şubelerinin harcamalarında kullanıldığının ortaya çıkmasıyla bir skandal yaşanmıştır: Bu servisler dernek statüsünde oluğu için yönetim kurulu üyeleri ve başkanları gönüllü çalışmak durumunda olup ücret alamazlar. Yasal olarak böyle olmasına rağmen birçok yerde MEDEF şube başkanlarının işyeri hekimliği servisi yönetim kurulu başkanı olarak 1999 yılından beri (o tarihte 12.000 FF) ücret aldıkları, eş ya da sevgililerini bu servisin sekreteri olarak gösterip ücret ödedikleri, servis adına araç aldıkları ve özel şoför tuttukları, servis ile MEDEF şubesini aynı adreste göstererek MEDEF şube harcamalarını servisin üzerinden ödedikleri, lüks otel ve restoran harcamalarını, tatil giderlerini servisin giderleri olarak düzenledikleri vb. usulsüzlükler açığa çıkmıştır.

- İşyeri hekimi, işçilerin mesleki risklerden korunması çalışmalarında, iş sağlığı ekibini bir bütün olarak yönlendirirken yeni düzenleme ile birlikte medikal ekip ve çok disiplinli teknik ekip farklılaşması yaratılmakta, kafa karışıklığına yol açılmakta ve ekiplerin çalışmalarını karşılıklı anlayış içinde koordinasyonu görevi de işyeri hekimine verilmektedir.
- Yapılan düzenleme ile pratisyen hekimler, işçilerin sağlık izlemelerini, mesleki yeterlilikleri olmaksızın veya uzmanlık bilgisine sahip olmaksızın yapabileceklerdir.
- İş sağlığı servislerinin kuruluşunun işverenlerin tercihinin bırakılması, işyeri hekimleri üzerinde hizmetin dışarıdan da alınabileceği tehdidini oluşturarak onların uysallaştırılmasına yol açacaktır.
- İşçilerin sağlık kontrol süresinin değiştirilmesi ve sağlık kontrolünde hemşirelerin görevlendirilmesi, işverenlerin isteklerine tam anlamıyla uygun düşmektedir.
- Yeni düzenleme ile iş sağlığı servisi işyeri gerçeklerini yanıtsızmayan ancak işverenlerce belirlenen hedeflere ve kurallara uygun çalışmalar içinde olacaktır.
- İşverenlerin yönetimi altındaki iş sağlığı servisinin iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin çalışmaları işverenlerce yönlendirilecektir.
- Yeni düzenleme işyeri hekimi için getirilen bağlayıcı düzenlemeler ile tıbbi teknik komisyon hiçbir şekilde kendi yaklaşımını ileri süremeyecek ve işyeri hekimleri işverenin emirlerine boyun eğecektir.

6.8.Geleceğe İlişkin Öneriler

Her şeyden önce arka arkaya yapılan hatalardan sonra 'reform' savunucuları başarısızlıklarını kabul etmelidir. İşyeri hekimleri 'reformun' hedeflerine, işverenlerin önerilerine karşındırlar. Sistemin daha etkin çalışmasını sağlayacak, her şeyi yerli yerine oturtacak bir düzenleme için sağlık çalışanlarının deneyimlerinden ve alanda yaşanan sorunlara ilişkin gözlemlerinden yararlanmak gerektiği açıktır. Tıbbi korunmanın gerçek aktörleri olarak işçilerin sağlıklarının korunmasında 7 prensip üzerinden hareket edilmesi gerektiğini düşünüyoruz:

1. İşçilerin mesleki risklerden korunması ve yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmeleri devletin temel görevidir; tüm kamusal hizmetlerde olduğu gibi iş sağlığı hizmetleri de genel bir yaklaşımla ele alınamaz. Çalışanların sağlıklarının bozulmasından sorumlu olanlar ve bundan yarar sağlayanlar işçilerin sağlıklarının korunması için gerekli tüm adımları atmak ve bunun da finansmanını sağlamak durumundadır. Finansmanı sağlamak durumunda olmaları, onlara iş sağlığı servislerinin yönetiminde çoğunlukta olmaları gibi bir haklılık sağlamaz.

2. İş sağlığı hizmetleri özü itibarıyla çalışma yaşamı içinde yer alan çalışanlara koruyucu halk sağlığı hizmetlerinin sağlanmasıdır; bu alanda yürütülen korucu sağlık hizmetleri diğer koruyucu sağlık hizmeti sağlayan kamu örgütleri ile işbirliği içinde yürütülür. İş sağlığı servislerinin işyerlerinde sağlığın korunması çalışmaları işçilerin yaptıkları işe bağlı olarak sağlıklarının bozulmasının önlenmesi doğrultusundadır. Koruyucu halk sağlığı yaklaşımları hiçbir şekilde, işverenlerin çalıştırdıkları işçilerin iş güvenliklerini sağlama zorunluluğu doğrultusunda özel yapılanmalar oluşturmalarının yerini alamaz.

3. İş sağlığının sağlanmasına ilişkin politikalar ve bunların hayata geçirilmesi devletin belirlediği çerçevede ve onun sorumluluğu altında bölgesel kamusal yapılanmalar ile gerçekleştirilir. İş sağlığı servisi mediko-teknik bir istişare sonunda kendi olanaklarına ve yapabileceklerine uygun bir çalışma yürütür. İş sağlığı servislerinin çalışmalarının denetimi genel kamu çıkarı doğrultusunda, devlet ve işçi temsilcilerinin çoğunluğu oluşturduğu, işveren temsilcilerinin de bulunduğu bir yapılanma aracılığıyla yapılır. Serviste görev yapan personel bu denetime danışman olarak katılabilir.

4. İş sağlığı servisinin rolü iş sağlığı medikal ekibinin görevlerini yerine getirmesi için gerekli olan olanakları sağlamaktır: İş sağlığı ekibinin oluşturulması ve bunların her türlü çalışmalarında kendi içlerindeki koordinasyon işyeri hekimi tarafından sağlanır. Sağlık ekibinin mesleki bağımsızlıkları iş kanunu ve halk sağlığı kanuna uygun olarak sağlanır. Ekibin faaliyetlerinin denetimi de bu bağımsızlık anlayışına uygun olarak idari ve sosyal denetimi içerir.

5. Servisin sağlık ekibi, çoklu mesleki çalışma ekibi ve dışarıdan katkı sağlayacak olan teknik personel (İRPR) ile birlikte çalışır. Faaliyetlerini tamamen işçilerin sağlıklarının korunması doğrultusunda yürütürler ve yasayla güvence altına alınmış olan mesleki bağımsızlıkları idari ve sosyal denetimlerle sağlanır.

6. İşyeri sağlık ekibi; işçilerin yaptıkları işten kaynaklanan her türlü sağlık risklerinden korunmaları, iş yerindeki tehlikelerin ve risklerin belirlenmesi, bu mesleki risklerin işçilerin sağlıklarına olan etkilerinin tıbbi olarak izlenmesi, iş ile sağlık etkileşiminin takibi ve her bir işçiye ve tüm çalışanları ortamdaki sağlık riskleri hakkında bilgilendirilmesi ile görevli ve bunlardan da sorumludur. Kendi görev alanlarına ilişkin olarak tüm çalışanlara danışmanlık yapar. İşyeri hekiminin yaptığı tespitlere, bilgilendirmelere, önermelere ilişkin olarak işverenler de resmi bir cevap vermekle yükümlüdür.

7. İşyeri sağlık ekibi, işin insana uyumu prensipleri doğrultusunda işçilerin işlerini sürdürmeleri ve sağlık durumlarından dolayı da hiç bir ayrımcılığa maruz kalmamaları doğrultusunda çalışır. Ancak, işe uygunluk ya da çalışabilir raporu bunların dışında değerlendirilmelidir.

BÖLÜM V

İşyeri Hekimliğinin İçini Boşaltma Çabaları Meslek Hastalıklarının Görünmez Kılınması Girişimleri

Eski Mısır uygarlığında piramit yapımında çalışan ‘işçilerde’ ortaya çıkan ‘lumbago’, antik dönemde madenlerde çalışan ‘işçilerde’, balıkçılarda, terzilerde daha sık görülen solunum sistemi hastalıklarından bahsedildi. Daha sonra kapitalist sistemin üretimi yaygınlaştırması ve büyük ölçekli organizasyonlara yönelmesi, işçilerin kadın, erkek, çocuk demeden son derece olumsuz koşullarda ve şartlarda çalıştırmasını, tüm bunlara karşı işçilerin de insanca yaşam ve insanca çalışma talepleri ve bu talepler doğrultusunda giriştikleri sayısız ayaklanmaları hafızalarda tazelendi. Uzun, yorucu işçi mücadeleleri, kanla bastırılan işçi isyanları, tekrar ayaklanmalar, yeni bir yaşam ve toplumsal düzen arayışları, bunun doğal bir sonucu olarak da işçilerin çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinde elde ettikleri kazanımlara değinildi.

İşverenler, insanların kadın-erkek-çocuk (beş yaşındaki çocuklar da dahil) kötü, kirli sağlıksız çalışma ortamlarında, yeterince beslenmeye dahi hizmet etmeyen düşük ücretle günde 12-15 saat çalıştırmalarının yol açtığı sonuçları da, sorumlulukları da uzun süre reddetmişlerdir. İşverenlerin kendi eserleri olan çalışma şartları ve koşullarının, işçiyi hastalandırdığı hatta yaşamına mal olduğunu uzun süre kabul etmedikleri kronolojik olarak verilen tarihsel olgularda ve yasal düzenlemelerde görülmektedir.

Ancak serbest rekabetçi (liberalizm) dönemin sonlarına doğru, işverenler, çalıştırdıkları işçilerin maruz kaldıkları iş kazalarından meslek hastalıklarından sorumlu tutulmuş ve iş kazaları ve meslek hastalıkları sonrasında ortaya çıkan tüm zararı (tedavi, hastalık, sakatlık, ölüm giderlerini, maaş bağlanması) karşılamayı kabullenmek durumunda kalmışlardır.

Çalıştırdıkları işçilerin yaptıkları iş nedeniyle yaşamların kaybetmeleri (iş kazası) veya sağlıklarını yitirmeleri (meslek hastalığı) ve buna ilişkin sorumlulukları temelinde ortaya çıkan sigorta anlayışı işverenleri kısmı olarak maddi ve hukuki yükümlülük altına sokmuştur. Ancak işverenler, bu yükümlülükten sürekli kaçınma ve kurtulma çabalarını da hep sürdürmüşlerdir. İşverenler, sosyal devlet anlayışının ve politikalarının egemen olduğu konjonktürde gelişen ve kurumsallaşan işçi sağlığı anlayışı ve işyeri hekimliği tıp disiplininin meslek hastalıklarının tespitinde ve bunları ortaya çıkaran etkenlerin önlenmesindeki konumlarına isteksiz olarak rıza göstermişlerdir. Ancak işe bağlı hastalıkların tüm boyutuyla ortaya serilmemesi için de gerekli önlemlerin alınmasını sağlamışlardır. Liberal dönem özelemlerinin günümüzdeki yansımasını oluşturan neoliberalizmle birlikte, işverenler kabul etmek durumunda kaldıkları kısmi külfetten kurtulma çabası içine girmişlerdir. Bu amaçla işçi sağlığı ve işyeri hekimliği hizmet alanının hukuki ve kurumsal olarak daraltılması, etkinliğinin azaltılması ile kendilerini hukuki ve maddi külfetten kurtarma çabası içine girmişlerdir.

1. Meslek Hastalıkları (Tanımlanan ve Tanımlanmayan Meslek Hastalıkları)

ILO'nun 1998 yılı verileri üzerinden 2000 yılında yaptığı bir çalışmada;

- her yıl yaklaşık 2.3 milyon kadın ve erkeğin iş kazaları ya da meslek hastalığı sonucu hayatlarını kaybettikleri⁵³,
- bunun içinde iş kazaları sayısı 360.000 iken tedavisi olanaksız meslek hastalıklarından hayatlarını kaybedenlerin sayısının yılda 1.950.000 olduğu,
- her yıl dört işçinin meslek hastalıkları nedeniyle, bir işçinin de iş kazası nedeniyle hayatını kaybettiği⁵⁴,

- üretimde kullanılan kimyasal maddeler, hızlanan çalışma temposu ve aşırı çalışma vb. gelişmelerin tüm dünyada meslek hastalıklarını hızla arttırdığı,
- gelişmekte olan ülkelerde, tehlikeli kimyasalların her yıl 651.000 kişinin yaşamına mal olduğu ve bu rakamın da kayıtların düzenli tutulmayışı, bildiriminin yapılmayışı vb. nedenlerle gerçek rakamın oldukça altında olduğu,
- gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de amyant, kömür, silis tozlarına maruziyetin yol açtığı mesleki solunum sistemi hastalıklarının önemli bir sorunu oluşturduğu, sadece amyantın her yıl 100.000 işçinin ölümüne neden olduğu ve bu rakamın her yıl daha da arttığı, bu tablonun mali boyutunun da oldukça yüksek olduğu,
- doğrudan ya da dolaylı olarak yapılan harcamalar, kaybedilen iş günü, zararın tazmini, üretimin durması yada sağlık harcamaları nedeniyle maddi kaybın dünya GSMH' nın %4'ü, yani 1.250 milyar \$'a ulaştığı belirtilmektedir.

ILO çalışma yaşamında her yıl en fazla ölüme neden olan etkenleri dört gruba ayırmaktadır⁵⁵.

a. Mesleki Kanserler %32 :

- Amyant
- Endüstriyel kimyasallar ve kanserojen süreçleri
- Radyo iyonizanlar ve radyoaktif materyaller, radon, ultraviyole (UV) ışınları
- Silis ve diğer kanserojen tozlar
- İşyeri ortamında tütün kullanımı (pasif içicilik)
- Dizel motor eksoz gazları

b. Mesleki Kardiovasküler Hastalıklar %23

- Vardiyalı çalışma, gece çalışması, uzun çalışma saatleri (sürmanaja bağlı ölüm – karoshi-)
- Aşırı iş baskılanması ve bağımsız karar verememe, tansiyon yükselmesi, stres hormon seviyesinin aşırı artması, yorgunluk ve stres
- Gürültü
- Fiziksel riskler

- Endüstriyel kimyasallar; karbon sülfür, nitrogliserin, kurşun, kobalt, karbon monoksit (döküm atölyeleri, trafik polisleri) yanıcı kimyasallar, arsenik, antimon
- Pasif tütün içiciliği

Serebrovasküler Hastalıklar

- Vardiyalı çalışma
- Pasif tütün içiciliği

c. İş Kazaları %19

- İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin politikalarda, yapılanmalarda işveren/işçi işbirliği eksikliği, işçi sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri eksikliği
- Yetersiz iş güvenliği kültürü
- Bilgi merkezi, bilgi, bilinç, uygun çözüm eksiklikleri,
- Ulusal bir politikanın olmayışı ya da yetersizliği, denetim sisteminin eksikliği, işveren-işçi ve devlet işbirliğinin yetersizliği
- Önlemlerin güçlü bir şekilde teşvik edilmemesi
- İşyeri hekimliği servislerinin yokluğu ya da eksikliği
- İş güvenliğine ilişkin öncelikleri belirlemeye yönelik güvenli verilerin ve çalışmaların eksikliği
- Tüm düzeylerde eğitim ve öğretim eksikliği

d. Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar %17

- Bulaşıcı hastalıklar ve parazitler (sıtma, viral ve mikrobik hastalıklar, şistozomiyazis, çeçe sinekleri ilişkili zoonozlar, SARS vb.)
- Kalitesiz içme suyu ve kötü sağlıksız ortamlar
- Kötü hijyen ve eğitim eksikliği

ILO' nun bu ayırımına göre işçilerin yaşamlarını kaybetmelerine yol açan etkenler içinde iş kazalarının oranı %19' dur. Geriye kalan %81 meslek hastalıklardan oluşmaktadır. Bu nedenle de iş kazalarından daha çok meslek hastalıkları üzerinden bir tartışma yürütmek günümüzde işyeri hekimliğine ilişkin yürütülen reform tartışmalarını daha anlaşılır kılacaktır.

2. Bazı Ülkelerdeki Resmi Meslek Hastalıklarının Sayısal Durumu:

2. 1. Almanya

Tablo 4: Almanya' da Meslek Hastalıklarının Sayısal Durumu

Yıllar	MH başvuru sayısı	Belirtilen vaka sayısı	Tanınmayan hastalıklar	İş ile ilişkisi tıbbi olarak kurulan hastalıklar	Başvuru sayısının MH sayısına oranı %
1998	82.376	83.386	55.072	28.314	35,4
1999	80.282	76.870	49.616	27.254	34,0
2000	78.029	75.060	49.166	25.894	33,2
2001	73.551	72.306	46.864	25.442	34,6
2002	68.196	70.649	44.707	25.942	38,0
2003	62.130	68.452	43.575	24.877	40,0
2004	60.965	66.316	41.374	24.942	40,1
2005	59.919	63.909	38.887	25.022	41,7
2006	61.457	61.059	38.040	23.019	37,4
2007	61.150	59.643	35.980	23.663	38,7
2008	60.736	59.468	36.440	23.028	38,0

Kaynak: Point statistique AT-MP Allemagne, Réf. Eurogip verilerinden yararlanılmıştır.

Tablo incelendiğinde, Almanya'da 1998-2008 yılları arasında;

- meslek hastalığı başvuru sayısının sürekli düştüğü,
- iş ile ilişkisi tıbbi olarak kurulan meslek hastalığı sayısının azaldığı
- kabul edilen meslek hastalığı sayısı ile başvuru sayısı arasındaki oranın %34-40 arasında stabil (!) diyebileceğimiz bir düzeyde seyrettiği görülmektedir.

2.2. İtalya

Tablo 5: İtalya' da Meslek Hastalıklarının Sayısal Durumu

Yıllar	MH* başvuru sayısı	Belirtilen vaka sayısı	Tanınmayan hastalıklar	Halen incelenen dosya	İş ile ilişkisi tıbbi olarak kurulan hastalıklar	Başvuru sayısının MH sayısına oranı %
2004	25.239	25.129	16.478	110	8.651	34,2
2005	25.124	24.953	16.287	171	8.666	34,5
2006	25.043	24.771	16.117	272	8.654	34,5
2007	26.788	26.250	16.805	538	9.445	35,2
2008	27.696	25.981	15.857	1.715	10.124	36,5

Kaynak: Point statistique AT-MP Italie, Réf. Eurogip verilerinden yararlanılmıştır.

İtalya'da meslek hastalığı başvuru sayılarının 2007 ve 2008 yıllarında hafif yükseldiği, meslek hastalığı sayısının da çok hafif arttığı görülmektedir. Kabul edilen meslek hastalığı sayısı ile başvuru sayısı arasındaki oranların % 34.3-36.5 arasında değiştiği ve Almanya ile oldukça benzerlik gösterdiği görülmektedir.

2.3. Belçika

Tablo 6: Belçika' da Meslek Hastalıklarının Sayısal Durumu (özel sektör verilerine göre)

Yıllar	MH başvuru	İş ile ilişkisi tıbbi olarak kurulan hastalıklar	Başvuru sayısının MH sayısına oranı %
2002	6.508	3.462	53,2
2003	6.199	3.043	49
2004	6.453	2.077	32,2
2005	5.255	1.660	31,6
2006	5.544	1.332	24
2007	5.263	1.276	24,2
2008	6.133	1.303	21,2

Kaynak : Point statistique AT-MP Belgique, Réf. Eurogip verilerinden yararlanılmıştır.

Belçika'da 2000 yılından 2007 yılına kadar meslek hastalığı başvuru sayıları düzenli olarak düşmüş, ancak 2008 yılında önemli denebilecek bir artış olmuştur. Buna karşın 2002 yılında kabul edilen meslek hastalığı sayısı ile başvuru sayısı arasındaki oran % 53.2 iken bu oranda sürekli azalmış ve 2008 yılına gelindiğinde %21.25' e düşmüştür.

2.4. Avusturya

Tablo 7: Avusturya' da Meslek Hastalıklarının Sayısal Durumu

Yıllar	MH başvuru	İş ile ilişkisi tıbbi olarak kurulan hastalıklar	Başvuru sayısının MH sayısına oranı %
2000	3.040	1.268	41,7
2001	3.090	1.395	45,1
2002	3.116	1.402	45
2003	2.771	1.178	42,5
2004	3.023	1.218	40,3
2005	2.866	1.249	43,6
2006	2.961	1.293	43,7
2007	3.331	1.344	40,3
2008	3.902	1.574	40,3

Kaynak : Point statistique AT-MP Autriche, Réf. Eurogip verilerinden yararlanılmıştır.

2000-2002 yılları arasında meslek hastalıkları sayısında hafif bir artış olmuş, 2003- 2007 yılları arasında stabil bir düzey seyrettikten sonra 2008 yılında artış ortaya çıkmıştır.

Kabul edilen meslek hastalığı sayısı ile başvuru sayısı arasındaki oran 2000-2002 yılları arasında %41.7' den %45' e yükselmiş daha sonraki yıllarda ise giderek azalmış ve 2007' de %40.35, 2008' de de %40.34 'e düşmüştür.

3. Meslek Hastalıkları Üzerine Yapılan Bazı Çalışmalar

Tüm bu ülkelerde meslek hastalığı başvurularının yarısından fazlası ülkelerin meslek hastalığına ilişkin yasal düzenlemelere göre meslek hastalığı olarak kabul edilmemektedir.

Bu ülkelerdeki resmi meslek hastalıklarının gelişimi böylesi bir durumda iken 1998 yılında İngiltere ve 2000 yılında da Finlandiya'da önemli bir çalışma gerçekleştirilmiştir. İngiltere'de⁵⁶ ve Finlandiya'da⁵⁷ yapılan çalışmalara göre, mesleki bir hastalık nedeniyle yılda en az bir kez başvuruda bulunup sağlık istirahati almak durumunda kalan kişilerin çalışan nüfusa oranı %7.3 ile 8.3 olarak bulunmuştur. Avrupa'daki diğer ülkelerin (bu iki ülkeden çok daha iyi olmadığı düşünülürse) işe bağlı sağlık sorunu yaşayan çalışanların sayısının 184 ile 208 milyon arasında olduğu öngörülmektedir⁵⁸. Bunlarında %2.3'ü (58 milyon çalışan) meslek hastalığı nedeniyle kısa (dört gün ya da daha fazla) bir süre çalışamayacak duruma düşmektedir.

Benzer bir çalışmayı AB Eurostat yapmış ve bu çalışmaya göre de işçilerin %5.4' ü işe bağlı sağlık sorunu yaşadığı ya da var olan sağlık sorunlarının işleri nedeniyle daha arttığını tespit etmiştir⁵⁹.

Avrupa'daki birçok ülkenin; Almanya, Fransa, Belçika, Avusturya, İtalya, İspanya vb. ülkelerin işçi sağlığı ve güvenliğinde ulaştıkları düzeyin İngiltere ve Finlandiya' dan çok daha ileri düzeyde olduğu söylenemez. Bu durumda 1998 yılında İngiltere' de, 2000 yılında da Finlandiya' da yapılan çalışmalarda, anında bildirim yapılan meslek hastalıklarının çalışan nüfusa oranı

olarak tespit edilen %7.3-8.3 oranları yerine daha düşük olan AB çalışmasında ortaya çıkan %5.4 üzerinden tanımlanan meslek hastalıkları sayıları ile tanımlanmayan meslek hastalıkları sayılarını karşılaştırmak yararlı olacaktır.

Tablo 8: 2008 Yılı Verileri Üzerinden Tanımlanmayan MH'nın Tahmini Sayısı

Ülkeler	Çalışan nüfus	Tanımlanan Meslek Hastalıkları	Tanımlanmayan Meslek Hastalıkları		
			Öngörülen Sayı (%5.4 oranına göre)	MH olarak başvuru	
				Sayısı	Oranı
Almanya	31.208.520	23.028	1.685.260	60.736	3,6
Avusturya	2.837.886	1.574	153.246	3.902	2,5
Belçika	2.616.946	1.303	141.315	6.133	4,3
İtalya	18.361.261	10.124	991.508	27.696	2,8
Fransa	18.508.530	59.884	999.461	?	?
İspanya	14.947.623	18.700	807.172	?	?

Kaynak: Point statistique AT-MP Allemagne, Italie, Belgique, Autriche, Espagne, France, Réf. Eurogip verilerinden yararlanılmıştır.

Tanımlanmayan meslek hastalıklarının sayısı ile tanımlanan meslek hastalıkları sayıları arasındaki bu büyük farkın (ülkelerin farklı meslek hastalıkları kriterlerinin olması, mevzuat farklılıkları, işçi sağlığı hizmetlerinin yeterli ve etkin olmaması, sosyal güvenlik sistemlerindeki farklılıklar vb.) sıklıkla tekrarlanan gerekçelerle açıklanması bilimsellikten uzak bir yaklaşımdır.

Ulaştığımız verilerden yola çıkarak Almanya, Avusturya, Belçika ve İtalya'da işe bağlı sağlık sorunu yaşayan ya da sağlık sorunları yaptığı iş nedeniyle daha da artan işçilerin çok azı (%2.8 ile %4.3) rahatsızlığının mesleki olduğu düşüncesi ile resmi kuruluşlara başvuruda bulunmaktadır. Diğer Avrupa ülkelerinde durumun bu tablodaki verilerden çok farklı olduğu söylenebilir mi?

Ülkelerin meslek hastalıkları tanısı için oluşturdukları meslek hastalıkları listesi ve tanıma kriterleri birbirinden farklı da olsa bu ülkelerde görülen ortak özellik, tanımlanan meslek hastalığı sayısının sembolik düzeyde kaldığıdır. İşçilerin kaybettikleri sağlıklarının işlerinden kaynakladığı, hastalıklarının meslek hastalığı olduğu düşüncesi ile yaptıkları başvuruların

%50'den çoğu iş ile hastalık arasında tıbbi ilişki kurulmadığı gerekçesi ile kabul edilmediği bir sistemde, tanımlanan meslek hastalıklarının tanımlanmayan meslek hastalıklarının %1-2'sini oluşturması büyük bir paradokstur.

EUROGIP⁶⁰ 1990-2006 yılları arasında Almanya, Avusturya, Belçika, Danimarka, İspanya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İsveç ve İsviçre olmak üzere 13 AB ülkesinde meslek hastalıklarına ilişkin bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışmaya göre:

- Almanya, Belçika ve İsviçre'de meslek hastalıkları sayısındaki azalma eğilimi: bu ülkelerdeki maden ocaklarının, demir çelik sanayinin vb kapatılması ve bunların yerine ileri teknolojik ürünlere yönelme ile açıklanmaktadır.
- Avusturya, Danimarka, İtalya ve İsveç'te meslek hastalıkları sayısındaki yatay gidiş; yasal düzenlemelerde yapılan değişikliklerle ilgili olduğu söylenmektedir.
- İspanya, Fransa, Lüksemburg ve Portekiz'de meslek hastalıkları sayısındaki artış eğilimi; meslek hastalıkları listesinin genişliği ve tanıma kriterlerinin çok sıkı olmayışı ile açıklanmaktadır.

Meslek hastalıkları listesinde yer almayan işin yol açtığı birçok hastalığın meslek hastalığı olarak kabul edilmesi için ülkelerde 'tamamlayıcı sistem' bulunmaktadır. Bunun için mağdur durumdaki işçiler hastalıklarının yaptığı iş ile bağlantısını ortaya koyacak belgeler sunmak durumundadır. Bu yolla hastalıkların meslek hastalığı olarak kabul ettirilmesi son derecede zor olup bunların da oranı ülkeler göre %1-10 arasında değiştiği ifade edilmektedir.

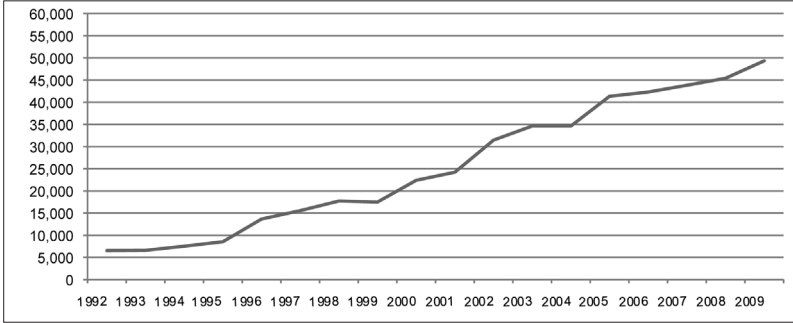
4. Fransa'da Meslek Hastalıkları

Fransa'da meslek hastalıklarının yıllar itibariyle belirgin bir artış göstermesi ve işyeri hekimliğine ilişkin arka arkaya gelen anti-reform girişimleri nedeniyle biraz daha ayrıntıya girmek süreci daha anlaşılır kılabilecektir.

Fransa'nın sigorta sistemi verileri içinde meslek hastalığı başvurusunda bulunanların sayısı bulunmamaktadır. Bundan dolayı meslek hastalığı nedeniyle meslek hastalığı tanısı almak için kaç kişinin başvurduğuna ilişkin bir bilgiye ulaşamamıştır.

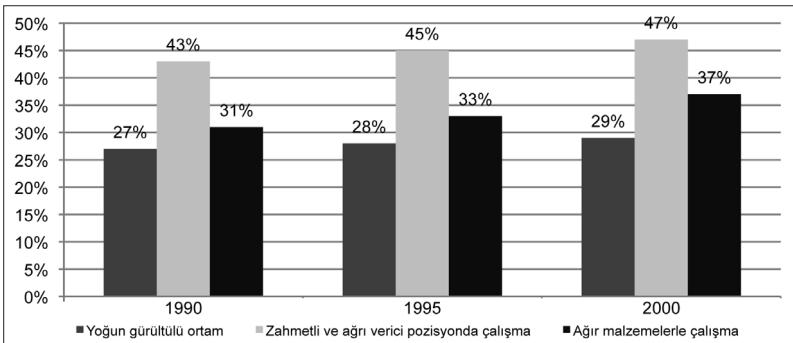
Fransa’da 2009 yılında dünyada yaşanan kriz ve buna bağlı çalışan işgücü sayısının azalması ile birlikte iş kazaları sayısı %7 oranında düşmüş, ancak meslek hastalıkları ise %9 oranında artarak 50.000 yeni vaka sayısına ulaşmıştır. Son 10 yılda meslek hastalıklarının yıllık gelişimi ortalama %13.5’dir⁶¹.

Şekil 3: Fransa’ da Yıllara Göre Meslek Hastalığı Sayısı



Tanımlanan meslek hastalıkları 2008 ve 2009 yılları arasında 5.1 oranında artmıştır. 2009 yılında 45.472 işçiye meslek hastalığı tanısı konmuş ve zararı tazmin edilmiştir. Son 10 yılda meslek hastalığı sayısı 3 kat artmıştır. Bunların 3/4’ü kas iskelet sistemi hastalıklarıdır.

Şekil 4: AB Ülkelerinde 1990-2000 Dönemi Çalışma ve Yaşam Şartlarının Gelişimi



(Fondation Européenne yaptığı AB bünyesinde 1990-2000 arasında çalışma ve yaşam şartlarının iyileştirilmesi üzerine 10 yıllı kapsayan anket çalışmasının sonuçlarına göre Avrupa’da işyerlerinde⁶²)

- çalışma süreleri ve çalışma temposuna ilişkin problemlerin artarak varlığını sürdürdüğü,
- çalışma ortamındaki fiziksel risklerde (gürültü, çok yüksek sıcak veya çok soğuk ortamda çalışma, yüksek titreşime maruz kalma, ağır kaldırma, ağırlı duruşlar vb.) bir düzelme tespit edilmediği,
- 1990'da işçilerin %27'si ağır yük taşıdığını söylerken bu oranın 2000 yılında %37'ye yükseldiği,
- 1990'da işçilerin %47'si çalışma temposunu yüksek bulurken 10 yıl sonra 2000 yılında bu oranın %56'ya çıktığı,
- iş yükündeki aşırı artışlar ve esnek çalışmanın yaygınlaşıp gelişmesinin Avrupa'da çalışma koşullarının bozulmasına, mesleki sağlık sorunlarında artışa yol açtığı belirtilmektedir.

Benzer bir çalışma da 2000-2010 yılları arasında yapılmış ve çalışmanın sonuçlarına göre 1990-2010 arasındaki 20 yılda⁶³:

- Risk yönetimi politikalarına rağmen işçilerin fiziksel risklere maruziyetlerinde bir düzelme yaşanmamıştır.
- İşçiler fizik güç kullanmaya, diğer bir deyişle de fiziksel zorlanmalara maruz kalmaya devam etmektedir.
- İş güvencesinin ileri boyutlarda aşındırılması, işsizliğin artması, çalışma yaşamına ilişkin yasaların çalışanların aleyhine yeniden düzenlenmesi vb. birçok neden işçilerin iş risklerinin (iş kazalarının ve meslek hastalıklarının) mağduru haline gelmelerine rağmen bunların eskiye göre bildirimleri daha az yapılmaktadır.
- Güvencesiz çalışma, kiralık çalışma düzeni, çalışma temposunun arttırılması vb bazı güvenlik kurallarının kısa bir sürede olsa göz ardı edilmesi;
 - kazaların artmasına,
 - kas eklem sistemi yakınmalarına,
 - kardiyovasküler rahatsızlıklarına,
 - strese,
 - uyku bozukluklarına,
 - depresyona yol açmaktadır.
- Özel istihdam bürolarından belirli bir süre için düşük ücret karşılığı işçi kiralayan büyük işletmeler bu işçilere yaptıracakları işlere ilişkin belirlenmiş sıkı kurallar (mevzuat hükümleri) bulunmasına rağmen bunlara uymadıkları, dolaşısıyla bu kuralların kağıt üzerinde kaldığı ve çalışma yaşamı gerçekliğinde bir anlam taşımadığıdır.

Çarpıcı Bir Örnek:

İnserm Başkanı⁶⁴ ‘Nükleer santral bakım işlerinin %85’ i dışarıdan kiralanan işçiler tarafından yapılmakta ve radyoaktif kirlenmenin toplam dozunun %80’ ine de bu işçiler maruz kalmaktadır’ demektedir. Bir nükleer santralden diğer santrale giden bu kişilerin radyasyona maruziyetleri belirlenen sınırların çok ötesindedir. Aldıkları doz işçilerden gizlenmekte ve belli bir düzeye ulaştığında, işçiler kendilerini işsiz bulmaktadırlar. Aşırı radyasyona maruziyetin yol açtığı sağlık yakınmalarının artması durumunda da işten çıkarılmaktadırlar*. Fransa elektrik işletmesi sorumluluk üstlenmekten kaçınmak için düşük ücretle statüsü olmayan bir başka işçiyi kiralayarak çalışmalarına devam etmektedir.

Günümüzde büyük işletmelerin kiralık işçi çalıştırmaları sıradan bir yönetim anlayışı haline gelmiştir. Bu sistem büyük işletmelerin ‘yıpranmış’ sağlığını yitirmiş işçilerden kurtulmalarına hizmet etmekte, aynı zamanda iş kazaları ve meslek hastalıklarını gizlemelerine dolayısıyla da sosyal güvenlik kuruluşuna ceza primi ödemekten de kurtarmaktadır.

Bakan 2001 Haziran ayında ‘iş kazalarının ve meslek hastalıklarının sadece bir kısmının bildiriliyor olması hayatın bir gerçeğidir. Meslek hastalıklarının açığa çıkarılmasında yaşanan zorlukların bir boyutunu da sosyal güvenlik kurumunun bunları maddi olarak karşılama sınırındır’⁶⁵ demektedir. Eksik bildirim aslında eksik sayıda tazminattır. Daha da önemlisi, işçinin sağlık durumu düzelinceye kadar istirahat etmesi gerekirken işini devam etmek durumunda bırakılmasıdır.

İşyeri yönetimleri iş kazası sonrasında yaralanan işçilerin işlerine devam etmelerini için büyük baskıda bulunmakta ve bunları doğrudan tedavi kuruluşlarına göndermekte, doğal olarak da oradaki hekimin sağlık sorunu ile iş arasında ilişki kurması her zaman olanaklı olmamaktadır. Eksik bildirim bir diğer nedeni de işsizlik korkusudur. Birçok işçi işsiz kalmaktansa ağır riskler taşıyan işte çalışmak daha iyidir düşüncesiyle verilen işi kabul etmektedir.

Fransa’nın Rhône bölgesinde 1996 yılında yapılan bir çalış-

* İşten çıkarılan bu işçiler, işsiz durumda kalanlara ödenen ‘asgari yaşam ücreti’ ile hayatlarını sürdürmek durumunda kalmaktadırlar.

mada, 516 akciğer kanseri vakasının 116'sının doğrudan kişinin yaptığı işten kaynaklandığını ortaya konmuştur. Bu vakaların hiçbirinin de meslek hastalığı olarak bildirimi yapılmamıştır. Uzmanların açıklamalarına göre her yıl 10-15 bin arasında mesleki kanser olduğu tahmin edilmekte sosyal güvenlik kurumunun kayıtlarında yer alan mesleki kanser sayısı ise 580'dir.⁶⁶

Fransa'da yayınlanan bir rapor⁶⁷ (repport DIRICO) iş risklerine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının eksik bildirimi nedeniyle gerçek durumu yansıtmaktan uzak, oldukça düşük sayıda olmasının nedenlerine yer vermektedir.

İşçilerin işin neden olduğu (iş kazaları ve meslek hastalıklarına bağlı) sağlık sorunlarını sigorta sistemine bildirmemeleri, dolayısıyla da bildirimi yapılan sağlık sorunlarının gerçek sayıya göre daha düşük olmasının birçok nedeni bulunmaktadır:

- İşçilerden kaynaklanan nedenler;
 - bilgi yetersizlikleri; işçilerin kullandıkları tehlikeli maddeleri ve bunların ne tür sağlık sorunlarına yol açtıklarını, sağlık sorunu yaşadıklarında da bunların bildirim prosedürlerini yeterince bilmedikleri ya da prosedüre uygun bildirimde bulunmamaları nedeniyle yaşayacakları hak kayıplarına ilişkin bilgisizlikleri,
 - işini kaybetme korkusu veya ücret kaybı yaşayacağı endişesi,
 - meslek hastalıklarının bildirim sürecinin karmaşıklığı, iş kazaları ve meslek hastalıklarının çekicilikten uzak tazmin politikaları olarak sıralanabilir.*
 - İşverenlerden kaynaklanan nedenler;
 - bazı işverenlerin işçilerin meslek hastalıklarını veya iş kazalarını bildirmemeleri için çeşitli pratik yollar geliştirmeleri,
 - bazı iş kazalarının bildiriminde bulunmamak amacıyla iş kazalarını işyerindeki komisyona taşıma vb. girişimlerde bulunmaları,
 - 10'dan fazla işçi çalıştıran işyerleri primlerinin tamamı ya da bir kısmı kaza sayısına bağlı olarak değiştiğinden, sistemin

* Ne tür mesleki rahatsızlık olursa olsun; kas-iskelet sistemi rahatsızlığı, idrar kesesi kanseri, solunum sistemi kanserleri ya da mesleki dermatozlar, iş kazası ya da meslek hastalıklarının %35-50 oranında bildirimi yapılmadığı söylenmektedir.

korunmayı güçlendirmek yerine bildirimde bulunmamayı teşvik eder duruma gelmesi,

- iş kazaları sayılarının artmasının işyeri için olumsuz bir imaj oluşturmaması olarak belirtilmektedir.

- Tedavi hizmeti veren hekimlerden kaynaklanan nedenler;
 - meslek hastalıklarına ilişkin olarak tıbbi zorlukların özünde patolojilerin bizatihi kendisinin bulunması (tehlikeli maddelere uzun süreli maruziyet ve ilk semptomla eşlik eden ve bunu arttıran diğer etkenler; tütün kullanımı gibi),
 - hekimlerin tıbbi öncelikleri ile ilgili güçlükler (tedavi etme arzusunun ek idari işin önüne geçmesi veya sağlık sigortası düzenlemelerinin hekimlerce yeterince bilinmemesi ve yapılan yeni değişikliklerden haberdar olamamaları, sigortadan yeterli danışmanlık hizmeti alamamaları
 - pratisyen hekimin bilgi ve eğitim eksiklikleri,
 - işyeri hekiminin işçiyi mağdur eden sağlık sorunları ile iş arasında ilişki kurmakta uygun bir durumda olması gerekirken, mevcut sistemin işyeri hekimlerini sağlık sisteminden izole etmesi ve çalışanlara sağlık durumlarına ilişkin yeterli açıklama yapmalarına olanak vermemesi,
 - tedavi kuruluşlarının, özellikle hastanelerin tedavi masraflarının, iş kazası ya da meslek hastalıkları sigorta koluna karşılanması için gerekli bilgileri sağlık sigortasına ulaştırmaması,
 - bu tedavi kuruluşlarının hastanın mesleki durumu hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması (hasta işçinin rahatsızlığının mesleksi olduğuna ilişkin bir şey söylememesi) ya da bürokratik teknik bilgi eksiklikleri nedenleriyle bildirimde bulunmamalarıdır.

5. Rakamlarla Meslek Hastalıklarının Maddi Boyutu: Zararın Karşılanması

Meslek hastalıklarının maddi boyutu:

- Tedavi, protez gideri vb.
- Rehabilitasyon ödemeleri
- Geçici iş görmezlik süresi boyunca yapılan ödemeleri
- Sürekli iş görmezlik durumunda ödenen maaş ve tazminatı
- Ölüm masrafları ve geride kalanlara ödenen aylık geliri
- Kişisel korunmaya dayanan ödemeleridir (aşı vb.).

Avrupa'da çeşitli kuruluşlar meslek hastalıkları ve bunların mali boyutuna ilişkin birçok çalışma yapmaktadır.

Bu çalışmalarda;

- meslek hastalıklarının sayısı ve dağılımı,
- ülkeler arasında meslek hastalıklarının dağılımındaki farklılıklar,
- meslek hastalıklarının mali boyutu,
- mali olarak en fazla gidere neden olan meslek hastalıkları,
- İşe bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan (sağlık raporlarının yol açtığı) iş gücü kayıpları

üzerinde ağırlıkla durulduğu ve bunların azaltılmasının yollarının tartışıldığı dikkati çekmektedir. Bu tartışmalarda resmi olarak tanımlanan meslek hastalıkları ile tanımlanmayan meslek hastalıkları arasındaki büyük farkın ortaya konulması, tanımlanmayan meslek hastalıklarının açığa çıkarılmasına yönelik politikaların oluşturulmasından uzak durulduğu söylenebilir.

Eurogip'in iş risklerinin (iş kazaları ve meslek hastalıklarının) mali boyutunu açığa çıkarmak amacıyla yaptığı çalışmalar ve tartıştığı konu başlıkları buna iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Tablo 9: Meslek Risklerinin (İş Kazalarının ve Meslek Hastalıklarının) toplam maliyeti içinde Meslek Hastalıklarının Ağırlığı, 2000 yılı⁶⁸

Ülkeler	MH harcamalarının/ İş kazaları ve MH harcama toplamına oranı	MH sayısı/MH ve iş kazaları sayıları toplamına oranı
Almanya	%16,5	%1,24
Avusturya	%10	%0,8
Danimarka	%25,9	%13,6
Fransa	%5-6	%2,55
İtalya	%21	%1
İsviçre	%8	%1,38

Kaynak: Coût et financement des maladies professionnelles en Europe, Août 2004, Eurogip-08/F

Tablo'da tüm ülkelerde meslek hastalıkları harcamalarının toplam meslek riskleri harcaması içindeki ağırlık verilerinin (ikinci kolondaki verilerin), meslek hastalıkları sayısının meslek hastalıkları ve iş kazaları toplamı oranı rakamlarından (birinci kolondaki verilerden) daha büyük olması, meslek hastalıklarının maddi boyutunun iş kazasına göre çok daha yüksek olduğunu işaret etmektedir.

Genel bir bakışla;

- Almanya, Avusturya ve İsveç verilerinin birbirine yakın olduğu,
- Danimarka'da Meslek hastalıkları sayısının meslek risklerine oranı %13.6 iken diğer ülkelerin ortalamasını %1.4 olduğu,
- Belçika'dan sonra en fazla 100.000 işçi başına yapılan meslek hastalığı sigortası harcaması İtalya'dadır. Bu durum sigorta tarafından kabul gören rehabilitasyon harcamaları maliyetinin toplam giderler içinde önemli bir ağırlığı sahip olmasına bağlanmaktadır.

AB'ye bağlı 7 ülkede meslek hastalıklarının maliyetine ilişkin yapılan çalışmanın sonuçları bu ülkelerdeki meslek hastalıklarının onarım maliyetleri ve bunların birbiriyle mukayeselerine ilişkin değerlendirmeler raporda ayrıntılı olarak ele alınmakta ve maliyetlerin aşağıya çekilmesi öne çıkmaktadır.

Tablo 10: 7 Ülkede Meslek Hastalıklarının Onarım Maliyeti, 2000⁶⁹

Ülkeler	Harcama miktarı	Sigortalı nüfus (milyon €)	Her 100.000 sigortalıya göre oran (milyon €)
Almanya	1.223	34.000.000	3,59
Avusturya	29,3	4.248.360	0,69
Belçika	334	2.656.456	12,57
Danimarka	67	2.523.878	2,65
İtalya	1.069	18.300.000	5,84
Portekiz	36,7	5.113.100	0,72
İsviçre	46,52	3.442.331	2,11

Kaynak: Coût et financement des maladies professionnelles en Europe, Août 2004, Eurogip-08/F

Her 100.000 sigortalı için meslek hastalıkları harcama oranına bakıldığında Avusturya'nın en düşük, Belçika'nın da en yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Her bir ülkenin kendi öznel durumlarına girmeksizin ülkeler arasında ortaya çıkan farklılıklar iki şekilde açıklanmaktadır:

1. Ülkelerin kabul ettiği meslek hastalıklarının özellikleri ve sayısına göre;

- Almanya, Belçika gibi bazı ülkelerde meslek hastalığına yol açan sektörlerin (örneğin madenler) günümüzde ekonomideki ağırlığı ortadan kalksa bile meslek hastalığı olarak silikozis halen ağırlığını korumakta,
- ülkelerin meslek hastalığı tablolarındaki farklılıklar da gözetildiğinde, özellikle de lumbalji ve kas-iskelet sistemi hastalıkları bu ülkelerin her birisinin meslek hastalıkları tablosunda yer alması da kabul kriterlerinin ülkelere göre değişiklikler göstermesi (Belçika'da vibrasyona bağlı olarak lomber artrozun ileri boyutlarda olması ve meslek hastalıklarının maddi boyutunda önemli yer tutması nedeniyle) meslek hastalıklarının da mali boyutunda farklılıklar ortaya çıkarmakta,
- toplam tazminat maliyeti miktarı meslek hastalığı mağduru sigortalı sayısına göre değişmekte, eski meslek hastalıkları vakaları ile yeni vakalara yapılan ödeme birçok etkene bağlı olarak farklılıklar göstermekte, 2000 yılında belirlenen yeni vakalarının sayısı Portekiz'de bir iken Danimarka' da 4.5' e ulaşmaktadır.

2. AB ülkelerinin oldukça farklılıklar gösteren sigorta sistemleri ve tazminat ödeme kriterlerine göre meslek hastalıkları için ödenen toplam maliyette:

- Belçika, Danimarka, İtalya'nın tedavi masrafları tablodaki rakama dahil değildir. Bu rakamlar sadece, sağlık sigortası tarafından ödenmeyen, dolayısıyla meslek hastalığı fonundan karşılananları içermektedir. Almanya ve Avusturya'da sigorta sistemi yalnızca 5 haftaya kadarki tedavi ve ilaç giderlerini karşılamaktadır.
- Danimarka'da sosyal güvenlik sisteminin meslek hastalığı durumunda ortaya çıkan geçici maluliyet durumunda maluliyet gün ödenekleri de tablodaki rakama dahil değildir. Avusturya ise kişinin hastaneye yatması durumunda 27 haftaya kadar ödeme yapmaktadır.

• Bazı ülkelerin meslek hastalıklarından korunmada kişisel koruyucu önlem gider bedellerini karşılaması toplam giderlerini arttırmaktadır:

- Belçika'da allerjik dematiti olan çalışanlara lateks içermeyen eldiven alınması veya grip ve hepatit A ve B aşılarının bedellerinin ödenmesi ya da gebe kadınların bulaşıcı hastalıklara, radyoionizan ışınlar ya da fötusa zarar verebilecek kimyasallara maruziyetlerinin önlenmesi için gebelik süresinde işinden uzak tutulduğu dönemlerde ödemede bulunulması gibi.
- Almanya'da meslek hastalıkları tablosunda yer almasa da meslek hastalığına yol açabilecek durumlarda, kişisel koruyucu önlem giderleri meslek hastalıkları toplam giderler miktarına dahildir.

Kısaca sigorta sistemlerinin ödeme kriterlerindeki farklılıklar nedeniyle meslek hastalıkları harcamalarının tam boyutunu ortaya koyarak ülke karşılaştırmaları sağlıklı olarak yapılamamaktadır.

Avrupa'daki 7 ülkenin yıllara göre meslek hastalığı giderleri ve bunların değerlendirilmesine ilişkin yaklaşımlar aşağıda özetlenmiştir.

Tablo 11: 1996-2002 Yılları Arasında Meslek Hastalıklarının Tazmin Giderlerinin Gelişimi (milyon Euro)⁷⁰

Ülkeler	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Almanya	1.391	1.437	1.410	1.400	1.223	1.254,6	1.292
Avusturya	-	27,1	27,9	28,3	29,3	31,4	33,4
Belçika	361	348	348	326,5	334	335	336
Danimarka	53	57	51	61	67	79	62
İtalya	1.044	1.021	999	1.057	1.069	1.088	-
Portekiz	26,2	28,1	27,5	36,3	36,7	41,8	49,6
İsviçre	40	49	52	70	46	50	-

Kaynak: Coût et financement des maladies professionnelles en Europe, Août 2004, Eurogip-08/F

Bazı Avrupa ülkelerinde (İsviçre, Danimarka, Avusturya), 1996 ve 2002 arasında meslek hastalıkları için yapılan tazminat giderleri nispeten sabit bir gelişim izlemiştir. Aynı süre içinde bazı ülkelerde ise (Almanya, Belçika) hafif bir gerileme olsa da, 2000 yılı sonrasında yükselme eğilimine girmiştir:

- İsveç'te 1990-2000 yılları arasında meslek hastalıkları sayısında bir gerileme olmuş, meslek hastalıkları giderleri sabit kalmış, hatta 1999 yılına doğru da hafif bir artış göstermiştir. Bu durum hafif derecedeki meslek hastalıkları sayılarının azalması, buna karşın mezotelyoma gibi maliyeti yüksek meslek hastalıklarının artması,
- Danimarka'da 1998-2001 yılları arasında hem yeni meslek hastalıklarının sayısında hem de bunların masraflarında artış yaşanmış ise de 2002 yılında harcamaların 1999 yılı düzeyine gelmesi,
- Almanya'da kronik bronşit ve madencilerde görülen amfizem gibi yeni meslek hastalığı vakalarının tedavi giderleri ve erken emekli maaşları nedeniyle sigortanın meslek hastalıkları harcamaları;
 - uzun yıllar boyunca silikozis ve mesleki sağırılık gibi meslek hastalıkları olan sigortalıların yaşamlarını yitirmeleri ile birlikte uzun senelerdir ödenen emekli maaşlarının ortadan kalkması,
 - 1996 yılından beri de meslek hastalığı başvurularının ve yeni vaka sayısının da düşmesi,
 - mesleki dermatozlar gibi belirli hastalıklara yönelik koruyucu önlemlerin etkinliği ile birlikte (yeniden işe başlama ve sürekli tazminat ödemelerini vb.) harcamaların azalması gibi nedenlerle 1997-2002 döneminde hafif bir gerileme yaşanması,
- Belçika'da dört yıl hafif bir düşüş gösteren harcamaların 2000 yılından itibaren yeniden artmaya başlaması, özellikle yeni vaka sayısında düşüş buna karşında fötusun sağlığı için zararlı etkenler içeren çalışma ortamında çalışan kadınların gebelik döneminde işten uzak tutuldukları sürelerle ait ödemeler üzerinden açıklanmaktadır.

Fransa, Portekiz ve İtalya' da, her bir ülkede tazminat kriterleri farklı olmakla birlikte meslek hastalıklarına ödenen tazminat miktarlarının artma eğilimi:

- Fransa'da son 10 yılda artan meslek hastalıkları sayısı;
 - meslek hastalıklarının hekimler ve bu hastalıkların mağduru işçilerce iyi bilinmesine, özellikle de amyanta bağlı meslek hastalıkları ve bunlarında maliyetlerinin oldukça yüksek olmasına;
 - 1999 yılından beri kronik omurga hastalıklarının meslek tablosunda yer almasına;

- 1997 yılından beri: İş kazaları ve meslek hastalarına işe gidemedikleri günler için ödenen ücret nedeniyle harcamalarda (%60 oranına ulaşan) sigortalı sayısı, mağdur sayısı, işten uzak kalan işçi sayısı ve işten uzak kalma süresi (özellikle de 28 günden fazla), günlük ücretlerin artmasına bağlanmaktadır.
- İtalya’da 1998 sonrasında meslek hastalıkları harcamalarında yaşanan artış;
 - mağdurlara ödenen maaşlar ve tazminatların (bir seferde toplu olarak ödenen),
 - meslek hastalıkları sayısındaki artış ve ücretler üzerinden hesaplanan emekli maaşlarının yüksekliği ile ilgili bulunmaktadır.

İsveç’ te 1993 yılında yapılan reformla birlikte tanımlanmayan hastalıklarının tanınması ve tazminata ilişkin yapılan değişiklikler nedeniyle;

- 2000 yılına gelindiğinde kalıcı sakatlık nedeniyle yapılan maaş ödemeleri azaltılması,
- meslek hastalığı mağdurunun bizzat kendisinin hastalığının mesleksel olduğuna dair ispat yükümlüğü nedeniyle meslek hastalıkları sayısında ve harcamalarında düşüş sağlanması ile meslek hastalıkları harcamalarında düşüş gerçekleştirilmiştir.

2002 yılında yapılan yeni bir düzenleme ile meslek hastalığı mağdurlarına getirilen kuralların gevşetilmesi ile birlikte meslek hastalıkları harcamalarında yeniden (2006 yılına gelindiğinde harcamalar 100 milyon Euro) artmıştır.

Avrupa ülkelerinde meslek hastalıklarının maddi boyutu üzerine yürütülen tartışmalarda harcamaların azaltılması yolları aranırken, bu ülkelerdeki tanımlanmayan meslek hastalıklarının ulaştığı düzey ve bunların toplumsal maddi boyutu göz ardı edilmekte ve üstü örtülmektedir. ILO’ nun belirlemesine göre, ülkelerde mesleki risklerin (iş kazaları ve meslek hastalıklarının) toplumsal maliyeti ülkeleri GSMH’ nin %4’ üne ulaşmaktadır. Bu yaklaşımı esas alarak çalışmalar yürütülen tüm ülkelerde mesleki risklerinin toplumsal maliyetleri ve bunların tespit edilen iş risklerinin yol açtığı harcamalarla karşılaştırılmasında, yakınılan harcamaların aslında gerçeklerden ne kadar

uzak kaldığı da görülmektedir. Diğer bir deyişle işverenler kendilerinin doğrudan sorumlu oldukları ve karşılamakla da yükümlü bulundukları mesleki risklerin yol açtığı zararları (ödemek zorunda kaldıkları sembolik düzeylerdeki harcamaları dahi) toplumun ve mağdurlarının sırtına yıkma çabası içindedirler.

Tablo 12: 2008 Yılı Verileri Üzerinden Tanımlanmayan MH'nin Tahmini Sayısı

Ülkeler	GSMH	GSMH'nin %4' ü	Tespit edilen iş kazaları ve tanımlanan MH'nin maddi boyutu	Tanımlanan MH giderlerinin, tanımlanmayan MH harcamalarına oranı%
Almanya	2.909,70	116.390	14.172	12,18
Avusturya	315,6	12.624	?	
Belçika**	377,9	15.116	339	2,24
İtalya*	1871,7	74.868	5.861	7,83
Fransa	2121,7	84.868	11.013	12,98

* Tedavi rehabilitasyon masrafları dahil

** İş kazaları harcamaları dahil değildir.

2008 yılı verilerine ulaşılabilen dört ülkenin iş kazaları ve tanımlanan MH toplam harcamaları ile iş kazaları ve meslek hastalıkları (tanımlanmayan MH dahil) harcamaları karşılaştırıldığında:

- Fazla bulunan tanımlanan meslek hastalıkları harcamaları tanımlanmayan meslek hastalıkları ve iş kazaları harcamalarının yanında son derece düşük kalmaktadır.
- Tanımlanan meslek hastalıkları giderlerinin tanımlanmayan meslek hastalıkları ve iş kazaları için öngörülen harcamalarının %2.7' sini geçmediği görülmektedir.
- Aradaki büyük fark sosyal güvenlik kurumlarının sağlık sigortaları ve mağdur durumdaki işçilerin kendi ceplerinden karşılanmaktadır.

AB'nin işyerlerinde işçilerin sağlık ve güvenliklerinin iyileştirilmesine ilişkin 89/391/CEE Direktifiyle yaptığı düzenlemelere uyum doğrultusunda birliğe bağlı tüm ülkelerde yapılan dü-

zenlemeler işyeri hekimliği servisleri ve işyeri hekimliği hizmetlerini geriletmiştir.

Bununla paralel bir diğer gelişme ise, enformel çalışmanın yanı sıra, esnek çalışmanın da yaygınlaşması Avrupa'da çalışma koşullarının daha da bozulmasına, işe bağlı sağlık sorunlarında artışa yol açmasıdır. Fondation Europeenne'nin 1990-2010 yıllarını kapsayan 20 yıllık 'çalışma ve yaşam şartlarının iyileştirilmesi' anket çalışmasının sonuçları çalışma süreleri ve iş temposuna ilişkin sorunların artarak sürdüğü, sağlık sorunlarının da arttığı, iş kazaları ve meslek hastalıklarının ise eskiye göre daha az bildirildiği tespit edilmektedir.

Tüm ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin bir bölümünü oluşturan sağlık ve emeklilik kısımlarına ilişkin olarak 'reform' adı altında yapılan değişiklikler ile sağlık sigortasının kapsamı daraltılır ve ek ödemeler getirilirken, emeklilikle ilgili olarak da tam istihdam anlayışının terk edildiği, formel çalışma biçimlerinin gerilediği, enformel çalışmanın arttığı, kısa süreli, çağrı usulü çalışma biçimlerinin artış gösterdiği bir dönemde emeklilik prim gün sayısı ve emeklilik yaşı arttırılırken emeklilik ücretleri de düşürülmüştür. Meslek hastalıkları ve iş kazaları sigortasında da benzer şekilde düzenlemelerin yapılması yönünde eğilimlerin gelişmeye başladığı söylenebilir.

6. İşyeri Hekimliği ve Meslek Hastalıkları

İşçilerin yaptıkları iş nedeniyle sağlıklarının bozulması, hastalanmaları durumunda bunu ortaya çıkaracak ve yaptığı iş ile de klinik olarak bağlantısını kuracak kişi işyeri hekimidir. İşyeri hekimi, işçinin çalıştığı ortamı ve koşullarına bağlı olarak sağlığını kaybetmesi durumunda yasal, mesleksi ve ahlaki olarak işçinin sağlığını bozan etkenleri bulup çıkarmak, diğer işçilerinde benzer şekilde hastalanmalarını, sağlıklarını kaybetmelerini önlemekle yükümlüdür.

İşyeri hekimlerinin meslek hastalıklarına ilişkin rolleri;

- işyerinde çalışan işçilerin mesleki geçmişlerinin ve daha önce ne tür işlerde çalıştıklarının bilinmesi ve meslek hastalığının nerde ne zaman başladığını açığa çıkarılması,
- işe bağlı sağlık yakınmaları olan işçinin ne iş yaptığını, bu işi yaparken ne tür etkenlere maruz kaldığının belirlenmesi,

- sağlık yakınmalarının işyerinde ve işyeri dışındaki düzeyleri arasındaki farklılıkların açığa çıkarılması,
- benzeri sağlık yakınmalarının başka işçilerde de olup olmadığının araştırılması,
- sağlık yakınmalarının laboratuvar bulguları, radyolojik ve patolojik incelemeler ile desteklenmesi,
- hastalık ile işçinin yaptığı iş arasındaki ilişkinin kurulması; hastalığa neden olan etkenin işyeri ortamında ki düzeyinin belirlenmesi, çalışma ortam ve koşullarının tam olarak biliniyor olması, şeklinde sıralanabilir.

İşyeri hekiminin meslek hastalıklarına ilişkin görevlerini yerine getirebilmesi;

- mesleki bağımsızlığa sahip olması,
- mesleki bilgi ve becerisini geliştirmesi,
- işçilerin sağlık düzeylerini belli aralıklarla izlemesi,
- yeterli çalışma süresine sahip olması,
- işyeri çalışma ortamını ve koşullarını yakından bilmesinin koşullarının yaratılması,
- ulusal ve bölgesel düzeyde kamu destek kurumlarıyla birlikte çalışabileceği bir örgütlülük içinde yer almasının ortam ve koşulların sağlanması gereklidir.

Tüm bunlar gerçekleştirilmeden işyeri hekimlerinin işçilerin işe bağlı sağlık sorunlarını açığa çıkarması ve işçilerin sağlıklarını korunması, geliştirilmesinde etkili olamayacağı açıktır. Çalışma ortam ve koşullarını sorunun çözümünde merkeze koymaksızın işyeri hekimlerinin tüm bu konularda etkin bir çalışma yürütmesi gerektiği öne sürülerek getirilen 'sistem reformu' ile işyeri hekimlerinin rol ve sorumluluk alanları daraltılmakta ve içi de boşaltılmaktadır.

Bunun için de;

- işyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlığının kaldırılması doğrultusunda
 - işyeri hekimliği ticarileştirilmekte,
 - çoklu mesleki çalışma öne çıkarılarak ve ekip içindeki teknik personele mesleki bağımsızlık tanınmayarak, işyeri hekiminin de mesleki bağımsızlığı bu yapı içinde eritilmekte,
- işçi sağlığı alanında bilgi ve deneyimi olmayan pratisyen hekimlere çalışma olanağı yaratılmakta, işyeri hekimliği uzmanlık

anlayışı aşındırılmakta,

- sağlık kontrollerinin dört yılda bir yapılması önerilmekte,
- işyeri hekimlerinin çalışma süreleri azaltılarak iş yoğunluğu arttırılmakta çalışma ortam ve koşullarını değerlendirebilme olanakları sınırlandırılmakta,

- işyeri koruyucu sağlık anlayışı ile teknik korunma (risk yönetimi) anlayışı karşı karşıya getirilmekte ve ağırlık da adım adım risk analizine kaydırılarak tıbbi korunma arka plana itilmekte,*

- işçi sağlığının aynı zamanda bir toplum sağlığı sorunu olduğu ileri sürülerek işverenlerin bu alandaki yükümlülükleri doğrudan toplumun sırtına yüklenmeye çalışılmaktadır.

İşçinin sağlığının bozulmasından sorumlu olan kişi işverendir. Dolayısıyla işveren, öncelikle sağlığı bozulan, meslek hastalığına yakalanan işçinin hem sağlık giderlerini karşılamak hem de çalışma kapasitesinde ortaya çıkan kaybı (sakatlık ya da ölüm) karşılamak ve işyerinde diğer çalışanların da mağdur olmaması için gerekli koruyucu önlemleri almakla yükümlüdür. Bunun maddi boyutunun ulaştığı noktaya yukarıda kısaca olsa da değinilmiş ve bunun azaltılması doğrultusunda işverenlerin taleplerine uygun olarak yürütülen politikalardan bahsedilmişti. İşverenlerin kendilerin yük olarak gördükleri ve tazminle mükellef oldukları devasa boyutlara ulaşan meslek hastalıklarının maddi boyutunun altından kalkması hiç de kolay değildir.

İşverenlerin bu yükümlülüğün altına girmemek için gösterdikleri çabalar kapitalizmin tüm tarihsel dönemlerinde kendisini göstermiştir. Sınıf mücadelesinin yükselmesi, kurulu düzeni tehdit eder boyutlara ulaşmasıyla birlikte serbest rekabetçi dönemin sonlarında, müdahaleci kapitalist dönemin başlarında işverenler yükümlülüklerini kısmi olarak kabul etmek durumunda kalmışlardır. Kapitalist sistemin dışında başka sistem arayışları, Birinci Paylaşım Savaşı sonrasında kurulan sosyalist sistem ve daha sonrasında başka ülkelerde de sosyalist sistemlerin inşa çabaları işverenleri yükümlülüklerinin sınırlarını daha da genişletmek zorunda bırakmıştır.

Tarihin sonu, kapitalist sistemin mutlak zaferi duygu ve düşüncesiyle işverenler (müdahaleci kapitalist dönemde) üzerlerine

*İngiltere’de, COSHH işverenleri işyerlerinde risk değerlendirmesi yapmaları konusunda yükümlü kılabilir. Ama işyerinde iş sağlığı hizmetleri zorunlu değildir. İşyerlerinin %5’inde (ki bunlar da büyük işletmelerdir) iş yeri sağlık birimi vardır. (Current Trends, Examples Of Regulations And Practical Approaches To Occupational Health Services In The United Kingdom).

aldıkları yükümlülüklerden hızla kurtulma uğraşına girmişlerdir. Neoliberal dönem adını verdikleri bu dönem liberal dönem özelliklerinin dışı vurumudur. Kendileri için ağır bir ekonomik külfet haline gelen meslek hastalıklarından kurtulmak için işyeri hekimliği ve işyeri hekimliği servislerinin etkinliğini kırmak ve içini boşaltmak için yoğun, sürekli ve sistematik bir faaliyet yürütmektedirler.

7. Anti- Reformun Olumsuz Sonuçları Kendisini Gösteriyor

Güçlü kamusal destek eşliğinde ve ulusal toplum sağlığı yapılanmaları ile entegre bir biçimde işçilerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde iş yeri hekimleri farklı meslek grupları ile birlikte ekip çalışması anlayışı içinde mesleklerinin gereklerini özgürce yerine getirme olanaklarına kavuşmadan (hiçbir engelleme ile karşılaşmaksızın) işçi sağlığı hizmetlerinin gerçek anlamda yerine getirilmesinin olanaksızlığını yaşayan yarım yüzyıllık pratik ortaya koymaktadır. Bu açık gerçeğe rağmen işyeri hekimliğinde yaşanan sorunlar gerekçe gösterilerek yapılan 'reform' girişimleri yaşanan sorunları daha da arttırmaya adaydır. Nitekim bunun olumsuz sonuçları şimdiden ortaya çıkmaya başlamıştır.

7.1. Hollanda: İşyeri Hekimlerinin Biribirleriyle Yoğun Rekabeti⁷¹

Hollanda'da işyeri hekimleri doğrudan işverenle sözleşme yapmaktadır. İşverenlerle sözleşme yapmak durumundaki işyeri hekimleri yaptıkları iş sözleşmesini devam ettirebilmek ya da yine bir işverenle de iş sözleşmesi yapmak için diğer işyeri hekimleri ile yoğun rekabete girmek durumunda kalmaktadır. Hizmetin ticarileştirilmesiyle piyasa kurallarına boyun eğmek durumunda bırakılan işyeri hekimlerinin mesleklerinin gereklerini yerine getiren bir hekim olmaktan çıktıkları ve iş anlaşması peşinde koşan iş adamı durumuna geldikleri söylenmektedir. İşyeri hekimleri üzerlerinde yoğun bir ticari baskı hissetmektedirler.

Bu rekabet ortamı tüm yasal zorunluluklara rağmen, işyeri hekimlerinin meslek hastalığı bildirimlerinde bulunmamaları doğrultusunda işverenlerin baskı yapmalarını kolaylaştırmaktadır. Dolayısıyla Hollanda' da önemli bir sayıda meslek hastalığı

kayıtlara girmemektedir. Ayrıca iş sözleşmesini kaybetme korkusu bazı işyeri hekimlerine işçilerin sağlıklarına ilişkin gizli tutması gereken kişisel sağlık bilgilerini işverenlere vermelerine de yol açmaktadır.

İşverenler, işyeri hekimlerinin kendi aralarındaki rekabeti daha da kışkırtarak iş sağlığı hizmetinin satın alımında ve hizmetin yürütülmesinde de avantajlar elde etmektedirler. Hollanda'da işyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı bu dönemlerde ciddi bir biçimde zayıflamıştır.

İşyeri hekimliği hizmetinin ticarileştirilmesinin yol açtığı bu olumsuz tablo birçok Avrupa ülkesine ulaşmamış olsa da gelecekte benzer olumsuzlukların yaygın olarak yaşanabileceğini belirtmektedirler

7.2. İtalya: Kalite İçin Mücadele²⁵

İş sağlığı ile ilgili 'reform' düzenlemesi 2008 yılında gerçekleşmiştir. 'Reform' özellikle işyeri hekimlerinin eğitimi ve mesleki riskler vb. bazı konuları kapsamıştır. İtalya'da işyeri hekimliği uzmanlık diploması olmasa da işyerlerinde iş sağlığı hizmeti verilebilmektedir.

İtalya'da küçük ve orta boy işyeri sayısı oldukça yüksek olup, işyeri hekimi yaşamını sürdürebilmek için çok sayıda küçük işyeri ile sözleşme yapmak zorunda kalmaktadır.

Birçok küçük işyerine hizmet vermek durumunda kalan işyeri hekimleri artan iş yükleri nedeniyle, işçi eğitimi, koruyucu sağlık hizmetleri için yeterli zaman ayıramamaktadır. Dolayısıyla işyeri hekimliği hizmet kalitesinde önemli sorunlar yaşanmaktadır. İşyeri hekimliği sendikası bu sorunlarla baş edebilmek, işyeri hekimliğinde 'kalite için savaşım yürütmek' için yoğun bir uğraş yürütmek durumunda kalmıştır.

7.3. Çekoslovakya: Yoğun Rekabet²⁵

Ülkedeki işyeri hekimi uzmanı sayısının 200 civarında olduğu ve bunlarında yaşlı bir kuşağı oluşturduğunu, genel pratisyen hekimlerin iş sağlığı hizmeti piyasasını ele geçirme doğrultusunda bu hekimlerle yoğun bir rekabet içinde olduğu söylenmektedir. İşyeri hekimliği örgütleri hekimlerinin arasında yaşanan rekabete karşı yoğun bir uğraş içinde olduklarını belirtmektedir. Dolayısıyla Çekoslovakya da benzer bir rekabet sorunuyla karşı karşıyadır.

7.4. Belçika

Belçika'daki işyeri hekimi sayısının yetersizliğinin temel sorun olduğu söylenmektedir. İşyerlerinin yarısından fazlası hekim sayısındaki yetersizlik nedeniyle kendi işyerleri için işyeri hekimi bulamadıklarını ve bu nedenle de dışarıdan iş sağlığı hizmeti almak zorunda kaldıklarını ifade etmektedir. Bu durumun da işyerlerinde yeterince sağlık kontrolleri ve tıbbi değerlendirmelerin yapılamamasına yol açtığı söylenmektedir.

7.5. Almanya⁷²

Sınırlı iş sağlığı hizmetine ihtiyaç duyan küçük işyerleri, bu hizmetler için serbest çalışan bir hekimle anlaşabilmektedir. Bu durum serbest çalışan hekimler arasında rekabet yol açmaktadır. Rekabet içindeki hekimler yapacakları görevler için işverenlere son derece cazip fiyat önerilerinde bulunmak durumunda kalmakta ve yaratılan rekabet ortamı hizmet kalitesinde önemli düşüşlere neden olmaktadır.

Hizmetin kalitesinin yükseltilmesi arayışlarında soruna yol açan ana nedenin (ticarileştirmenin, rekabetin vb.) yol açtığı olumsuz sonuçlarının düzeltilmesine yönelik çabalar artmaktadır. Bu doğrultuda Almanya'da olduğu birçok ülkede denetim, eğitim, akreditasyon vb. çözümlere gidilmektedir. Almanya İşyeri Hekimleri Derneği de bu doğrultuda hizmet kalitelerine ilişkin bir sınıflandırma oluşturmak durumunda kalmıştır.

7.6. İngiltere⁷³

İşyerinde doktor ve hemşirenin iş sağlığı hizmetleri verdiği geleneksel yöntem artık İngiltere'de değişmektedir.

Çoklu mesleki çalışma anlayışı doğrultusunda iş sağlığı hizmetlerinde pratisyen hekim odaklı çalışmalar yürütülmektedir. İşyerlerinde genel olarak iş sağlığı departmanı ile güvenlik departmanı arasında yapay bir bölünme oluşmaktadır. Çok az serviste iş hijyenisti, toksikolog veya epidemiyolog bulunmaktadır.

Tüm yasal düzenlemelere rağmen bazı hekimler, işveren ile (ticari kazancını sürdürme gayesiyle) girdiği iş ilişkisi nedeniyle yasaya aykırı olarak, işçinin haberi olmadan işçiye ait kişisel sağlık bilgilerini (uyuşturucu kullanımı, alkol problemi, AIDS vb.) işverene verebilmektedir.

İngiltere'de 2005'te dışarıdan alınan iş sağlığı hizmetlerinin %10 artış gösterdiği söylenmektedir. Bu eğilimin süreceği ve

önümüzdeki 10 yıl içinde dışardan taşeron usulü alınacak iş sağlığı hizmetlerinin genelde %15, kamu sektöründe ise %35 oranında artacağı beklenmektedir⁷⁴.

İşçi sağlığına ilişkin her bir mesleğin eğitimi ve müfredatı farklı olup, sürekli mesleki eğitim, yeniden sertifikalandırma ve yeniden değerlendirmeye yönelik bir gidiş göze çarpmaktadır.

7.7. İsveç⁷⁵

Devlet 1992 yılından itibaren işçi sağlığı hizmetlerine sağladığı sübvansiyonu ortadan kaldırmıştır. Sübvansiyonların kesilmesiyle işçi sağlığı hizmetleri adım adım özel sektör tarafından karşılanmaya başlamıştır. Günümüzde ise tamamen özel sektör tarafından verilmektedir. Bu hizmetin özelleştirilmesi ile birlikte işçi sağlığı hizmetlerinden yararlananların oranı %80'lerden %70' lere düşmüş. Küçük işletmelerde çalışanların oldukça küçük bir kısmının işçi sağlığı hizmetlerine ulaşabildiği belirtilmektedir.

Özelleştirme öncesinde 900 kayıtlı iş sağlığı uzmanı ve sağlık personeli sayısı sübvansiyonların geri çekilmesi ve özelleştirmeyeyle birlikte önemli ölçüde azalmıştır.

Özelleştirme ile birlikte;

- işverenlerin daha ucuz sağlık hizmeti alma peşine düştüğü,
- iş sağlığı hizmetlerinden yararlananların sayısının hızla azaldığı,
- iş sağlığı hizmetlerinin kalitesinin bozulduğu,
- bu alanda çalışan personel sayısının azaldığı belirtilmektedir.

İş sağlığı hizmetlerinin kalitesini güvence altına almak için işyeri hekimleri yapılanmaları kılavuz hazırlamışlar ve sertifikasyona yönelmişlerdir. Ancak çok az birim sertifikalandırılabilmiştir. Ayrıca iş sağlığı ortak birimleri için etik kılavuz hazırlamak durumunda kalınmıştır.

7.8. Fransa

'İş ve Sağlık' dergisinde yayınlanan ve hekim iş müfettişi tarafından hazırlanan gizli bir raporda⁷⁶;

- işyeri hekimlerinin sınırlı sayıda tetkik isteminde bulunması ve işyerindeki iş organizasyonu çalışmalarına müdahale

etmemeleri doğrultusunda işverenlerin yoğun baskısı altında oldukları,

- iş risklerinin çok yüksek olduğu işyerlerinde, (özellikle kimya sanayinde tehlikeli çalışma ortamını, meslek hastalıklarını görmezden gelmeleri) oto sansür karşılığında bazı hekimlere (özel ödüllendirme anlamına gelen) standartların üstüne ücret verildiği,
- işçilerin işyeri hekiminin yardımını alabilmek için işyeri hekimlerini sendikalarına veya meslek odasına şikayet etmekle tehdit, şiddete baş vurmak ya da kabinesinde intihar etmek vb. söylemek durumunda kaldıkları

belirtilerek işverenler suçlanmaktadır. 2001 yılındaki yayınlanan ve alanın durumunu ortaya koyan rapordaki olumsuzlukları düzelterek önlemlerin alınması yerine işyeri hekimliğine ilişkin yeni yasal düzenlemeler ile olumsuz tablo, daha da işverenlerin lehine, işyeri hekimlerinin de aleyhine olacak şekilde derinleştirilmiştir.

Avrupa'nın tüm ülkelerinde işyeri hekimliği hizmetlerinde, ülkelerin farklı özelliklerine rağmen, yaşanan sorunların ortak olduğu görülmektedir.

Yaşanan ortak sorunlar;

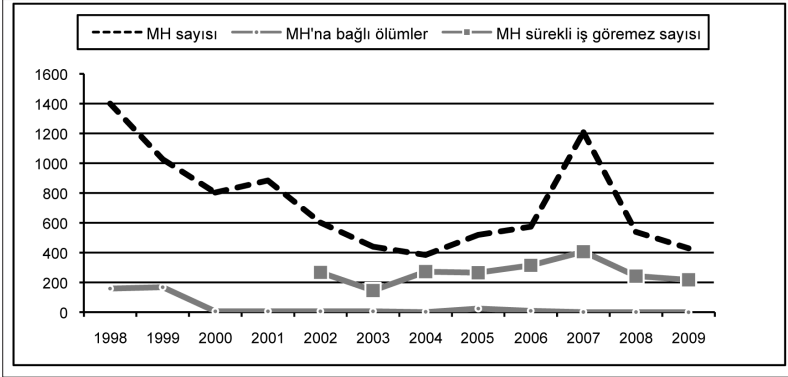
- işyeri hekimi sayısının yetersizliği,
- işyeri hekimliği eğitiminin sınırlılığı,
- işyeri hekimlerinin çalışma olanaklarının ve çalışma sürelerinin yetersizliği,
- mesleki değer yitimi,
- mesleki bağımsızlığın aşındırılması,
- işyeri hekimliğinin işverenlerin hizmetinde basit bir danışmana dönüştürülmesi,
- işçi sağlığı hizmet alanının ticarileştirilerek pazar ekonomisine dahil edilmesi vb. olarak sıralanmaktadır.

8. Türkiye'de Meslek Hastalıkları ve Toplumsal Maliyeti

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi tarafından da kabul edilen 'Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi 2009-2013' resmi belgesinde ülkemizde çalışan nüfusun %4-12'si oranında (!) meslek hastalığı

görülmesi gerektiği, buna karşın 2008 yılında 539 meslek hastalığı tespit edildiği belirtilmektedir. Böylelikle tespit edilen meslek hastalıklarının son derece sembolik olduğunu resmi bir belgede yer bulmaktadır.

Şekil 5: Ülkemizde 1998-2009 Yılları Arasında Meslek Hastalıklarının Seyri



Kaynak: SSK istatistik yıllıkları

Meslek hastalıkları sayısının sembolik düzeylerde kalmasına ilişkin birçok neden söylenebilir. Asıl önemli nedenin, bazı kişilerin iyi niyetlerle oluşturmaya çalıştıkları meslek hastalıkları politikası ve buna uygun olarak oluşturulan kurumsal yapılanmaların kısa süre içinde meslek hastalıklarının ortaya çıkarmasını değil tam tersine meslek hastalıkları tanısının konmasını engelleyen, üstünü örterek gizlenmesine hizmet eden bir yapılanma haline getirilmesi olduğu söylenebilir.

Eurostat'ın, yaptığı çalışmaya göre ise, anında bildirimi yapılan meslek hastalıklarının çalışan nüfusa oranını % 5.4'dür. Bu oran Finlandiya'nın yaptığı çalışmada %8.3, İngiltere'nin yaptığı çalışmada da % 7.3 olarak tespit edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde gerek iş gücü maliyetleri gerekse çevre koruma yasaları nedeniyle yoğun emek isteyen, çalışma ortamında sağlık riskleri ve çevre kirliliği yüksek olan sektörlerin, küresel kapitalist sisteme entegre ülkelere/ ülkemize kaydırılması nedeniyle, ülkemizde işçilerin karşı karşıya kaldıkları sağlık riskleri AB ülkelerinden çok daha yüksektir. Bu nedenle Eurostat'ın %5.4'lük

verisi yerine Finlandiya’da 2000 yılında yapılan çalışma sonucu ortaya konan %8.3’lük oranın kullanılması ülkemiz gerçekliğine daha uygun olacaktır.*

Tablo 13: Son 10 Yılda Yıllara Göre Tanımlanan Meslek Hastalıkları ve Tanımlanmayan Meslek Hastalıklarının Sayısı

Yıl	Zorunlu sigortalı sayısı* (SSK)	Tanımlanan MH Sayısı	Tanımlanmayan MH’nin tahmini sayısı	
			Eurostat verisine göre	Finlandiya verisine göre
2000	5.254.125	803	283.723	436.092
2001	4.886.881	883	263.892	405.611
2002	5.223.283	601	282.057	433.532
2003	5.615.238	440	303.223	466.065
2004	6.181.251	384	333.223	513.044
2005	6.918.605	519	373.605	574.244
2006	7.818.642	574	422.207	648.947
2007	8.505.390	1208	459.291	705.947
2008	8.802.989	539	475.361	730.648
2009	9.030.202	429	487.631	749.507

* Meslek hastalığı tazminatlarından yararlanma hakkı olan sigortalı sayısı

2009 verileri üzerinden ülkemizde üzerinden bir değerlendirme yapılırsa 9.030.202 SSK ’lı çalışanların, yıl içinde 749.507’ü meslek hastalığı nedeniyle hekime başvurması gerekmektedir. 750 bin civarındaki meslek hastalığı bulunan işçilerden sadece 429’ unun hastalığı tanımlanan meslek hastalığı olarak kayıtlara girmekte ve resmi istatistiklerde gösterilmektedir. Bu rakamların içinde kayıt dışı çalışanlar, geçici tarım işçileri, tarım çalışanları, kamu çalışanları vb. yer almamaktadır.

Ülkemizde öngörülen meslek hastalıkları sayısına ilişkin birisi İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü’nün diğeri de TÜİK’in olmak üzere iki resmi yaklaşıma rastlanmıştır:

* Finlandiya ekonomisini oluşturan sektörler ile ülkemizin ekonomik sektörleri karşılaştırıldığında, ülkemizde işçi sağlığını ve çevreyi olumsuz etkileyen (maden-taş ocakları, döküm, imalat, otomotiv, kimya, seramik, çimento vb.) sektörlerin çok daha fazla olduğu, çalışma ortam ve koşullarının da Finlandiya’ya göre çok daha fazla olumsuzluklar içerdiği bir gerçektir. Bu nedenle ülkemizde (tanımlanmayan ve tanımlanan) meslek hastalıkları oranının Finlandiya’nın kendisi için bulduğu %8,3 oranının çok üstünde olduğu açıktır.

• İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nün hazırladığı ve Ulusal İş sağlığı ve Güvenliği Konseyi'nden geçirdiği TC. Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi II (2009-2013)'inde⁷⁷; *'Meslek hastalıklarının görülme sıklığı, çalışan nüfusun binde 4-12'si arasında değişmektedir. Buna göre Türkiye'de zorunlu sigortalı ve Bağ-Kur'lu çalışan sayısı (10.922. 241) üzerinden bu değer hesaplandığında 43.689 - 141.989 arasında meslek hastalığı beklenmektedir'* denilmektedir.

• TUIK 2007 yılı Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında ilk defa "İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri" konulu bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın sonucuna göre, son 12 ay içinde istihdam edilenlerden % 3,7'si çalıştığı işe bağlı bir rahatsızlık geçirmiştir. Bu oran erkeklerde % 3,9 iken, kadınlarda % 3'tür⁷⁸.

İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nün 2008 yılı verileri üzerinden o yıl için ön gördüğü meslek hastalığı sayısı 43.689 - 141.989 iken* TUIK'in yaptığı çalışmaya göre ön görülen meslek hastalığı sayısı 404.122' dur.

Ülkemizde 2008 yılı için öngörülen meslek hastalıkları sayısı Eurostat 'ın verilerine göre 589.801 iken Finlandiya'nın verisine göre 906.546' e olmaktadır. Dolayısıyla İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nün öngördüğü meslek hastalıkları sayısı gerek TUIK gerekse Eurostat'ın ve Finlandiya'nın yaptığı çalışma sonuçlarına göre son derece düşük kalmaktadır.

Ülkemizde iş kazası veya tanımlanmış meslek hastalığı durumunda sigortalılara aşağıda belirtilen yardımlar sağlanmaktadır:

- Sağlık yardımı yapılması
- Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi
- Sürekli iş göremezlik hallerinde gelir bağlanması
- Protez araç ve gereçlerin sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi
- Sağlık yardımı, protez araç ve gereçlerin sağlanması hususunda sigortalının başka yere gönderilmesi
- İş kazası veya meslek hastalığı sonucu bedeni veya ruhi arızaya uğrayanlardan yurt içinde tedavisi mümkün olmayıp, yabancı bir ülkede kısmen veya tamamen tedavisi mümkün

* Bu sayıya Bağ-kur'lu çalışanlar da dahildir.

görülenlerin yurtdışına gönderilmesi

- İş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölen sigortalının hak sahiplerine cenaze masrafı karşılığı ödenmesi
- Hak sahiplerine gelir bağlanması

Meslek hastalıklarının sayıları ve bunun topluma maliyeti üzerine AB ülkelerinde yapılan birçok çalışma ve ILO'nun projesiyonu ilişkin kısa hatırlatmalar yapıldı. Türkiye'de meslek hastalıklarının sayısı ve toplumsal maliyeti üzerine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi'ne sunduğu ve orada kabul edilen resmi belgede⁷⁹ GSYİH'nın %4'üne tekabül ettiği ve buna göre de 2008 yılında ülkemize maliyetinin 35 milyar TL olduğu belirtilmektedir.

Tablo 14: Tanımlanan-Tanımlanmayan Meslek Hastalıklarının ve İş Kazalarının Maliyeti- Ön görülen Toplumsal Maliyeti

2000-2009 yılları verileri üzerinden öngörülen meslek hastalıklarının ve iş kazalarının maliyeti (milyon TL)			
Yıl	GSYİH ⁸⁰ (Milyon TL)	Tanımlanan meslek hastalıklarının ve iş kazalarının maliyeti*	Tanımlanmayan MH ve iş kazalarının maliyeti (GSYİH'nın %4'ü) ⁸¹ (milyon TL)
2000	166.658	475,8	6.666
2001	240.224	160,1	9.609
2002	350.476	233,9	14.019
2003	454.781	313,7	18.191
2004	559.033	413,2	22.361
2005	648.932	490,7	25.957
2006	758.391	?**	30.336
2007	843.178	?	33.727
2008	950.534	?	38.021
2009	952.559	?	38.102

* SSK Çalışma Raporları 2000-2005 verileri

** 2006 yılından sonra SGK'nın verileri arasında iş kazaları ve MH harcamalarına yer verilmemektedir.

Tabloda görüldüğü üzere iş kazaları ile meslek hastalıkları sigortasının yıllara göre tanımlanan meslek hastalıkları ve iş kazaları toplam harcaması tanımlanmayan meslek hastalıkları ve iş kazaları için öngörülen harcama miktarının çok küçük bir azınlığına (2000 yılında %7.1'e diğer yıllarda ise % 1.7-1.9'una) tekabül etmektedir.

Buna karşın 2001-2005 yılları arasında meslek hastalıkları ve iş kazaları sigortasının fiili gelir ve gider dengesine bakıldığında bu beş yıllık sürede sigortanın fazlalık verdiği görülmektedir!

Tablo 15: Ülkemizde 2001-2005 Yılları Arasında İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları Sigortası Gelir ve Giderleri (Milyon TL)⁸²

Yıllar	Gelir	Gider	Fark
2001	493.928.770	160.132.848	333.795.921
2002	713.263.162	233.976.913	479.286.248
2003	1.015.584.804	313.704.395	701.880.409
2004	1.376.695.457	413.185.543	963.509.913
2005*	1.632.098.015	490.681.174	1.141.416.840

İş kazaları ve meslek hastalıkları tanımlansa da, tanımlanmasa da 2009 yılı GSYİH' sine göre ülkemize maliyeti 38,1 milyar TL olarak ön görülmektedir. 2000-2009 yılları arasında (10 yıllık bir zaman aralığında), işçilerin ve yakınların acıları ve mağduriyetlerinin yanı sıra meslek hastalığı nedeniyle sağlıklarını yitiren işçiler için yapılan toplumsal harcama 236.991 milyar TL' dir.

SGK'nun iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortasının işverenlerden rucu ettiği miktar ve SGK'nun karşıladığı tazmin miktarın çok daha üstündeki milyarlarca TL'yi bulan harcama toplumun (sağlık sigortasının/devlet bütçesinin) ve bireylerin kendi cebinden karşılanmaktadır.

9. Ülkemizde İşyeri Hekimliğine İlişkin Yeni Yasal Düzenlemeler

Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) Hükümeti'nin iş kanununu baştan aşağı yeniden düzenlenmesi dahil olmak üzere çıkardığı yönetmelikler ile çalışma yaşamı neoliberal anlayışa uygun olarak düzenlenmektedir. Yeni yasal düzenlemeler işverenlere büyük avantajlar sağlarken işçilerde de önemli hak kayıplarına yol açmaktadır. 'AB uyum yasaları' gerekçesine sığınarak işçi sağlığı ve iş güvenliği, işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığına ilişkin çıkarılan yönetmelikler, TTB ve Türkiye Mimar ve Mühendisler Odası (TMMOB) tarafından Danıştay'a açılan davalarla ile durdurulmuş, iptal ettirilmiş ise de bakanlık da iptal edilen tüm maddeleri aynen yeni yönetmeliklerle geçerli kılmaya çalışmıştır. Bakanlık ile TTB arasındaki görüşmelerde üzerinde

durulan konu başlıkları ve Danıştay dava süreçlerinde itiraz edilen noktaları kısaca belirtmek gerekirse:

- İşyeri hekimlerinin çalışma süreleri
- İşyeri hekimlerinin eğitimi
- İşyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlığı
- İşyeri hekimlerinin görevleri
- İşyeri hekimlerinin hizmet verdiği işyeri sağlık birimleri örgütlenmesi ve statüsü
- 50' den az işçi çalıştıran işyerlerinde çalışan işçilerin işyeri hekimliği hizmetlerinden yararlanmalarının sağlanması
- Organize sanayi bölgelerinde ve sanayi sitelerinde işyeri sağlık birimi örgütlenmeleri
- İşyeri hekimliği hizmetlerinin dışardan satın alımı (taşeronlaşma)

İşçilerin iş sağlığı risklerinden korunması tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de işyeri hekimliği merkezli olarak sürdürülmektedir. İşyeri hekimliğine yönelik her türlü düzenleme hekimlerle ilgili gibi gösterilse de aslında doğrudan işçilerin sağlıkları ile ilgilidir.

Ülkemizde işçi sağlığı, yani işçilerin maruz kaldıkları iş riskleri (iş kazaları ve meslek hastalıkları) sonucu ortaya çıkan mağduriyetlerinin boyutunu net olarak ortaya koymak olanaklı değilse de, buzdağının görünen kısmının bir parçasını yansıtan resmi verilere bakıldığında:

Tablo 16: İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının İşyerinde Çalışan Sigortalı Sayılarına Göre Dağılımı, 2008

İşyerlerinde çalışan sayısı	İşyerinde sigortalı sayısı	İşyeri sayısı	Zorunlu sigortalı sayısı	İş kazası Toplam	MH Toplam
50'den az	1 ile 9	999.199	2.561.203	2.4673	135
	10 ile 20	99.055	1.345.476	9.745	11
	21 ile 49	50.033	2.551.067	9.757	8
Ara toplam		1.148.287	6.457.746	44.175	154
50 ile 50'den fazla	249	19.214	1.916.713	14.745	268
	250 ile 499	1.918	446.591	5.849	94
	500 ile 1000	620	1.062.691	9.585	7
	1001 +	209	365.839	4.458	16
Ara toplam		21.961	3.791.834	34.637	385
Toplam		1.170.248	10.249.580	78.812	539

İşyerlerinde meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları sayısı incelendiğinde kayıtlı işçilerin karşı karşıya kaldığı iş kazalarının %61.5'i 50' den az işçinin çalıştığı işyerlerinde olmaktadır. Buna karşın meslek hastalıklarının da %14.5' i bu işyerlerinde çalışan işçilerde ortaya çıkmaktadır. Resmi verilere göre iş kazalarına kıyasla meslek hastalığının 50' den az işçinin çalıştığı işyerlerinde daha az görülmesi son derece aldatıcıdır. Bu işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin olmaması yasal açıdan işverenleri bu yükümlülükten kurtarmakla birlikte devletin yurttaşlarının can güvenliklerini sağlanması, sağlıklı yaşam hakkına ilişkin anayasal görevin yerine getirilmemesi anlamına da gelmektedir. İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin sorunların yoğun olarak yaşandığı küçük işyerlerinin yasal açıdan işçi sağlığı ve güvenliği hizmet organizasyonu dışında yer alması önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Bu işyerlerinde çalışan işçilerin de bu hizmetlerden yararlanmalarını sağlayacak şekilde bir düzenleme yapmak yerine 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerine, sayısına bakılmaksızın bu hizmetleri dışarıdan almasının yolu açılmaktadır. İşçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin taşeronlaştırılarak kuralsızlaştırılması işçilerin can güvenliklerinin sağlanmasında ve sağlıklarının korunmasında (Avrupa ülkelerinde yaşananlardan daha büyük) olumsuzluklara yol açabilecektir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü bu işyerlerinde çalışan işçilerin de bu hizmetlerden yararlanmalarını sağlayacak şekilde bir düzenlemeye ve organizasyona gitmek ve burada yaşanan sorunlara çözüm arayışlarına girmekten kaçınmaktadır. Buna karşın 50' den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde yasal zorunluluk gereği oluşturulmuş olan iş sağlığı ve güvenliği birimlerindeki hizmetin eksiklikleri ve yetersizlikleri gündeme getirilerek -bunlara çözüm aramak yerine- mevcut yapılmaları AB ülkelerinde olduğu gibi zayıflatmak, içini boşaltmak ve giderekte işlevsiz hale getirmenin adımları atılmaktadır. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü politikaları AB' den aldığı projelerle ve onların istemlerine uygun olarak yürütülmekte, işyerlerine sayısına bakılmaksızın işçi sağlığı hizmetlerinin dışarıdan alınmasının yolunu açmaktadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı AB uyum süreci*adı altında mevzuat değişiklikleri yaparken yabancı şirket ve ku-

ruleşlarla anlaşmalar imzalanarak işçi sağlığı hizmetlerinin ticarileştirilmesinin pratik adımları da atılmaktadır. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü 'Türkiye'de Dışarıdan Alınan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Kalite Düzeyinin Arttırılması' adlı MATRA projesini⁸³ hayata geçirmeye çalışmaktadır. Bu proje için İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü' nün Hollanda Sosyal İşler ve İstihdam Bakanlığı' ndan 400 bin Euro aldığı görülmektedir. İki yıl süreli bu proje 2009 yılının Ocak ayında başlamıştır. Bakanlığın çıkardığı yönetmeliklerde yer alan hizmetin dışarıdan satın alınmasına ilişkin düzenlemelerle AB ülkelerinde de uygulanan politikaların bu proje vasıtasıyla ülkemizde de hayata geçirilmesine çalışılmaktadır. Bu yeni yasal düzenlemeler ile birlikte işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri taşeronlaştırılmaktadır.

'Türkiye'de Dışarıdan Alınan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Kalite Düzeyinin Arttırılması' konulu MATRA projesi ile ilgili olarak, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü' nden bir grup ile projenin Hollanda ayağını oluşturan firma yetkilisi iki kişi TTB' yi ziyaret etmiştir.

Bu görüşmede öne çıkan konu başlıkları özetle;

- AB ülkelerinde de küçük işletmelerde Küçük ve Orta Boy İşletmeler' de (KOBİ) bu hizmetin verilmesinde yaşanan büyük sorunlara çözüm olarak da sunulan KOBİ 'lerin bu hizmeti dışardan satın alması yaklaşımının, AB ülkelerinde olduğu gibi ülkemize de bir çözüm getirmeyeceği,

- AB ülkelerinin ortak olarak hazırladığı 'KOBİ' lerde İşyeri Sağlığının Geliştirilmesinde Mevcut Durum' adlı Portekiz Lizbon Toplantı Raporunda KOBİ' lerin finansal yapısının zayıf olması, işçi sağlığı ve güvenliği bilgilerinin/kültürlerinin yetersizliği vb. nedenler, örnekleri ile ortaya konmaktadır. Bu rapor bir bütün olarak değerlendirildiğinde KOBİ' lerin dışarıdan hizmet satın almaları olanaklı görülmemektedir. Ülkemizdeki KOBİ' lerin içinde bulundukları durum gözönüne alındığında dışardan hizmet satın alınmasının KOBİ gerçekliklerine aykırı bir durum oluşturduğu,

- Ülkemizdeki en önemli sorunlardan birinin kayıt dışı çalışma olduğu, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu' na (TİSK) göre kayıt dışı sektörün %60' a ulaşmakta olduğu ve bu kesimin

hiçbir şekilde işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanmadığı,

- 50'nin altında işçi çalıştıran KOBİ ve küçük işletmelerde işçi sağlığı hizmetlerinden yararlandırılması, çalışanların kayıt dışı ya da kayıt içi ayırımına bakmaksızın bu hizmetten yararlanmaları gerektiği,

- küçük işletmelerin işçi sağlığı hizmetini dışarıdan satın almaları gerçekçi olmadığı, bu hizmetin bu küçük işletmelere devlet tarafından sağlanması gerektiği,

- bunun devlete pahalı olacağı yaklaşımının da doğru olmadığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nün kendi yaptığı hesaplamalara göre iş kazaları ve meslek hastalıklarının ülkemize maliyetinin yılda 35 milyar TL'ye ulaştığı ve Bu rakamın çok daha azı ile iş kazalarının ve meslek hastalıklarının yoğun olarak yaşandığı KOBİ' lerde gerekli hizmet sunumunun rahatlıkla yapılabileceği,

- bakanlık KOBİ'lerin ve küçük işletmelerin dışarıdan işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerini satın alamayacağını bildirmektedir. Bu hizmeti dışarıdan satın alabilecek mali durumu güçlü işletmelerin 50'den fazla işçi çalıştıran işyerleri olduğu da bilinmektedir. Bu nedenle 50'den fazla işçi çalıştıran işyerleri de dahil edilerek tüm işyerleri için düzenleme yapılmaktadır denildiği,

- bu düzenleme ile birlikte 50'den az işçi çalıştıran işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sağlanması başılamayacağı gibi 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde var olan iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin zarar göreceği ve bu süreçten olumsuz olarak etkileneceği, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin dışarıdan satın alınma anlayışının doğru olmadığı,

- dışarıdan hizmet satın alınmasının var olan işçi sağlığı hizmetlerinin niteliğini arttırmayacağı ve işyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlığını da ortadan kaldıracığı,

- ülkemizde sigortalı işçilerin ancak %40' ının işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerine ulaşma olanağına sahip olduğu, geri kalan %60' ını ve kayıt dışı çalışanları da kapsayarak işçilerin çok büyük bir kısmının bu hizmetlere ulaşmalarının sağlanmasına

çaba harcamak yerine sınırlı bir kesime hizmet sunan mevcut yapılanmalar ile uğraşıldığı şeklindedir.

İşçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin dışarıdan satın alınması uygulamasının öncelikli olarak Hollanda’ da başladığı, Hollanda’ nın işçi sağlığı ve güvenliği verilerine bakınca bu uygulamanın verilerde bir düzelme sağlamadığının görüldüğü ve kendilerinin bu konudaki görüşü sorulduğunda;

- bu görüşe katıldıklarını, son süreçte işçilerin işe devamsızlıkların önemli bir azalma sağlandığını belirlemişlerse de ‘yayınlarında işe devamsızlığın azalması taşeron usulü, güvencesiz çalışan işçilerde görülmektedir’, şeklindeki eleştirilere de katıldıklarını belirtmişlerdir.

TTB ile bakanlığın bir türlü anlaşamaması görüntüsü son derece yanıltıcı olup, bu durumu hazırlanan yeni yasal düzelmemelerin neoliberal merkezlerde üretilen ve tüm dünyada eş zamanlı olarak yürütülen bir programın ülkemize yansması olarak değerlendirmek daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Ülkemizde oldukça cılız durumda olan işyeri hekimliği hizmetlerinin tamamen biçimsel bir noktaya doğru çekilmek istenmesinin ülke iç dinamiklerinden çok, dış dinamiklerin ağırlığına bağlı olduğu söylenebilir.

Bu doğrultuda konu;

- TTB’nin alandaki etkinliğinin kırılması işyeri hekimlerinin özlük haklarının da ötesinde, işyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlığındaki TTB’nin konumunun kırılması,
- işyeri hekimliği sertifika eğitiminin özel eğitim şirketlerine devredilmeye çalışılması, sadece eğitimin özelleştirilmesi anlamına gelmemekte, işyeri hekimliği eğitimi sıradanlaştırılarak, içinin boşaltılması,
- işyeri hekimlerinin çalışma sürelerinin azaltılması* boyutu ile daha kapsamlı girişimlerdir.

İşçi sağlığı hizmetini yürüten personelin mesleki bağımsızlıklarının kaldırılması, görev ve yetkilerinin sınırlandırılması,

** 1980 yılındaki Yönetmelik’ te bir işyeri hekimi, 300 işçinin çalıştığı ağır ve tehlikeli bir işyerinde işçilerin can ve sağlık güvenlikleri için ayda en az 75 saat zaman harcaması gerekirken, 2003 yılında çıkarılan Yönetmelik’ te bu zaman 52 saate, 2009 yılında çıkarılan Yönetmelik’ le son olarak da 38 saate düşürmüştür. Son yönetmelikten bir öncesinde de işyeri hekimi için ‘işe giriş ve periyodik muayeneler ile eğitim için işçi başına yılda en az 30 dakika’ öngörülmüştür. Diğer bir deyişle işçi başına 3 dakikada işyeri hekiminden yönetmelikte tarif edilen tüm görevleri yerine getirmesi beklenmektedir.*

işverenlerin müdahalelerinin kuvvetlendirilmesi, hizmet organizasyonunun da işyerleri dışına çıkarılması, ticari bir işletme haline getirilmesi mesleki risklere maruz kalan sayısını da mağduriyetleri de çok daha arttıracaktır.

İşçilerin yüzlerce yıldır sürdürdükleri daha iyi bir yaşam ve daha insani bir çalışma ortamı için yürüttükleri mücadele ve işyeri hekimliğinin yarım yüzyılı biraz geçen varlığı, vahşi liberalizm nostaljilerine izin vermeyecektir.

KAYNAKÇA

1. 1791 - 1841 : Le déni du droit d'association, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/regulation-relations-travail/chronologie/> . Erişim Tarihi: 27.10 2010
2. Chronologie Indicative De L'histoire du Mouvement Ouvrier Francais de la Revolution Francaise à la Fin des Annees 2000
3. 'Que l'exploitation des ouvriers par les sous-entrepreneurs ouvriers, dits marchands ou tâcherons, est essentiellement injuste, vexatoire, et contraire aux principes de la fraternité' Décret du 2-4 mars 1848', Les Bourses du travail, http://herve.dequengo.free.fr/Molinari/BT/BT_Z.htm
4. Histoire de la médecine du travail, http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_la_m%C3%A9decine_du_travail, Erişim Tarihi:27.10 2010
5. Chronologie indicative de l'histoire du mouvement ouvrier français de 1871 à 1913, . de 1914 à 1939, de 1940à 1968, <http://biosoc.univ-paris1.fr/spip.php?article185> . Erişim Tarihi:16.01.2011
6. Genèse du droit du travail : (2ème moitié du 19è siècle à la 1ère guerre mondiale, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/regulation-relations-travail/chronologie/> . Erişim Tarihi:18.01.2011
7. Entre deux guerres : organisation des rapports collectifs, nouveaux droits, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/regulation-relations-travail/chronologie/> . Erişim Tarihi:20.01.2011
8. Chronologie des conditions de travail, des relations de travail, de la loi Le Chapelier (1791) à la loi de modernisation de l'Économie (2008), <http://bibifa.wordpress.com/conditions-de-travail-et-evolutions-des-relations-entre-salaries-et-employeurs/chronologie-des-conditions-de-travail-des-relations-de-travail-de-la-loi-le-chapelier-1791-a-la-loi-de-modernisation-de-leconomie-2008/> . Erişim Tarihi:15.01 2011
9. 22 Mayıs et 14 Haziran 1791. Lois Le Chapelier interdisant les coalitions de métiers et les grèves. (meslek sahiplerinin bir araya gelmeleri ve grev yapmalarının yasaklanması), <http://www.vie-publique.fr/chronologie/chronos-thematiques/evolution-du-droit-greve.html> . Erişim Tarihi:15.01 2011
10. Le mouvement ouvrier dans les économies libérales au 19ème siècle, http://www.theyliwedie.org/ressources/biblio/fr/Le_mouvement_ouvrier_dans_les_economies_liberales_au_19eme_siecle.html . Erişim Tarihi:27.10 2010

11. Chronologie Indicative De L'histoire Du Mouvement Ouvrier Francais De La Revolution Francaise A La Fin Des Annees 2000, <http://biosoc.univ-paris1.fr/spip.php?article185> . Erişim Tarihi:15.01.2011
12. Chronologie : histoire des relations de travail de la loi Le Chapelier (1791) à la réforme du dialogue social (2006), vie-publique.fr, un site de la Direction de l'information légale et administrative, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/regulation-relations-travail/chronologie/> . Erişim Tarihi:15.01 2011
13. De la loi de 1950 et l'instauration du dialogue social jusqu'au rapport de Jean Auroux sur les droits des travailleurs (1981), <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/regulation-relations-travail/chronologie/> . Erişim Tarihi:20.01.2011
14. Les 10 entreprises transnationales les plus grandes de la planète, De Silvia Ribeiro (chercheuse du groupe ETC), samedi 27 décembre 2008 par anik, <http://www.robin-woodard.eu/spip.php?article568&lang=fr> . Erişim Tarihi:13.04.2011
15. Histoire de la médecine du travail, http://www.droit-du-travail.wikibis.com/histoire_de_la_medecine_du_travail.php Erişim Tarihi:6.01.2011
16. Chronologie indicative de l'histoire du mouvement ouvrier français de 1940à 1968 <http://biosoc.univ-paris1.fr/spip.php?article185> . Erişim Tarihi:18.01.2011
17. Chronologie : histoire des relations de travail de la loi Le Chapelier (1791) à la réforme du dialogue social (2006), vie-publique.fr, un site de la Direction de l'information légale et administrative, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/regulation-relations-travail/chronologie/> . Erişim Tarihi:15.01 2011
18. Repères chronologiques, http://www.droit-du-travail.wikibis.com/histoire_de_la_medecine_du_travail.php Erişim Tarihi:8.01.2011
19. Des Lois Auroux (1982) jusqu'à la loi Fillon (4 mai 2004), <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/regulation-relations-travail/chronologie/> . Erişim Tarihi:13.02.2011
20. Les premiers médecins d'entreprise, http://www.droit-du-travail.wikibis.com/histoire_de_la_medecine_du_travail.php Erişim Tarihi:6.01.2011
21. En 1930, le Professeur Mazel fonde le premier Institut de Médecine du Travail à Lyon, Olivier Faure, Professeur

- d'histoire contemporaine, Université Lyon 3. Membre du Laboratoire de Recherche Historique en Rhône-Alpes (LAHRA).
22. İşyeri Hekimliği ve İşyeri Sağlık Servisleri, Dr. Haluk Başçıl
TTB Nisan 2001
 23. Le médecin du travail, <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/la-medecine-du-travail,1049.html> . Erişim Tarihi:02.03.2011
 24. Le médecin du travail et son rôle,
http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9decine_du_travail&action=edit§ion=
Erişim Tarihi:11 . 11.02.2011
 25. L'Organisation de la Medecine du Travail,
<http://www.senat.fr/lc/lc63/lc630.html>, Sf. 38,
Erişim Tarihi:05.04.2011
 26. L'Organisation de la Medecine du Travail,
<http://www.senat.fr/lc/lc63/lc630.html>, Sf. 40
Erişim Tarihi:05.04.2011
 27. L'Organisation de la Medecine du Travail,
<http://www.senat.fr/lc/lc63/lc630.html>, Sf. 40
Erişim Tarihi:05.04.2011
 28. Current Trends, Examples Of Regulations And Practical Approaches To Occupational Health Services In The United Kingdom . Erişim Tarihi:20.02.2011
 29. L'Organisation de la Medecine du Travail,
<http://www.senat.fr/lc/lc63/lc630.html>.
Erişim Tarihi:14.03.2011
 30. Occupational And Environmental Medicine In Sweden,
G.Ahlborg Jr
 31. Gelişmiş Ülkelerde Enformel İstihdamın Boyutları Yrd. Doç. Dr. Muğla Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Recep Kapar, Sf. 45,
Erişim Tarihi: 23 Ocak 2011
 32. Gelişmiş Ülkelerde Enformel İstihdamın Boyutları, Yrd. Doç. Dr. Muğla Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Sf 45,
Erişim Tarihi: 23 Ocak 2011

33. Le rapport sur le travail intérimaire aux Pays-Bas panorama général cadre juridique réalités socio-économiques illustration interrogations sur le statut, Panorama général du pays, caractéristiques économiques et sociales . Erişim Tarihi: 05.11.2010
34. Avrupa Komisyonu, 21. yüzyılın zorluklarına karşı iş hukukunun modernleştirilmesi hakkındaki 2006 tarihli Yeşil Kitabı (COM (2006) 708 son),
35. Employment and labour markets: Key tables from OECD - ISSN 2075-2342 - © OECD 2010
36. Travail temporaire, <http://www.inrs.fr/dossiers/interim.html> Erişim Tarihi: 28.02.2011
37. http://www.oecd.org/document/14/0,3746,fr_21571361_44315115_42529358_1_1_1_1,00.html . Erişim Tarihi: 02.04.2011
38. [://www.oecd.org/document/14/0,3746,fr_21571361_44315115_42529358_1_1_1_1,00.html](http://www.oecd.org/document/14/0,3746,fr_21571361_44315115_42529358_1_1_1_1,00.html)
39. Gelişmiş Ülkelerde Enformel İstihdamın Boyutları Yrd. Doç. Dr. Muğla Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Recep Kapar, Sf 49, Erişim Tarihi:23 Ocak 2011
40. Le travail intérimaire en Europe", l'adresse Internet :www.institut-formation.travail.gouv.fr, Erişim Tarihi:21 Ocak 2011
41. SicherheitsMagazin de mai 2004
42. L'enquête "Nature et Origines de l'absentéisme pour cause de maladies dans la branche intérimaire" réalisée en mai 2003
43. Le travail en Allemagne – la rentrée 2009, 2nd sept, 2009 par Stephan M. <http://allemagne-et-plus.al8t.net/?p=602> . Erişim Tarihi: 4.02.2011
44. Travail temporaire, <http://www.inrs.fr/dossiers/interim.html>, Erişim Tarihi: 02.02.2011
45. Rapport sur Le bilan de réforme de la médecine du travail, L'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, L'Inspection générale des affaires sociales, Octobre 2007
46. Aptitude Et Inaptitude Médicale Au Travail: Diagnostic Et Perspectives, Herve Gosselin, Conseiller en service extraordinaire, Chambre sociale de la Cour de cassation . Erişim Tarihi:10.02.2011

47. Bilan de la mise en oeuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels, Pour la Direction Générale du Travail Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité Décembre 2007
48. Rapport DAB sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail ; Ces rapports d'experts ont conduit M BERTRAND a demander aux partenaires sociaux, de la conférence du 27 juin 2007 sur les conditions de travail.
49. L'AVENIR DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL, Avis du Conseil économique et social présenté par M. Christian Dellacherie, rapporteur au nom de la section du travail
50. Rapport du CES sur l'avenir de la médecine du travail, http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2008/05/articles/fr0805029i_fr.htm . Erişim Tarihi: 23.03.2011
51. Sur la « réformette » ... au sein de la réforme des retraites, www.village-justice.com › ... › Droit de la protection sociale. Erişim Tarihi:16.03.211
52. PS, PCF, VERTS, PG, NPA, LO, FASE, GU, CGT IEG, Solidaires, FSU, UFAL, SNPTS, SSMT, Attac Copernic; Conférence de presse unitaire en défense de la médecine du travail, 27 janvier 2011
53. Journée mondiale de la santé et de la sécurité au travail 2009 LE POINT SUR la santé et la sécurité au travail, ILO
54. 28 avril : Journée Mondiale sur la sécurité et la santé au travail, 28/04/2009, http://www.journee-mondiale.com/145/28_avril-securite_sante_travail.htm . Erişim Tarihi: 20.02.2011
55. La sécurité en chiffres; Indications pour une culture mondiale de la sécurité au Travail, Genève, 2003, Organisation internationale du Travail, Erişim Tarihi: 17 Nisan 2011
56. HSE: Self-reported work-related illness (Maladies professionnelles déclarées spontanément) I 1995. HM Stationery Office, Norwich, UK. 1998
57. Paananen S.: Dangers at Work – Perceived occupational diseases, accidents and violence at work in 1999. Statistics Finland 2000: 15, Helsinki, Finland (en finlandais, résumé en anglais)
58. La sécurité en chiffres; Indications pour une culture mondiale de la sécurité au Travail, Genève, 2003, Organisation internationale du Travail, Erişim Tarihi: 17 Nisan 2011

59. Dupré D. Work-related health problems in the EU 1998-99. Eurostat, Brussels. 2001 disponible sur :http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/dashop/printproduct/EN?catalogue=Eurostat&product=KS-NK-01-017-__-I-EN&mode=download et sur : <http://europe.osha.eu.int/statistics/index2.php3> . Erişim Tarihi: 5.03.2011
60. Les maladies professionnelles en Europe Statistiques 1990-2006 et actualité juridique, 25 mars 2009, EUROGIP
61. Assurance Maladie ; www.risquesprofessionnels.ameli.fr . Erişim Tarihi: 02.03.2011
62. La fondation a mené des enquêtes auprès de 21 500 travailleurs, en 1990, 1995 et 2000. Le rapport « Dix ans de conditions de travail dans l'Union européenne » est disponible sur le site www.eurofound.ie . Erişim Tarihi: 22.02.2011
63. 20 ans de conditions de Travail en Europe: Premiers résultats (à partir) de la 5ème Enquête Européenne sur les conditions de Travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) . Erişim Tarihi: 07 Aralık 2010
64. Annie Thébaud-Mony, Industrie nucléaire, sous-traitance et servitude, Editions Inserm, Paris 2000
65. Réflexion et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles, juin 2001, ministère de l'emploi et de la solidarité. En 1998 et en 1999 deux autres rapports ont abouti à la même conclusion.
66. Lire Jean Hodebourg, Le travail, c'est la santé ?, VO Editions, Paris, 2000.
67. Le rapport de la commission d'évaluation sur le coût des accidents du travail (rapport DIRICO) a été publié en août 2008
68. Coût et financement des maladies professionnelles en Europe, Août 2004 Eurogip-08/F, Sf. 79
69. Coût et financement des maladies professionnelles en Europe, Août 2004 Eurogip-08/F, Sf. 80
70. Coût et financement des maladies professionnelles en Europe, Août 2004, Eurogip-08/ F, Sf. 81
71. İşyeri Hekimlerinin ve Sendikaların 'Reform' Tartışmalarına Yaklaşımları, European Trade Union Institute (ETUI) ve Hollanda İşyeri Hekimleri Sendikası

(FNV) 21-22 Mart 2010

72. - L'organisation De La Medecine Du Travail,
<http://www.senat.fr/lc/lc63/lc63.html> . Sf. 86
Erişim Tarihi:06.02.2011
73. Current Trends, Examples Of Regulations And Practical Approaches To Occupational Health Services In The United Kingdom
74. UK Occupational Helath Market Development 2005
75. Occupational And Environmental Medicine In Sweden, G.Ahlborg Jr .
76. La lettre de la sécurité, Club de sécurité, Médecin du Travail . Erişim Tarihi: Erişim Tarihi: 17.03.2011
77. <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=politikabelgesi> Erişim Tarihi: 4 Nisan 2011
78. TUİK Haber Bülteni, Sayı: 50 Erişim Tarihi: 25 Mart 2008
79. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi 2009-2013
80. TUİK verileri, <http://www.hazine.org.tr/ekonomi/ubuyume.php>. Erişim Tarihi: 16.03.2011
81. La sécurité en chiffres, Indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail, Genève, 2003
82. SSK Çalışma Raporları 2000-2005 verilerinden derlenmiştir.
83. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Dr. Buhara Onal İSGÜM, 4 Mayıs 2010, http://212.175.131.61/www.isggm.gov.tr/htdocs/files/hafta/b_o.pdf, Erişim Tarihi: 22 Nisan 2011



Dr. Haluk Seçkin Başçıl

1955 yılında Anamur'da doğdu. Ankara Bahçelievler İlk ve Ortaokulu'nu, Ankara Cumhuriyet Lisesi'ni bitirdikten sonra Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1980 yılında mezun oldu.

Fransa'da Franche-Comte Üniversitesi Besançon Tıp ve Eczacılık Fakültesi'nde 4 yıl süren 'Medecin du Travail' İş Hekimliği Uzmanlık eğitimini 1989 yılında bitirdi. Ayrıca Fransa'da Franche-Comte Üniversitesi'nin 'İş Hijyeni, İş Güvenliği ve Çalışma Şartları' eğitim programına katılarak 1989 yılında bu alanda üniversite diplomasını aldı.

1990 yılında Türkiye'ye döndü. 1992 yılında Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu'nda görev aldı ve bu alandaki çeşitli çalışmalarına katıldı.

Halen işyeri hekimi olarak Ankara'da çalışmaktadır.

