

TÜRKİYE'DE MESLEK HASTALIKLARI TARTIŞMASINA KATKI

Yücel Demiral

Prof. Dr., İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir
yucel.demiral@gmail.com

ÖZET

Türkiye'deki meslek hastalığı tanısı almış çalışan sayısının beklenenin çok altında olması önemli bir tartışma konusudur. Ancak, meslek hastalıklarına tanı konulması kadar, bu hastalıklara konulan tanı sonrası yapılanlar ya da yapılması gerekenlerin tartışılması da önemlidir. Meslek hastalıkları konusunun daha geniş bir perspektifle tartışılmasının yararlı olacağını düşünüyoruz. Son birkaç dekatta artan oranda serbest piyasa koşullarının küreselleşmesi çalışma koşullarında köklü değişimlere neden olmaktadır. Bu kapsamda meslek hastalıkları konusu çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisi penceresinden ve sosyal politik bağlamdaki yerine de değinerek ele alınmaya çalışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Meslek hastalıkları, çalışma yaşamı, iş sağlığı.

CONTRIBUTION TO THE DISCUSSION OF OCCUPATIONAL DISEASES IN TURKEY

ABSTRACT

The fact that the diagnosis of occupational diseases in Turkey is much lower than expected is a matter of considerable debate. However, it is important to discuss what can or needs to be done after the diagnosis of occupational diseases. We think it would be useful to discuss the subject of occupational diseases from a broader perspective. The increasing globalization of free market conditions in the last few decades has caused radical changes in working conditions. In this context, the subject of occupational diseases will be discussed from the perspective of working life and health relationship and its place in the social political context.

Keywords: Occupational Diseases, Working Life, Occupational Health.

GİRİŞ

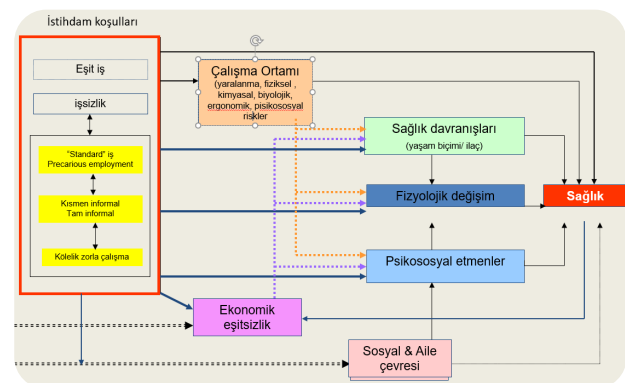
Türkiye'de meslek hastalıklarına ilişkin tartışmalar çok uzun süredir devam etmekte ve sınırlı bir çerçeveye hapsolmuş bir görünüm sunmaktadır. Tartışmaların odak noktasını hemen daima Türkiye'deki meslek hastalığı tanısı almış çalışan sayısının beklenenin çok altında olması oluşturmaktadır. Meslek hastalıklarının eksik tanıları kadar, bu hastalıklara konulan tanı sonrası yapılanlar ya da yapılması gerekenler de önemlidir. Meslek hastalıklarını bu özeliği ile bulaşıcı hastalıklara benzetmek yanlış olmaz. Tanı sonrası bireye yönelik tedavi ve rehabilitasyon planlaması yapılırken, aynı işyerinde çalışan diğer çalışanlara, kimi zaman da aynı iş kolundaki çalışanların korunmasına yönelik planlama yapılmalıdır. Bu nedenle meslek hastalıkları tartışmasının işçi sağlığı ve güvenliği sistemi içinde değerlendirilmesinin yararlı olacağını düşünüyoruz.

Bu yazıda işçi sağlığı ve güvenliği sisteminin genel kapsamı ve meslek hastalıklarının bu sistem içindeki yeri ele alınmaya çalışılacaktır.

ÇALIŞMA YAŞAMI VE SAĞLIK İLİŞKİSİ

İş sağlığı alanının, diğer sağlık alanları gibi sosyal ve politik yönlerinin olduğunu vurgulamak gerekir. Ancak diğer sağlık olaylarından farklı olarak iş sağlığında politik ve ekonomik etkenler olumlu ya da olumsuz sonuçların gözlenmesinde dolaysız ve başat rol oynar. Bu özeliği ile

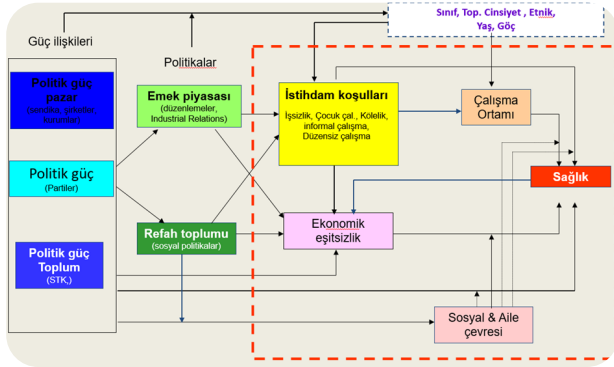
iş sağlığı multidisipliner ve multisektörel olarak isimlendirilir. İş sağlığı ve daha geniş kapsamı ile çalışma yaşamının sağlıkla ilişkisinin kurulmasında karmaşık, çok boyutlu bir yapı olduğunu tahmin edebiliriz. Bu nedenle açıklayıcı modeller gerek bu çok boyutlu yapının anlaşılmasında gerekse işlevsellik açısından önemlidir. Şekil 1'de çalışma yaşamının sağlıkla ilişkisi çok boyutlu bir yapıda gösterilmiştir (Benach, Muntaner, & Santana, 2007).



Şekil 1. Mikro düzeyde çalışma yaşamı sağlık çerçevesi (Benach, Muntaner, & Santana, 2007) (ilgili kaynaktan yeniden düzenlenmiştir).

Bu kuramsal yapı iki düzeyde ele alınabilir. Mikro düzeyde çalışanların işyerlerinde, çalışma ortamında kar-

şılaştıkları ve sağlığı etkileme potansiyeli olan tehlike ve riskler tanımlanmaktadır. Bunlar fiziksel, kimsayal, biyolojik, ergonomik, psikososyal tehlikeler ve kazalar olarak sınıflandırılabilir. Günümüzde birçok iş sağlığı uygulamasında bu temel risklerin kontrol altına alınmasına odaklanılmış ve bu amaca yönelik programlar oluşturulmuştur. İşyerinde yapılan risk değerlendirmeleri, işe giriş ve periyodik sağlık gözetimleri bu bakış açısına göre planlanmaktadır. Mikro ya da işyeri düzeyinde karşılaşılan bu tehlike ve riskler çalışma ortamı faktörleridir.



Şekil 2. Makro düzeyde çalışma yaşamı sağlık çerçevesi (Benach, Muntaner, & Santana, 2007) (İlgili kaynaktan yeniden düzenlenmiştir).

Çalışma ortamında karşılaşılan tehlikelerin kontrolü önemlidir. Ancak bu kontrol yöntemleri çoğunlukla yeterli değildir. Çalışma ortamında karşılaşılan etkenleri belirleyen, değiştiren istihdam koşulları vardır. Bu koşullar makro düzeyde çalışma yaşamının belirleyicileri olarak isimlendirilebilir (Şekil 2). Bu riskler istihdam biçimlerine göre ve büyük oranda ele alınan ülkedeki politikalarla belirlenir. Eşit iş olanaklarının sağlanması, işsizlik oranları, eksik istihdam, belirli süreli sözleşmeli çalışma, eğreti (precarious) istihdam biçimleri, bağlı (bonded) çalışma, zorla çalışma ve kölelik gibi çok çeşitli istihdam biçimleri, çalışma yaşamına ilişkin çıkartılan yasa ve yönetmelikler aracılığı ile belirlenir. Her bir istihdam biçiminin karşılaştıkları riskler ve bu risklerin sonucunda ortaya çıkabilecek hastalık ya da yaralanmalar farklılaşabilir. Hastalık ve yaralanma sonucunda oluşan zararda büyük farklılıklar olabilir. Daha açık bir ifade ile çalışma ortamında fiziksel bir etkenin taşeron şirkette ya da kayıt dışı konumda olan bir çalışanı etkileme potansiyeli kadrolu ve standart bir işi olan çalışandan daha yüksek olabilir. Bu farklı çalışan gruplarının sağlık hizmetlerine ve spesifik olarak da sağlık ve güvenlik hizmetlerine ulaşmaları, koruyucu politikalardan yararlanmaları farklılaşır. İlerletecek olursak etkilenme sonrası oluşan hastalık ve yaralanmalardan sonra farklı uygulamalarla karşılaşabilirler.

Daha geniş bir çerçevede ele alınacak olursa istihdam koşulları politik güç ilişkileri; parti ve tarafların (işçi ve işveren tarafları) örgütlülük düzeyleri ile belirlenir. Bütün bu yapıya ek olarak Şekil 2’de gösterilen toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet, göç, etnisite ve yaş çizilen çerçevenin her kesitinde etkili olan ve sağlık çıktılarının

belirlenmesinde katkısı olan belirleyiciler olarak değerlendirilir. Buna göre örneğin kadın, emekçi, göç etmiş, etnik kökeni ele alınan ülkenin başat etnik kökeninden farklı ve yaşı ileri ya da daha genç olan bir kişi, politikaların belirlenmesinde, refah toplumunun sunduğu olanaklardan ve uygun istihdam biçimlerinden daha düşük oranda yararlanabilmekte ya da güvencesi olmadan çalışmak zorunda kalmaktadır. Böylece toplum büyük oranda ince tabakalara ayrılmış bir şekilde eşit olmayan koşullarda çalışma yaşamına katılabilir.

Bu genel çerçeve içinde meslek hastalıklarının tıbbi özellikleri kadar, politik, ekonomik ve sosyal yönlerinin ele alınması farklı düzeylerde girişim olanağı sağlar. Bu çerçevede meslek hastalıklarına ilişkin tanı yöntemlerindeki farklı yaklaşımlar, bildirim sistemi değerlendirilecektir.

MESLEK HASTALIĞI TANIMI, BİLDİRİM SÜREÇLERİ

Meslek hastalıkları en geniş olarak işyerinden kaynaklı bir etkene maruz kalıma özgü bir neden-sonuç ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (ILO, 2009). Türkiye’de ise meslek hastalıkları iki yasal düzenlemede tanımlanmıştır. Meslek hastalıkları 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda kısa vadeli sigorta kapsamında değerlendirilmektedir. Bu kanuna göre meslek hastalığı “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir”. Aynı Kanun’da meslek hastalıklarının “a) Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları tarafından usûlüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi, b) Kurumca gerekli görüldüğü hallerde, işyerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbî sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi” ile konulacağı belirtilmiştir (mevzuat.gov.tr, 2022). Diğer taraftan 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda meslek hastalığı; “Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık” olarak tanımlanmıştır. Aynı Kanunun meslek hastalığı bildirimleri ile ilgili maddesinde “İşyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları; meslek hastalığı ön tanısı koydukları vakaları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk etmesi” ve “yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları en geç on gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmesi” gerektiği belirtilmiştir (mevzuat.gov.tr, 2022).

Bu iki yasal düzenlemede meslek hastalıklarının tanımlarındaki farklılıklar önemlidir ve tanı ve bildirim süreçlerinde, istatistiklerin değerlendirilmesinde bu farklılığın dikkate alınması gerekir. Öncelikle 5510 sayılı Kanunda yapılan tanım “meslek hastalığı”nı tanımlamamaktadır. Her ne kadar başlığı meslek hastalığı olsa da bilimsel ve evrensel olarak kabul edilmiş meslek hastalığı tanımından oldukça farklıdır. Biraz açmak ge-

rekirse, bu tanımda meslek hastalığının “tekrarlayıcı bir sebep”le ortaya çıkması ve bir “engellilik” oluşturmaya gerektiği öngörülmektedir. Bu anlamda, düzenleme meslek hastalıklarını değil, engellilik oluşturan meslek hastalıklarını tanımlamaktadır. Akut gelişebilecek hastalıkları (örneğin kalp krizi, COVID-19 enfeksiyonu, akut gelişebilecek bazı kas-iskelet sistemi hastalıkları, vb.) kapsamamaktadır. İkinci özeliği ise belirli bir oranda engellilik oluşturmeyen hastalıklar ve maruz kalım sonucu oluşabilecek fizyolojik değişiklikler de kapsam dışında kalmaktadır. Oysa engellilik oluşturmeyen ya da çalışmaya engel olmayan çok sayıda hastalık ve meslek hastalığı vardır.

Bu özellikleri ile Türkiye’de meslek hastalıkları tanı ve bildirim sisteminin sigorta ve tazminat süreçlerinin bir parçası olarak planlandığı söylenebilir. Daha açık bir ifade ile meslek hastalıkları ancak sigortalının çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranlarının tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarına dayanmaktadır. Oysa bildirim sisteminin temel amacının meslek hastalıklarının önlenmesine odaklanması daha doğru bir stratejidir. Meslek hastalığı, çalışana konulan tanının ötesinde ilgili işyerine de konulan bir tanı olarak değerlendirilmelidir. Bu bakış açısı tanı konulan çalışanın tedavisi ve rehabilitasyonunun yanı sıra aynı işyerinde benzer işleri yapan diğer çalışanların korunması için planlama yapılmasını gerektirir. Uluslararası Çalışma Örgütü 121 Sayılı Sözleşmesinde ve 194 Sayılı Tavsiye Kararında meslek hastalıklarına ilişkin bir liste oluşturmaya önermekte ve bu listenin amacının koruma, kayıt, bildirim ve eğer uygulanabilirse tazminat olması gerektiğini vurgulamaktadır (ILO, 2010). Türkiye’de de bir meslek hastalıkları listesi oluşturulmuştur ancak bu liste koruma, kayıt ve bildirim öncelikli değildir. Türkiye’de bildirim sistemi büyük oranda tedavi ve sigortacılık çerçevesine sıkışmış bir görünüm sunmaktadır. Bu nedenle SGK istatistiklerinde bildirim yapılan hastalıkların bütün meslek hastalıklarını değil, tazminata esas olan ya da tazminat gerektiren meslek hastalıkları ile sınırlı bilgi verdiğinin vurgulanması gerekir. Bu nedenle Türkiye’de koruma politikalarını geliştirmeye yönelik meslek hastalığı bildirim sisteminin olmadığını söylemek doğru olacaktır.

MESLEK HASTALIKLARINDA TANI SÜREÇLERİ

Meslek hastalığı tanı ve bildirim süreçlerindeki önemli bir özellik de meslek hastalıklarının tanısını koymaya yetkili kurumlarla ilişkilidir. Türkiye’de meslek hastalığı tanısı Sağlık Bakanlığı’nca yetkilendirilmiş hastanelerde konulmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastaneleri ve kamu üniversite hastaneleri yetki alabilmektedir. Diğer taraftan Sağlık Bakanlığı’nın inisiyatifi ile 2013 yılında Halk Sağlığı, İç Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalları’nın ortaklaşa oluşturduğu protokole dayalı olarak iş ve meslek hastalıkları yandal eğitimi programları oluşturulmuştur. Halen bu programlardan mezun olan ve ataması yapılan 31 iş ve meslek hastalıkları uzmanı vardır. Bu uzman hekim-

lerin atandığı 25 kadar kurum meslek hastalığı tanısı koyma yetkisine sahiptir.

Bu kapsamda değerlendirildiğinde çalışana ve işyerine en yakın konumda olan, birinci basamak hizmetlerin sunulduğu işyeri hekimliğine tanı süreçlerinde edilgen bir rol tanımlanmıştır. Türkiye’de işyeri hekimliği için kısa süreli (220 saat) bir eğitim programını tamamlayan hekimler ÖSYM’nin düzenlediği merkezi bir sınava girerek işyeri hekimliği sertifikası almaya hak kazanmaktadır. Bu şekilde sertifika sahibi olan hekimler işyerinde kurulan işyeri sağlık güvenlik birimlerinde ya da ortak sağlık güvenlik birimlerinde işyeri hekimliği yapabilmektedir. Bu özeliği ile Türkiye’de işyeri hekimliği ve iş güvenliği hizmetleri büyük oranda dış kaynaklardan (outsourcing) sağlanmaktadır. Literatürde farklı iş sağlığı hizmet modelleri vardır (Rantanen, 2005). Bunlar özel iş sağlığı hizmetleri modeli, kamu iş sağlığı hizmetleri modeli, işyeri sağlık güvenlik birimi modeli ve ortak sağlık güvenlik hizmet modeli ve bunların farklı bileşimlerinden oluşan hizmet sunum modelleri olarak özetlenebilir. Türkiye’de baskın olarak ortak sağlık birimleri ve işyeri sağlık güvenlik birimlerinden iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri sunulmaktadır. İş sağlığı yazınında öngörülen ve kapasitesi yetersiz olan küçük ve orta büyüklükteki işletmelerin bir araya gelerek (ortaklaşarak) kuracakları sağlık ve güvenlik birimleri ortak sağlık güvenlik birimi olarak isimlendirilmektedir. Ancak Türkiye’de kurulan ve isimlendirmesi ortak sağlık güvenlik birimi olan işletmeler özel iş sağlığı hizmet modeline uygundur. Bu anlamda benzer işlerin yapıldığı işyerlerinin ortak kuracakları birimlerden farklı olarak işyeri dışında kurulmuş ve işyeri hekimliği ve iş güvenliği hizmetlerinin taşeronlaşmasına yol açmıştır. Bu taşeronlaşmanın bir sonucu olarak işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının daha güvencesiz şartlarda çalışmasına ve aynı anda çok sayıda işyerine hizmet sunmak zorunda kalmalarına yol açmaktadır. Meslek hastalıkları tanı ve bildirimleri açısından değerlendirildiğinde işyeri hekimlerinin güvencesiz çalışmaları ve işletme dışından hizmet vermeleri önemlidir. İşyeri hekimleri bu konuları ile koruyucu iş sağlığı hizmetlerinden çok poliklinik hizmetlerine yönelmekte ve hastalıkların yönetimini de çoğunlukla meslek hastalıkları bağlamında değil, hastalık bağlamında değerlendirme eğiliminde olmaktadır. Bu durum meslek hastalıklarının bireysel bir sorun haline gelmesine yol açmakta ve diğer çalışanlara yönelik önlemlerin alınmasına engel olmaktadır.

Meslek hastalıklarının tanı ve bildirimleri ile ilgili bu değerlendirmenin ardından tıbbi olarak meslek hastalığı tanı sürecini kısaca incelemek gerekir. Meslek hastalıkları yukarıdaki tanımda da belirtildiği gibi işyeri ortamından kaynaklanan risklere maruz kalma ile oluşan hastalıkları tanımlar. Patofizyolojik olarak meslek ya da meslek dışı oluşan hastalıkların büyük oranda farkı yoktur. Farklılık hastalığın nedensel bağlantısından kaynaklanmaktadır. Açmak gerekirse mesleki kan-

serlerin, mesleksel olmayan kanserlerle klinik belirti ve bulguları benzerdir. Bu anlamda mesleksel hastalık tanımının konulmasında meslek anemnezi, işyeri ortamında karşılaşılan tehlike ve risklerin ayrıntılı değerlendirilmesinin kritik önemi vardır. Kimi meslek hastalıkları için neden sonuç ilişkisinin kurulması daha kolaydır. Asbestos maruz kalımı sonucu mezotelyoma olması; izosiyanat maruz kalımı sonucu astım gelişmesi, kurşun intoksikasyonu vb. çok sayıda meslek hastalığında neden sonuç ilişkisi kurulması daha kolay ve belirgindir. Ancak mental hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, kas iskelet sistemi hastalıkları gibi toplumda da sık görülen ve çok faktörlü hastalıklarda neden sonuç ilişkisinin kurulmasında zorluklar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle farklı tanı algoritmaları, yaklaşımlar düşünülmüştür. Neden sonuç ilişkisinin birebir gösterilebildiği hastalıklarda “zorunlu nedensel ilişki” tanımlanabilirken çok faktörlü hastalıklarda “önemli” etken ya da “başat” etken yaklaşımları ile hastalığın mesleksel yönü değerlendirilmektedir (ILO, 2011). Başat etken (predominant) yaklaşımına göre bir hastalığın oluşmasında birden fazla etken rol oynuyorsa bunlardan mesleksel faktörler %50 ve üzerinde ise hastalık mesleksel kabul edilebilir. Önemli (significant) etken yaklaşımında ise hastalığın ortaya çıkmasında mesleksel etkenlerin önemli düzeyde rol oynaması yeterli olacaktır. Türkiye’de meslek hastalıklarının bildiriminin yapıldığı sigorta ve denetim sistemleri büyük oranda zorunlu nedensellik ilişkisinin gösterilmesine dayanmaktadır. Bu nedenle çok faktörlü hastalıkların mesleksel bağlantısının kurulmasında zorluklar ortaya çıkmaktadır.

Meslek hastalıklarının yanı sıra alanda kullanılan diğer bir tanımlama da işle ilişkili hastalık kavramıdır. Türkiye’de yasal tanımlamalar içinde yer almayan bu tanıma göre hastalığın nedeni mesleksel olmamakla birlikte yapılan iş hastalığın ilerlemesi-kötüleşmesi-şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Tipik bir örnek olarak astım hastalığı olan bir çalışanın işyeri ortamında karşılaştığı bir etkene bağlı olarak astım krizi geçirmesi, tedaviye yanıt alınamaması ya da hastalığın ilerlemesi verilebilir. Özetle iş ile ilişkili hastalıklarda iş hastalığının ana sebebi olmamakla birlikte, hastalığın seyrini değiştiren, şiddetlendiren nedenler çalışma yaşamından kaynaklanmaktadır.

Yukarıdaki paragraflarda özetlenmeye çalışılan meslek hastalıklarının tanı, bildirim ve değerlendirme yöntemlerinden sonra Türkiye’de sigorta kurumunca meslek hastalığı tanısı ile bildirim yapılan işçi sayılarına göz atmak yararlı olabilir. Bu sayıların meslek hastalıkları olmadığı, tazminat hakkı verilen hastalıklarla sınırlı olduğu ve bu kapsamda değerlendirme yapmak gerektiği daha önce belirtilmişti. Buna göre 2020 yılında 908 (724 erkek, 184 kadın), 2019 yılında 1088 (997 erkek, 91 kadın), 2018 yılında 1044 (966 erkek, 78 kadın), 2017 yılında 691 (638 erkek ve 53 kadın) 2016 yılında 195 (184 erkek, 11 kadın) 5510 Sayılı yasa kapsamında meslek hastalığı bildirimi yapılmıştır. Bu hastalık tanı-

larını alan çalışanlar öncelikle aşağıdaki ön koşulları sağlamıştır (SGK, t.y.).

- 1.Hastalıkla çalışma arasında zorunlu nedensellik bağının olması
- 2.Kişinin Sosyal Sigortalar Kanununca sigortalı sayılması
- 3.Hastalığının meslek hastalıkları listesinde bulunması
- 4.Hastalığın yükümlülük süresi içinde ortaya çıkması
- 5.Sigortalının etkenle karşılaşma süresinin uygun olması
- 6.Meslek hastalığı raporu düzenlemeye yetkili hastaneler tarafından usulüne uygun düzenlenmiş sağlık kurulu raporu
- 7.Meslekte kazanma gücünün en az %10 oranında azalmış olması

Burada verilen sayılar meslekle ilişkili hastalıkların oldukça küçük bir bölümünü kapsamaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı resmi tahminlerine göre meslek hastalıklarının yılda binde 4 kadar beklendiği bildirilmektedir (ÇSGB, 2015). Buna göre Türkiye’de 40 bin ile 120 bin arası meslek hastası beklenmektedir. Sigortaya bildirilen ancak yukarıda özetlenen kriterleri karşılamadığı için meslek hastalığı olarak istatistiklere girmeyen hastalıklarla ilgili veri bulunmamaktadır.

Bu verinin kısıtlılığına rağmen yorum yapmak gerekirse son 5 yılda tazmin edilen meslek hastalıklarında artma eğilimi olduğu söylenebilir. Ancak hangi hastalık gruplarının öncelikli olduğu ve bu hastalıklara yönelik risklerin önlenmesine yönelik çıkarımlarda bulunmak ise bu veri ile doğru değildir. Bu nedenle sigorta bildirimleri üzerinden stratejilerin planlanması da uygun değildir. Sorulması gereken soru bu planlamanın neden yapılmadığı ve gerekli politikaların oluşmasındaki engellerin neler olduğudur.

Bu sorunun yanıtı birinci bölümde ele alınan çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisinde makro düzeyde değerlendirmesinde aranmalıdır (Şekil 2). Emek piyasası ve sosyal politikaları şekillendiren güç ilişkileri içinde, özellikle sendika ve politik partilerin iş sağlığı alanındaki politikaları belirleyicidir. Türkiye açısından değerlendirme yapmak gerekirse sendikalaşabilen işçilerin oranı %12 kadardır ve bu işçilerin yalnızca %7,8’i toplu iş sözleşmesinden yararlanmaktadır (DİSK-AR, 2020). Bu nedenle önemli bir güç olma potansiyeli olan sendikaların Türkiye’de etkin bir politika geliştirmesi beklenmez. Diğer taraftan partilerin politika belgelerinin ve stratejilerinin incelenmesi de önemlidir. Bildiğimiz kadar meslek hastalıklarının nasıl ele alınması gerektiği ile ilgili parlamentodaki ya da parlamento dışındaki partilerin bir politik belgeleri ya da stratejileri yoktur.

SONUÇ

Son birkaç dekkatta artan oranda serbest piyasa koşullarının küreselleşmesi ve artan uluslararası rekabet çalışma biçimlerinde ve işin organizasyonunda köklü değişimlere neden olmaktadır. Bu dinamikler bir taraftan geçici, kısa süreli çalışma sözleşmelerini artırmakta diğer taraftan işveren-işçi ilişkilerinin işveren lehine evrilmesine neden olmaktadır. Standart ve uzun süreli işlerin yerini geçici standart dışı-projelere bağlı, kısa süreli işler almakta; bireyler süre, ücret, üretim alanlarının esnekleşmesi koşullarına maruz kalmaktadır. Bu değişikliklerin kurumlara ve bireylere önemli etkileri olmaktadır (Sennett, 1998). Emek piyasasındaki bu değişime demografik (göç, kadın istihdamında artış, yaşlanan nüfus) ve küresel kapitalizmin ekonomik krizlerinin etkisinin de eklenmesi ile çalışanlar üzerindeki baskı ve kontrol mekanizmaları yoğunlaşmaktadır. Genel olarak işçi sağlığı ve güvenliğinin ve özel olarak meslek hastalıklarının bu değişiklikler ve krizden ayrı olarak ele alınması ve çözümlenmesi olanaklı değildir. Daha geniş bir çerçevede söylemek gerekirse meslek hastalığı sorununun köklü bir şekilde sistem içinde çözümü olanaklı değildir. Ancak sosyal politikanın bir parçası olarak ele alınması ile iyileştirme programları geliştirilmesi olanaklıdır. Bu amaçla meslek hastalıklarının kişilere olduğu kadar işyerlerine konulan bir tanı olduğu ve bu nedenle meslek hastalığı tanı ve bildirim sisteminin koruma planlarını da kapsamı gerektiği vurgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Benach, J., Muntaner, C., Santana, V. (2007). Employment Conditions Network, Final Report to the WHO. Erişim tarihi: 25.02.2022 https://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf
- ÇSGB (2015). Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi - III ve Eylem Planı 2014-2018. Erişim tarihi: 25.02.2022 https://www.csgeb.gov.tr/medias/3905/politika_belgesi_tr_2014_2018.pdf
- DISK-AR (2020). Türkiye'de Sendikalaşmanın Durumu Araştırması. Türkiye Devrimci İş Sendikaları Konfederasyonu Araştırma Merkezi. Erişim tarihi: 25.02.2022 <http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/Covid-19-G%C3%BCnlerinde-Sendikala%C5%9Fma-Ara%C5%9Ft%C4%B1rmas%C4%B1-Nisan-2020.pdf>
- ILO (2009). Identification and recognition of occupational diseases. ILO. Erişim tarihi: 25.02.2022 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/meetingdocument/wcms_116820.pdf
- ILO (2010). ILO list of occupational diseases. Erişim tarihi: 25.02.2022 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125137.pdf
- ILO (2011). Work-related Diseases and Occupational Diseases. The ILO International List: ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. Erişim tarihi: 25.02.2022 <https://www.iloencyclopaedia.org/part-iii-48230/topics-in-workers-compensation-systems/item/355-work-related-diseases-and-occupational-diseases-the-ilo-international-list>
- mevzuat.gov.tr. (2022, 2 24). Erişim tarihi 25.02.2022 <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf>
- Rantanen, J. (2005). Basic occupational health services—their structure, content and objectives. SJWEH, 5-15.
- Sennett, R. (1998). Karakter Aşınması: Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- SGK (t.y.). SGK İstatistik yıllıkları. Erişim tarihi: 25.02.2022 <http://www.sgk.gov>