

MESLEK HASTALIKLARI HASTANELERİNE İŞLERLİK KAZANDIRILMASI KONUSUNDA GENEL GÖRÜŞLER

Dr. İbrahim AKKURT*

Amaç: Dünyada giderek büyük bir sosyal, hukuki ve sağlık problemi haline gelen ve yoğun bir şekilde çözüm önerilerinin uygulandığı meslek hastalıkları konusunda ülkemizdeki durumu ortaya koymak, dünyadaki uygulamalarla karşılaştırmak ve çözüm önerilerini tartışmak amacıyla bu yazı hazırlanmıştır.

Tarihçe: Dünyada meslek hastalıkları kavramı son yıllarda bir çok ülkede büyük değişikliklere uğramıştır. Bunun nedeni 1980'li yıllara kadar meslek hastalıkları denilince halen ülkemizde de olduğu gibi tazmin problemlerinin ön planda olması bununda meslek hastalıkları hastanelerini bir tabu haline getirmesidir. Örneğin ABD'de 1982 yılı içinde 6 milyon kişiye değişik nedenlerle, değişik derecelerde maluliyet verildiği ve bunun sonucu hastane ve mahkeme masrafları hariç bu kişilere yaklaşık 30 milyar dolar (yaklaşık 1 katrilyonun üzerinde) ödeme yapıldığı tıbbi referans kitaplara dahi geçmiş bir gerçektir (1). Bu nedenle batı dünyasında giderek kamu ve özel sigortalılarla, hukukçular arasında büyük bir iş kolu haline gelen tazmin problemlerine ışık tutmak için; başta Dünya Sağlık Örgütü (WHO) olmak üzere bir çok ülkenin yasal tıbbi organizasyonları maluliyet kavramı ile meslek hastalıkları kavramına açıklık getirmişlerdir (1-4).

Bu görüşlere göre öncelikle hastalık saptanmakta; sonra bu hastalığın vücutta yol açtığı fonksiyonel kayıp belirlenmekte ve daha sonrada bu hastalığa neden olabilecek mesleki, çevresel ve kişisel faktörler araştırılmaktadır. Bu işlemlerin hepsi de iş ve işçi sağlığıyla ilgili birimlerin ortak çalışmasıyla gerçekleşmektedir. Mesleki olsun veya olmasın saptanan fonksiyonel kaybın kısmi veya tam maluliyete yol açıp açmadığı bu fonksiyonel kaybın derecesine göre hafif-orta-ileri-ağır diye 3 veya 4 kademeli olarak sınıflandırılmaktadır (5). Bu nedenle bu ülkelerde artık meslek hastalığı kavramıyla, maluliyet kavramı birbirinden ayrılmıştır. Bu ise meslek hastalıkları hastaneleri başta olmak üzere işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili birimlerin organize çalışmalarına, meslek hastalıklarına erkenden tanı konulmasına ve en önemlisi meslek hastalıklarının önlenmesi için çalışılmasına sebep olmuştur.

Çünkü günümüz koşullarında insan sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli etkileri bilinmeyen yüzlerce kimyasal madde her gün kullanıma girmektedir. Bu nedenle mesleki patolojileri araştırmak, erkenden ortaya koymak insan sağlığını koruyacağı gibi tazmin problemlerini de azaltacaktır diye düşünen batı ülkeleri, kendi meslek hastanelerinin çalışmalarını teşvik etmektedirler (2).

Cenevre'de 1919 yılında kurulan Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) başta işçiler olmak üzere çalışanların iş ortamlarının sağlığına uygunluğunu, çalışma koşullarına bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık problemleri ile ilgili sorunları ve koruyucu önlemleri içeren bir takım rehberler hazırlayarak uluslararası bir referans kuruluş görevi yapmaktadır (6).

Ülkemizde sosyal sigorta uygulamaları ilk olarak 1946 yılında iş kazaları, meslek hastalıkları ve analık sigortaları ile başlamıştır. Bunu 1950 yılında ihtiyarlık, 1951 yılında hastalık sigortası takip etmiştir. Bu dağınık mevzuat 1965 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı sosyal sigortalar kanunu ile birleştirilerek bir bütün haline getirilmiştir. Ayrıca 1969 yılında Çalışma Bakanlığı'na bağlı olarak İşçi Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (İSGÜM) kurulmuştur. Bu gelişmelerin doğrultusunda, ülkemizde ilk defa 1972 yılında "Meslek Hastalığı" ve "İş Kazası"nın yasal tanımı yapılmış, bir tüzük halinde Resmi Gazete'de yayınlanmıştır (7, 8).

Daha sonra bu tüzükteki cetvellerin uygulamaya geçirebilmesi için 1977 yılında, İstanbul ve Ankara'da SSK'na bağlı olarak birer Meslek Hastalıkları Hastanesi açılmıştır. Bu hastanelerin çalışma esaslarını belirleyen yönergede, bu ünitelerin iş yeri hekimliği, işçi sağlığı ve güvenliği merkezi, iş teftiş kurumları, yerli ve yabancı üniversiteler ve profesyonel organizasyonlarla yakın iş birliği halinde çalışması esas alınmıştır. Bu hastanelere, işçi sağlığı ve güvenliğini çağdaş boyutlarda tutmak için geniş yetki ve sorumluluklar verilmiştir (9).

Meslek Hastalığı Nedir?

SSK sağlık işlemleri tüzüğünde meslek hastalığı şöyle tarif edilmektedir: İşçinin çalıştırıldığı işin niteliğine göre, tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları

* SSK Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Uzmanı

yüzünden uğradığı, geçici veya sürekli hastalık, sakatlık ve ruhi arıza halleri meslek hastalığıdır (8). Bu tanım irdelenmesi ve tartışılması gereken bir tanımdır. Çünkü bu tanım matematiksel bir işlemdeki sebep ve sonuç ilişkisini belirtmektedir. Bu tanıma göre $2 \times 2 = 4$ kuralı biyolojik bir varlık olan insanda da geçerlidir. Oysa basit hastalıklarda bile insanda matematiksel kurallar geçerli değildir. Örneğin basit bir soğuk algınlığı hastalığında, hastalığı ortaya çıkarıcı tek bir etken söz konusu değildir. Bunun ortaya çıkması için kişinin vücut direnci, soğukta kaldığı koşulların şekli ve süresi, kişinin boğaz florasında o an hastalık yapabilecek yetenekte olan mikroorganizmaların tipi ve gücü vb. bir çok faktörün bir araya gelmesiyle o kişi o basit soğuk algınlığı hastalığına yakalanır. Bu nedenlerdir ki öyle bir ortamda bulunan bir çok kişiden ancak bir kaç hastalanırlar.

Durum basit bir soğuk hastalığında bile böyle iken, meslek hastalığı gibi çok daha fazla faktörün bir arada bulunması gereken durumlarda meslek hastalığını yukarıda bahsedildiği gibi yasal bir tüzüğün tanımlamasına sıkıştırmak ne denli doğrudur? Tüzükteki tanımda dikkati çeken ikinci nokta ise meslek hastalığının sadece ve sadece bir arıza ile ortaya çıkabileceğinin belirtilmesidir. Oysa herhangi bir kalıcı veya geçici bir arıza olmadan da herhangi bir hastalık ortaya çıkabileceği gibi meslek hastalığı da ortaya çıkabilir. Bunun için bir çok ülkede saf meslek hastalığı tanımı yavaş yavaş ortadan kalkmakta ve bunun yerine öncelikle hastalık (veya durum, patoloji) belirlenmektedir. Daha sonra bu hastalığın oluşumunda kişisel, çevresel ve mesleki faktörlerin rolü araştırılmaktadır. Bu faktörlerin rolünün saptanan hastalıkla ilgisi ve/veya katkısı için batı tıbbında attribution ve apportionment terimleri gündeme gelmiştir. Bu terimlerden birincisi saptanan bir patolojiye değişik faktörlerin etkisini belirlemekte; ikincisi ise saptanan birden fazla patolojinin hangisinin kişiyi malul hale getirdiğinin tahminine yönelik görüşleri bildirmektedir (3).

Pnömokonyoz akciğerin toz hastalığıdır ve ülkemizde olduğu gibi madencilik, taş ocağı, dökümcülük vb. silika içeriği fazla tozlu işlerin olduğu ülkelerde de sık görülmektedir. Bir çok ülkede bu hastalığın bu iş kollarında çalışan işçilerde % 3-10 oranında görüldüğü bildirilmektedir (10). Bunun anlamı aynı koşullarda çalışan 100 kişiden 3-10'unda bu hastalık görülmektedir. Silika gibi fibrojen olduğu bilinen yoğun tozlu ortamlarda bile hastalığın böyle düşük insidansının nedeni yukarıda basit soğuk algınlığında bahsedilen faktörlerle hemen hemen aynıdır. Yani pnömokonyoz gibi meslek hastalığı olduğu kesin olan bir hastalıkta bile hastalığın ortaya çıkmasında bir çok faktör rol almaktadır. Bunun için tüzüğümüzdeki meslek hastalığı tanımının ne derece doğru olduğu tartışılmalıdır. Yani öncelikle hastalık belirlenmeli buna kişisel, çevresel ve mesleki faktörlerin etkisi incelenmelidir. Bunu yapabilmek için de meslek hastalıkları zincirinin işyeri hekiminden başlayarak yeniden gözden geçirilmesi, uzun vadeli ve riskli iş kollarındaki hastalık insidansını inceleyen geniş epidemiyolojik araştırmaların gün geçirmeden uygulamaya sokulması gerekmektedir.

Maluliyet Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Maluliyet (disabilty) tıbbi olarak ortaya konulabilecek bir hastalık nedeniyle kişinin günlük aktivitelerinin bir kısmını (kısmi maluliyet) veya tamamını (tam maluliyet) yerine getirememesi durumudur. Kısmi maluliyetin ülkemizdeki karşılığı tüzüğümüzde Meslekte kazanma gücü kayıp oranı olarak geçmektedir (3, 8). Oysa Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımından anladığımız; bir kişiye kısmi veya tam malul diyebilmek için öncelikle başvuran kişinin semptomatik (hastalıkla ilgili şikayetinin) olması gerekmektedir. Fakat tüzüğümüzde böyle bir tanımlama olmadığı için meslek hastalığı denildiği anda tüzükteki neye göre hazırlandığı bilinmeyen cetvellere bu hastalık uyarlanmakta ve ortaya genellikle orantısız bir rakam çıkmakta ve bu rakamın adı o kişinin meslekte kazanma gücü kayıp oranını (kısmi maluliyeti) belirlemiş olmaktadır. Bu belirleme tamamen çağdaş tıbbi görüşlere aykırıdır, dünyanın bir çok ülkesinde benzeri olmayan bir saptamadır. Dünyanın bir çok ülkesinde böyle bir değerlendirmeye varabilmek için hekime, konunun uzmanı hekime sigorta şirketi kişiyi göndermekte ve her türlü fonksiyonel incelemeleri yaptırmaktadır. Hekime gönderirken neyi istediğini açıkça belirtmekte ki bu soruların başlıcaları şunlardır: Bu kişide bir hastalık var mıdır? Hastalık varsa bu hastalığın ortaya çıkmasında mesleki faktörlerin etkisi nedir? Bu hastalık bu kişide ne kadarlık bir fonksiyonel kısıtlanma yapmıştır? Kişi bu kısıtlanma ile aynı işi yapabilir mi? Yapamazsa kişinin hangi işleri yapmaya gücü yeter? Bu kişinin hastalığının olası gelişimi nedir? Ne kadar sürede kontrolü gerekir? (2, 3, 11-13).

Ülkemizde ise mevcut tüzüğümüze göre bir kişiye hastalık tanısı konulmuşsa ve bu hastalık meslekidir de denilmişse tüzüğe uyarlandığında o kişi genellikle orantısız bir rakamla (örneğin % 10.2) kısmi malul sayılmaktadır. Oysa bu kişinin yukarıda Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında da belirtildiği gibi herhangi bir semptomu yoktur ki kısmi veya tam maluliyet gündeme gelsin. Dünyadaki uygulamalarda ise kişide meslek hastalığı saptanmışsa ve maluliyeti gerektirecek herhangi bir durumu yoksa; hastalığın ortaya çıkmasında mesleki faktörlerin etkisi kesirse kişi hastalığı yapıcı o ortamdan uzaklaştırılmaktadır ki saptanan hastalık etkenine maruziyetin devamıyla ilerlemesin, kişiyi malul durumuna getirmesin (8, 10). Ülkemizde meslek hastalıklarında maluliyet tayininde durum böyle iken, mesleki olmayan hastalıklardaki maluliyet tayininde ise durum tam bunun tersidir. Yine tüzüğümüze göre kişide saptanan hastalık kişiyi çalışamaz hale getirmiş, hem semptomatik hem de fonksiyonel incelemelerde orta derecede bir kayıp varsa bile; bu hastalık mesleki değilse kişinin malul sayılabilmesi için cetvellerden hiç biri uygulanmamakta ve bu kişi herhangi bir maluliyet alamamaktadır; hatta iş değişikliği bile yapılamamaktadır (8).

Meslek Hastalıkları Hastanelerinin Bugünkü Durumları

Açıldıkları tarihten 1984 yılına kadar çok yoğun bir çalışma içinde olan bu hastaneler, bu tarihten sonra sade-

ce mesleki maluliyet veren kurumlar olarak görülmüşler ve işlevsiz hale gelmişlerdir. Bunun nedenlerini iki ana başlıkta toplamak mümkündür.

1. Meslek hastalıkları hastanelerinin primer görevi olarak mesleki maluliyet tayini olarak düşünülmüştür. Bu maluliyet değerlendirmeleri ise dünyanın terk etme döneminde olduğu maluliyet değerlendirme cetvellerinin o tarihlerde ülkemize uyarlanması ve maluliyet değerlendirmelerinin bu cetvellere göre yapılmasıdır. Oysa dünya o tarihlerde büyük bir tıbbi, hukuki ve sosyal sorun haline gelen bu cetvelleri değiştirme aşamasındaydı ve nitekim kısa sürede de değiştirmişlerdir. Halen ülkemizde kullandığımız bu cetvellere göre hastalık adı konulduğu andan itibaren hemen cetvellere uyarlanmakta ve çoğunlukla ondalıklı bir sayıyla "Meslekte kazanma gücü kayıp oranı"nın saptanması yoluna gidilmektedir. Oysa bu tanımlamanın tıbbi anlamı Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), bir çok ülkenin yasal profesyonel tıbbi organizasyonlarının (American Toraks Derneğinin, Amerikan Tıp Birliğinin Canada ve Avrupa Toraks ve Tıp Birliklerinin) ve ILO'nun hazırladığı rehberlerdeki karşılığı "Impairment" (bozukluk) bile değildir. Çünkü adından da anlaşıldığı gibi hastalıktır. Yani herhangi bir nedenle meslek hastalıkları hastanesine başvurmuş olan kişide bir meslek hastalığı saptanmıştır. bunu saptamak, didik didik aramak ise meslek hastalıkları hekiminin esas görevidir. Çünkü tıpta evrensel olan kural kanser başta olmak üzere erken tanı hastalıkların erkenden takibine ve gerekli önlemleri almaya yol açacaktır.

Olayı şu şekilde somutlaştırmak konunun daha iyi anlaşılmasına sebep olacaktır. Yurt dışında çalışmakta olan işçilerimizin dosyalarının son kararları sadece Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi'nce yapılmaktadır. Bu dosyaların herhangi birinin incelenmesi durumunda yukarıda ifade ettiğimiz tablo net olarak görülecektir. Örneğin Ahmet isimli vatandaşımız Türkiye'de ve Almanya'da yer altındaki madenlerde çalışmış olsun; bu işçimizin Almanya'daki dosyasında aynen şu ifadeyi görmemiz mümkündür: "Sigortalının Pnömonkozis meslek hastalığı vardır, derecesi 1980 ILO sınıflandırmasına göre q/q 2/2'dir. Ancak kişide yaptığımız fonksiyonel tetkikler sonucu herhangi bir maluliyetin söz konusu olmadığını bildiriyor; kişinin Türkiye'deki çalışmalarını gözönüne alarak tarafınızdan tüzüğüme uyarlanmasını istiyoruz" denilmektedir. Almanların ve bir çok batı ülkesinin kullanmadığı tüzüğüme yukarıda tanı konulmuş hastalığı uyarladığımızda 52 yaşında olan bu işçimizin % 23.2'lik bir meslekte kazanma gücü kayıp oranı yani % 23.2'lik bir kısmi maluliyeti olduğunu görüyoruz. Peki o zaman akla şu soru gelebilir biz Almanlardan daha geniş ve ayrıntılı olarak bir fonksiyonel değerlendirme mi yaptık ki bu maluliyet oranını saptadık? Hayır; çünkü biz hastayı dahi görmedik, hastanın filmi dahi görmedik. Ancak Türk-Alman Sosyal Güvenlik Anlaşması gereğince onların radyolojik tanımlarını tüzüğüme uyarladık. Hastayı görmemiz bir şeyi değiştirir miydi? Hayır, çünkü hasta Almanya'dan Türkiye'ye gelse ve Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesine yatsa büyük bir olasılıkla aynı hastalık tanısını

alacaktır (denenmiş olgularda bu durum görülmüştür), üstelik Almanların yaptığı ileri tetkiklerin bir çoğu da teknik yetersizliklerimiz nedeniyle yapılamayacak ve aynı hastalığın tüzüğüme uyarlanmasıyla aynı maluliyet oranı verilecektir. Peki o zaman burada problem nedir? Problem meslek hastalıkları hastanelerimizi maluliyet veren kurumlar haline getiren SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğüdür. Çünkü yukarıda bahsedilen örnekte olduğu gibi dünya tıbbıyla hastalığın adını koymada bir problemimiz yok, problemimiz tüzüğümüzün hastalık saptandığı andan itibaren biz meslek hastalıkları hastaneleri hekimlerini herhangi bir fonksiyonel incelemeye başvurmadan maluliyet değerlendirmek zorunda bırakmasıdır. Oysa dünya tıbbında hastalık saptandıktan sonra kişinin klinik ve fonksiyonel verilerinin hepsi değerlendirilip Impairment (bozukluk), Disability (yetersizlik) ve Handicap (sakatlık) olup olmadığı araştırılmaktadır. Burada impairment terimi Dünya Sağlık Örgütüne göre; saptanan bir hastalığın kişide o hastalıkla ilgili şikayet ve basit muayene bulguları ortaya çıkmadan önce vücuttaki organlar üzerinde herhangi bir fonksiyonel bozukluğun olup olmadığının araştırılmasıdır. Hafif ve orta derecede Impairment (bozukluk) saptanan kişilerin hiç biri ülkemiz hariç dünyanın hiç bir yerinde maluliyet almamaktadırlar (5, 13). Ancak olsa olsa bu kişilerde hastalığı yapan etkenin kişinin işiyle ilgili olduğu düşünülüyorsa mevcut hastalığın fonksiyonel bozukluk yapacak impairmentte yani kalıcı veya geçici; kısmi veya tam maluliyete (temporary veya permanent; partial veya total disability) sebep olmaması için iş değişikliği yapılabilir. Eğer kişide şikayetlerini ortaya çıkarıcı bir hastalık saptanmışsa veya kişi o şikayetleri nedeniyle çalışmadığını ifade ediyorsa o zaman direk olarak kişinin her türlü fonksiyonel tetkiki yapılmakta ve kişinin gücünün profili objektif olarak ortaya konulmaktadır. Oysa maalesef ülkemizde 1980 ILO klasifikasyonuna göre kişinin akciğer filminde şüpheli bir pnömokonyoz görünümü varsa tüzüğüme uyarınca hemen meslekte kazanma gücü kayıp oranının hesaplanması yoluna gidilmektedir. Ülkemizdeki bu tanımlamanın uluslararası tıpdaki adı kısmi maluliyettir ve herhangi bir fonksiyonel inceleme yapmadan kesinlikle bir filme bakarak karar verilemez. Çünkü bakılan filmin sınıflandırmasına uyarlandığı teşkilatta (ILO); yaptıkları sınıflandırmanın uluslararası ortak bir dil sağlamaya yönelik olduğunu; maluliyet incelemeleri için tek başına gözönüne alınamayacağını sınıflandırmanın bulunduğu kitapçığının başlangıç bölümünde ve bu teşkilatca düzenlenen kurslarda ısrarla ifade edilmektedir (6).

2. Meslek Hastalıkları Hastaneleri 1984 yılına kadar çalışma müfettişleri ile indirek olarak yakın işbirliği halinde çalışarak bir çok iş yerinin kapatılmasına sebep olmuşlar; bu tarihten itibaren iş kanununda yapılan bir değişiklikle bu yetki çalışma müfettişlerinin elinden alınmış ve aynı tarihte SSK Ankara Meslek Hastanesi de şehrin 15 km. dışına atılarak işlevsiz halde bırakılmıştır. Meslek hastalıkları hastanelerini işlevsiz bırakan bu uygulama doğru muydu? Bizce evet doğrudur. Çünkü o günkü koşullarda epidemiyolojik çalışmalara, ayrıntılı fonksiyonel incelemelere, ortam analizlerinin verilerine dayanmadan herhangi bir iş yerinden bir işçinin tesadüfen meslek hastalıkları

hastanesine gelmesi ile; o kişide meslek hastalığı tanısı konulması ve bu tanının objektif klinik veriler olmadan yukarıda bahsedilen tüzüğüme uyarlanmasıyla bir maluliyet kararına varılması yetmiyormuş gibi; o iş yerinin çalışma koşullarının işçinin sağlığına zararlı olduğunu beyan etmek ve o iş yerini kapatılmak dünyanın hiç bir yerinde görülmemeyen bir uygulama olsa gerektir. Oysa bunun yerine çalışma koşullarında bir takım aksaklıkların olduğu iş yerlerinde bu aksaklıkların düzeltilmesinin yolları gösterilerek, bu iş kollarının hem daha verimli çalışmaları sağlanır, hem bu işyerleri kapatılarak buralarda çalışan işçiler mağdur edilmez, hem de meslek hastalıkları hastaneleri işlevsiz hale getirilmezdi. Çünkü günümüzde dahi nice iş yerleri vardır ki; bunların çoğu 50 kişiden az işçi çalıştırmakta; hem de çoğu sigortasız olmak üzere bu işyerlerinde çalışan gencecik insanlar her türlü risk altında kalmakta ve erkenden yaşama veda etmektedirler.

Ülkemizde Meslek Hastalıkları İle İlgili Kurum ve Kuruluşlar

- SSK Meslek Hastalıkları Hastaneleri.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı İşçi Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (ISGÜM).
- Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu Başkanlığı.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Çalışma ve İş Teftiş Kurulu.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı ve buna bağlı Tozla Mücadele Kurulu ve Pnömonyoz Değerlendirme Kurulları.
- Üniversitelerimizin Halk Sağlığı, İşçi Sağlığı ve Toksikoloji Bölümleri.
- Çeşitli bilimsel derneklerimizin Meslek Hastalıkları Kolu (Örneğin Türk Toraks Derneği'nin Meslek Hastalıkları Kolu).

Bu kurum ve kuruluşların hepsi, belki de burada ismi zikredilmeyen daha nicelerinin amacı işçi sağlığını korumak ve kollamaktır. Ancak maalesef bunların bir çoğu arasında direk organik bir bağ bulunmamaktadır.

SSK'ya Bekleyen Meslek Hastalıkları Tehlikeleri

Günümüzde sanayide kullanılan yaklaşık 60 bin kimyasal madde olduğu, bunların ancak 10 bininin insan sağlığına zararlı olup olmadıklarının test edildiği, test edilenlerin bir çoğunun da zararlı olduğu, diğer 50 bininin ise zararlı olup olmadıklarının dahi bilinmediği tıp kitaplarına geçmiş bir bilgidir (2). Bu kimyasal maddelerin bir çoğu uzun vadede etkilerini göstermektedir. Bu nedenle dünyada pek yakın gelecekte meslek hastalıklarının patlama göstereceğine dair ciddi endişeler mevcuttur. Aynı endişelerin ülkemizde de olmaması için hiçbir neden yoktur. Denilebilir ki bunun SSK ile ilgisi nedir? Bu kimyasal maddelerin bir çoğu sigortalı veya sigortasız işçi çalıştıran büyük ve küçük iş kollarında kullanılmaktadır. Bu kimyasal maddelerin akciğer, böbrekler, kan ve dolaşım başta olmak üzere bir çok sistem üzerinde ciddi hasarları mevcuttur. SSK'nın ülke nüfusunun % 25-30'na baktığı ve halen 4 milyon küsur aktif sigortalı olduğu SSK'nın

1994 yıllık istatistiklerinde mevcuttur (7). Ülke nüfusunun 1/3 civarında bir popülasyonuna bakmakla yükümlü olan bir kurumun ülkedeki tedavisi ve takibi oldukça pahalı olan kronik böbrek yetmezlikli, kanserli, nefes darlığından muzdarip insanların büyük bir kısmına baktığı yetkililerce zaman zaman basın ve yayın organlarında ifade edilmektedir. Bu iddianın yukarıdaki gerçeklerle ilişkisinin ortaya konulması gerekmektedir. Çünkü SSK'nın 1994 istatistiklerinde de görüldüğü gibi ülkemizde 50 işçiden az işçi çalıştıran iş yeri sayısı oldukça fazladır. Uygun olmayan koşulları olan bu iş yerlerinden çalıştırılan işçilerin çoğunluğunda sigortasız işçiler olduğu, herhangi bir şekilde kalıcı bir hastalıkları saptandığında sigortalı yapıldıkları da bilinen bir gerçektir.

SSK'nun yakın bir gelecekte bekleyen tehlikelerden biride meslek hastalıkları bilincinin ülkemizde de yerleşmeye başladığı yukarıda söylenen; bu işle uğraşan kuruluşların aktivitelerine yeterince cevap veremeyecek durumda olmasıdır. Bu kurumlardan biri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İşçi Sağlığı Daire Başkanlığına bağlı olarak 14.9.1990 tarih, 20635 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan "Maden ve Taş Ocakları İşletmelerinde ve Tünel Yapımında Tozla Mücadeleyle İlgili Yönetmelik" uyarınca kurulan Pnömonyoz Değerlendirme Kurullarıdır (14). Kurullarından beri bir türlü aktivite sağlanamayan bu kurulların şu günlerde aktif olarak çalışması durumunda hem SSK, hem de SSK'na bağlı meslek hastalıkları hastaneleri bu kurulların çalışma temposuna ayak uydurabilecek durumda gözükmemektedir. Bu kurulların görevi yeraltı ve yer üstü tozlu işlerde çalışan yaklaşık 200 bin işçinin akciğer filmlerinin 2 yılda bir pnömonyoz yönünden incelenmesidir.

Dünyada ve ülkemizde bu işlerde çalışanlarda bu hastalığın görülme sıklığının % 3-10 civarında olduğu gerçeği gözönüne alınırsa 2 yılda bir 6 binle 20 bin civarında pnömonyozlunun SSK'nun hangi meslek hastanesince değerlendirilip, hangi tüzüğe göre karara varılacağı bir soru işaretidir.

SSK Meslek Hastalıkları Hastaneleri Kamburundan Kurtulmalı mı? Yoksa Varlık Sebebi Olan Bu Hastaneleri Çalıştırmalı mıdır?

Yukarıda da söylendiği gibi SSK'nun varlık nedeni öncelikle meslek hastalıklarıdır. Çünkü Sosyal Sigortalar Kurumu adından da anlaşıldığı gibi bir sigorta kurumudur. İşveren çalıştırdığı işçisini bu kuruma sigortalarken öncelikle meslek hastalıkları ve iş kazalarına karşı korumak için sigortalamaktadır. Tıpkı bir kişinin arabasını kaza, hırsızlık, yangın vb. riskler nedeniyle trafik veya kasko sigortası yaptırmaması gibidir. Bu nedenle SSK kişiyi sigortalarken işin meslek hastalığı ve kaza riskiyle orantılı bir prim belirlemektedir. Ortaya çıkan herhangi kaza veya meslek hastalığı durumunda kişinin her türlü sağlık harcamalarını karşılamakta, tazmin durumunda da tazminatı karşılamaktadır. Ancak işverenin kusuru bu olayda saptanırsa iş verene karşı rücu davası açılmaktadır. Ancak bu rücu davalarının ülkemizde ne kadar uzun sürdüğü de bilinen bir gerçektir. Sonuçta SSK'nın elinde sağlam

delillerin olmaması nedeniyle bu davaların nasıl sonuçlandığı SSK'nın hukuk kayıtlarında mevcuttur.

Buraya kadar anlatılan olaylar şu gerçeğin altını çizilmesine yöneliktir: İş kazalarında olayın daha objektif verilere dayanması nedeniyle problemin çözümü bir nebze basittir. Oysa meslek hastalıklarında olay oldukça karmaşık ve uzun vadeli bir durumdadır. Çünkü yukarıda da bahsedildiği gibi mesleki maruziyetlerin çoğunda belirti ve bulgular geç ortaya çıkar. Bu belirti ve bulguları delillendirmek için ise sağlam bir meslek hastalıkları takibi zinciri gereklidir. Bu zincirin birinci halkasını iş yeri hekimliği, son halkasını ise Meslek Hastalıkları Hastaneleri oluşturmaktadır. Meslek Hastalıkları Hastanelerine gerekli işlerliğin kazandırılması SSK'yı gelecekte giderek büyüyecek tazmin problemlerinden koruyacağı gibi hizmet sunmakla yükümlü olduğu kesimde en iyi koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetini sunacaktır.

Meslek Hastalıkları Hastaneleri Nasıl Tekrar Aktif Hale Getirilebilir?

1. Zaman kaybedilmeden **Meslek Hastalığı** kavramıyla **Meslekte kazanma gücü kayıp oranı (kısmi veya tam maluliyet)** kavramı birbirinden ayrılmalıdır. Her iki kavramın dünya standartlarındaki objektif değerlendirmeleri uygulamaya geçilmelidir. **Meslek hastalığı tanısı konulmasından korkulmamalıdır.** Mevcut tüzükteki değişikliklerle Maluliyet tanısı konusunda dünyanın ulaştığı cimrilik seviyesine ulaşılarak genç ve sağlıklı maluller ordusuna yeni malullerin katılmasına engel olunarak, bunların sağlığı korunmalıdır, aktiviteleri sağlanmalıdır. Meslek hastalıkları hastanelerine aktivite kazandırılmasının yukarıdaki değişikliklerden sonra hiç kimseye bir zararı dokunmayacaktır. Bilakis işçinin sağlığına, işverenlerin tazmin problemlerine ve kurumun uzun ve kısa vadede menfaatine olacaktır.

2. **Meslek hastalıkları hastanelerini kısa vadede işler hale getirmek için sadece ve sadece SSK Sağlık Teşkilatı Yönetmeliğindeki Meslek Hastalıkları Hastanelerine ait özel hükümlerin yaşama geçirilmesi yeterlidir (9).** Bu hükümlerden bazıları ve bunların irdelenmesi gereken yönleri şöyle özetlenebilir:

"**Madde 204:** Bu hastane ve klinikler bağımsız olarak veya mevcut sağlık tesislerinden birinin içinde kurulmuş, yeterli sayıda yatağı, polikliniği, araştırma laboratuvarları ve ambulatuvar bölümü olan, tedavi edici tabiplikle koruyucu tabipliği birleştirerek çağdaş iş tabipliği ilke ve yöntemlerine göre çalışan, kendine özgü sağlık üniteleridir. Ünitelerin sayı ve yerlerine göre belirlenecek coğrafi bölgeler, bu kuruluşların görev alanlarıdır. Bu kuruluşlar bağımsız hastane şeklinde ise bir baştabibin, başka bir hastanenin içinde ise bir baştabip yardımcısının, ünitenin içinde bulunduğu hastanenin baştabibi meslek hastalığında yetkili uzmansa o baştabibin yönetimi altındadırlar. Bu yöneticilerin atanmalarında aynı zamanda servislerinin uhdesinde bulunduğu kaydı konur. Meslek hastalığı ünitelerinin yöneticileri iş tabipliği uzmanı veya bu konuda özel eğitim görmüş uzman tabiplerden atanır. Klinikler

esas olarak:

a) Poliklinik ve ambulatuvar bölüm.

b) Yataklı bölüm (yataklar tek tip meslek hastalığı yatağıdır. Her 10 yatağa 1 uzman atanır).

c) Laboratuvarlar (**solunum fonksiyon testleri, toksikoloji, nöroloji, endüstriyel allerji, KBB ve odiyoloji, hematoloji, oftalmoloji, psikoteknik, bakteriyoloji, biyokimya, radyoloji, patolojik anatomi, iş hijyeni, fizik, ultramikroskopi vb.**).

d) İdari bölüm.

e) Kurum mevzuatına göre gerekli gider kısımlardan meydana gelir. Ayrıca görevin özelliğinden dolayı bir elektronik uzmanı, foto laboratuvarı, tıbbi istatistik vb. gibi bölümler de kurulur. Bölgesel özelliklere göre, bu bölümlerin çeşit ve niteliklerinde eksiltme ve arttırmalar yapılabilir. Ünitelerin kadroları saptanırken, görevin özelliği gözönünde tutularak, kadro standartlarının dışına çıkılabilir."

Meslek hastalıkları hastanelerine kısa vadede işlerlik kazandırılması isteniyorsa bu maddedeki hükümlerin vakit kaybedilmeden yerine getirilmesi zorunludur. Son fıkradaki görüşler bugün içinde geçerliliğini korumaktadır.

"**Madde 205.:** Bu hastanelerin esas görevi, **kurumun meslek hastalığını teşhis, tedavi ve maluliyet değerlendirme yükümlüğününü** en iyi şekilde yerine getirmesini sağlamak, iş yerlerindeki koruyucu tabiplik hizmetleri ve iş yerlerini denetlemekle görevli kuruluşlarla koordine bir çalışma yürüterek işçi sağlığının korunmasına kurum açısından yardımcı olmaktır. Bu amaçla;

a) Üniteler kendilerinde meslek hastalığı bulunmuş veya meslek hastalığından şüphe edilmiş sigortalıları, ayakta ve yatırarak inceler, kesin teşhis koyarlar ve tedavi ederler.

b) Üniteler, maluliyet derecesi tespiti ve maluliyet derecesinde değişme olduğu gerekçesiyle kurumca incelenmesi istenen sigortalıların sağlık durumlarını tespit ederler.

c) Üniteler, bölgelerindeki endüstrinin gelişimini izleyerek öncelik taşıyan konularda uzmanlaşmaya çalışırlar.

d) Klinik yöneticinin gerekli gördüğü hallerde ünite mensupları bölgelerindeki iş yerlerinde inceleme, araştırma, ortam analizleri ve tarama muayeneleri yaparlar.

e) Üniteler, çalışmalarını sırasında bölgelerindeki işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili resmi örgütler, denetleme örgütleri, araştırma laboratuvarları ile işbirliği yaparlar, onların çalışmalarından yararlanırlar.

f) Üniteler meslek hastalıkları ve iş tabipliği konularında eğitim, hizmet içi eğitim, bilimsel araştırma ve yayın çalışmaları yaparlar. Gerektiği hallerde bir meslek hastalıkları ünitesinin mensupları diğer bir meslek hastalıkları ünitesinde yetiştirilir.

g) Ünitelerde meslek hastalıkları konusunda uluslararası istatistik esaslarına göre düzenlenmiş ayrıntılı istatis-

tikler tutulur. Ünitelerin çalışmaları ile ilgili hasta müşahadesi, poliklinik kartı, sağlık kurulu raporu, iş yeri inceleme raporu gibi belgeler modern yöntemlerle düzenlenmiş arşivlerde saklanır, zaman aşımı vb. gerekçelerle hiçbir surette imha edilmez.

h) Arşivlerden ve istatistiklerden yararlanarak meslek hastalıkları iş tabipliği açısından bölgenin durumu sürekli olarak değerlendirilir, bunlara dayanarak gerekli uyarılar yapılır. Ülke çapında veriler elde edilmeye çalışılır.

i) Kliniklerde 250 yataklı bir hastanenin kütüphane limitine eş, amaca uygun özel bir kütüphane kurulur."

Bu maddede çağdaş işçi sağlığı örgütlenmesinin bir sigorta kurumunca uygulanması gereken şekli sergilenmiştir. Meslek hastalıkları hastanelerinin çalıştırılması için optimum koşulların hemen hepsi belirlenmiştir. Belki bu maddedeki tek eksik meslek hastalıkları zinciri oluşturulmasından bahsedilmemiş olmasıdır. Bu zincirin birinci basamağı iş yeri hekimi olduğu için bu koşulların belirlenmesi gerekmektedir.

"Madde 206.: Meslek hastalıkları hastanelerinin yetkileri;

a) Üniteler meslek hastalıklarını inceleyerek teşhise varırlar. Ancak genel müdürlüğe lüzum görülen vakalar, diğer bir sağlık ünitesinde ekspertiz muayenesine tabi tutulabilir. Meslekte kazanma gücü kayıp oranının tespiti ve sürekli işgörmelik kararının verilmesine genel müdürlük yetkilidir (ancak 1987'deki bir genelgeyle bu yetki meslek hastalıkları hastanelerine devredilmiştir).

b, c, d. fıkraları iş yeri gezilerinin ayrıntılarıyla ilgilidir.

e) Üniteler görevlerini yaparken görevleri ile ilgili konularda diğer meslek hastalıkları üniteleri, SSK Sağlık üniteleri, SSK dışındaki sağlık kurumları, üniversiteler ve işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili diğer örgütlerle, bilimsel konularda ilgili uluslararası kuruluşlar (ILO, WHO gibi) yabancı meslek hastalıkları klinik ve enstitüleri ile de yazışmalar yapabilirler."

Bu maddede belirtilen, batı standartlarındaki bir meslek hastalıkları hastanesinde bulunması gereken koşulların çoğu maalesef yaşama geçirilmemiştir. Bunun nedenlerinden biri meslek hastalığı kavramıyla, maluliyet kavramlarının net olarak belirlenmemiş olmasıdır.

"Madde 207.: Meslek hastalıkları hastanelerinin çalışma esasları;

a) Meslek Hastalıkları Hastanelerine; Genel müdürlük, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu, Sağlık İşleri Müdürlükleri ve SSK Sağlık tesislerince, kendilerinde meslek hastalığı tespit edilen, şüphe edilen veya daha önce meslek hastalığı tespit edilip kontrol muayenesi istenilen sigortalılar gönderilir.

b) Bu ünitelerde özel bir sağlık kurulu kurulur. Kurula meslek hastalığı üniteleri uzmanları ve laboratuvar sorumluları katılırlar. Kurula ünitenin yöneticisi veya yardımcısı

başkanlık eder. Bu kurullara, gerekli görüldüğü hallerde, bünyelerinde bulunmayan uzmanlardan başka bir SSK Sağlık tesislerinden ilgili dal uzmanı çağrılabilir. Uzmanlar bu çalışmalara katılmaya zorunludurlar. Bunların çalışma esasları her iki ünite yöneticisi arasında bir protokolla düzenlenir.

c) Üniteler kendi bölgelerindeki SSK Sağlık tesislerinin veya üniversitelerin özel dal servislerinden öncelikli yararlanırlar.

d) Ünitelerin çalışmalarında standartlaşmayı ve uyumu sağlamak, çalışmaları koordine ederek yürütmek, ünitelerin gelişme amaç ve yöntemlerini, programlarını tespit etmek üzere meslek hastalıkları üniteleri yöneticileri, her üç ayda bir, sıra ile bir meslek hastalıkları ünitesinde toplanırlar. Toplantı sonuçları bir raporla genel müdürlüğe sunulur.

e) Kuruluş döneminde, meslek hastalıkları ve iş tabipliği alanlarında ülkemizde henüz yeter sayıda ve nitelikte eleman bulunmaması nedeniyle üniteler kendi aralarında ve birbirlerini destekleyecek şekilde sürekli bir eğitim uygularlar. Bir üniteye gelişmiş olan dalda kurulmakta olan diğer ünitenin uzman tabip, yardımcı personeli ve her türlü elemanı eğitilir. Gerektiği hallerde yerli ve yabancı üniversitelerde bu gibi görevlilerin eğitilmesi sağlanır. Aynı amaçla üniteler, kendi aralarında karşılıklı teknik ve personel yardımlaşması ile geliştirilir.

f) Meslek hastalıkları ünitelerinin gerek klinik çalışmaları gerekse bölgelerindeki saha araştırmalarında klinik mensuplarına görev verilirken sıra uygulanır."

Bu maddenin "a" fıkrasında meslek hastalıkları hastanelerine hasta akışı sınırlandırılmıştır. Bunun nedeni, yukarıda da belirtildiği gibi meslek hastalığı kavramıyla maluliyet kavramının birbirine karıştırılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Oysa meslek hastalığı araz bırakmadan tanı konulması gereken hastalıkların başında gelmektedir. Bunun içinde sağlam bir meslek hastalıkları zincirine, geniş epidemiyolojik araştırmalara ve güvenilir ortam analizlerine gereksinim vardır. Bu nedenle işyeri hekimi meslek hastalıklarının ve meslek hastalıkları hastanelerine hasta sevk zinciri sağlanabilirse; meslek hastalığı tanısı konulmasında büyük bir mesafe alınmış olunacaktır.

Diğer bir hasta akış şekli ise bu maddede bahsedilmeyen periyodik muayeneler yoluyla sağlanabilir. İş kanunumuzun ilgili maddelerine dayanılarak hazırlanmış olan işçi sağlığı ve iş güvenliği tüzüğü; işçiyi işe alıştırma ve işin niteliğine göre belli periyotlarla kontrolden geçirmede primer olarak işvereni sorumlu tutmuştur. Bu muayenelerin bir çoğunu iş yeri hekimi yapabilecek vasıftadır. Ancak ileri tetkik gerekenlerin meslek hastalıkları hastanelerinin sevkini direk olarak yapılabilmesi meslek hastalıklarının erkenden tanı konulmasını sağlayacaktır. Ayrıca bölgelerindeki iş yerlerinin, işin niteliğine göre periyodik muayenelerinin ücreti karşılığı paylaşılması işlemi, meslek hastalıkları hastanelerinin kuruluşundan bu yana fiilen yaptıkları bir iş olduğu halde bu işlerin tıbbi ve yasal

boyutunu henüz tam olarak belirlenmiş değildir. Peryodik muayenelere tabi tutulacak işçi sayısının artırılması; bunu karşılayabilecek teknik ve personel ekipmanın yeterli hale getirilmesi; bu hizmetin eğitim hastanelerindeki gibi sür-time kapsamına veya buna benzer bir uygulamanın sağlanması meslek hastalıklarına erkenden tanı konulmasını sağlayacağı gibi bu hastanelerin verimli çalışmasına da yol açacaktır.

Yine bu maddenin "b" fıkrası da tartışılması gereken unsurlar taşımaktadır. Bu fıkrada bu hastanelerin primer görevi maluliyet tayini olarak görüldüğünden; değişik dallardaki hekimlerin katılımıyla oluşturulan **sağlık kurullarından** söz edilmektedir. Oysa yukarıda bir Almanya dosyası örneği verildi. Bu örnekte olduğu gibi bugüne kadar Avrupa ülkelerinde işçilerimizin maluliyet durumlarıyla ilgili olarak gelen hiç bir dosyada sağlık kurulu raporuna rastlanmamıştır. Bu dosyalarda konunun uzmanı tek veya birden fazla patoloji söz konusuysa her daldan bir hekimin hasta hakkında çok ayrıntılı değerlendirmesi görülmektedir.

Maluliyet değerlendirmesi bilirkişilik uygulaması çerçevesinde görülerek konunun uzmanı tek bir hekime fiili sorumluluk yüklenmektedir. Şüphede kalındığı durumlarda oto-kontrol yoluyla başka bir hekime değerlendirme yaptırılmaktadır.

Bu maddenin "e" fıkrası maalesef halen geçerliliğini korumaktadır. Kuruluş tarihlerinin üzerinden 18 yıl geçmiş olmasına rağmen ülkemizde meslek hastalığı uzmanlığı verilememektedir. Çünkü bu konuda eğitim verebilecek kuruluşların başında meslek hastalıkları hastaneleri gelmektedir. Ancak bu hastanelerin bugünkü yapıları böyle bir işlevi yerine getirmekten oldukça uzaktır. Bu nedenle meslek hastalıkları hastanelerine böyle bir işlev kazandırılması zorunluluk haline gelmiştir. Bunun için öncelikle konuyla ilgili uzmanlık dallarındaki hekimlerin yurt dışı eğitimleri sağlanmalıdır. Yurt dışında her uzmanlık dalından, her meslek hastalıkları hastanesi için en az birer uzmanın gönderilmesi meslek hastalıkları bilincinin bilimsel esaslara göre yerleşmesi açısından zorunludur. Ancak bu hastanelerin görevlerinin özelliği gözönüne alınarak gönderilecek uzmanların gönüllü olması, ülkeye dönüşlerinde meslek hastalıkları hastanelerinde çalışmayı istemeleri, muayehane açmamayı taahhüt etmeleri vb. şartları içeren yazılı belgeler alınmalıdır. Bu hekimler meslek hastalıkları hastanelerini bilimsel esaslara göre reorganize edecekleri gibi, meslek hastalığı uzmanlık eğitiminin ülkemizde de verilmesini sağlayacaklardır. Ayrıca meslek hastalıkları zincirinin birinci basamağını oluşturan işyeri hekimlerinin belli sürelerle eğitimlerini de Türk Tabipleri Birliği'yle beraber yürüterek, meslek hastalığı kavramının toplumumuzda yerleşmesini sağlayacaklardır. Bu ise kısa vadede meslek hastalığını tabu olmaktan çıkaracak; erken tanı, erken tedavi ile maluliyetlerin oluşmasını önleyecektir. Uzun vadede ise yoğun epidemiyolojik araştırmalarla meslek riskleri belirlenecek ve dolayısıyla meslek hastalıklarının oluşumu-nun önlenmesi sağlanmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Hansen JE, Wasserman K. Disability Evaluation. In: Murray/Nadel Edit. Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia WB Saunders Company. s.699-718, 1988.
2. La Dou J. Occupational Medicine. International Edition. Prentice-Hall Int. Inc. s.1-33, 1990.
3. Balmes JR, Barnhart S. Evaluation of respiratory impairment-disability. In: Murray/Nadel ed. Textbook of Respiratory Medicine. 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, s.920-942, 1994.
4. Akkurt I, Sevgi E, Dayıcan B ve ark. Akciğer Hastalıklarında Maluliyet Sorunu, Tüborakülöz ve Toraks, 1995; 43(3): 172-183.
5. American Thoracic Society. Evaluation of impairment/disability secondary to respiratory disorders. Am Rev Respir Dis 1986; 133:1205-09.
6. Guidelines for the use of ILO International Classification of radiographs of pneumoconioses. Revised ed. 1980, International Labour Office, Geneva.
7. SSK 1994 İstatistik Yıllığı. SSK Genel Müdürlüğü, Yayın no: 572, s.9, 1994, Ankara.
8. Sosyal Sigortalar Sağlık İşletmeleri Tüzüğü, SSK Genel Müdürlüğü, Yayın no: 425, 1985, Ankara.
9. SSK Sağlık Teşkilatı Yönetmeliği, SSK Genel Müdürlüğü, Yayın no: 461, s.112-117, 1985, Ankara.
10. Merchant JA. Edit. Occupational Respiratory Diseases. DHHS (NIOSH) Publication No. 86-102, 1986.
11. Carey TS, Hadler NM. The role of the primary physician in disability determination for social security insurance and workers compensation. Ann Int Med 1986; 104:706-10.
12. Rosenstock L, Hagopian A. Ethical dilemmas in providing health care to workers. Ann Int Med 1987; 107:575-80.
13. Cotes JE. Rating respiratory disability: a report on behalf of a working group of the European Society for Clinical Respiratory Physiology. Eur Respir J 1990;3:1074-77.
14. Maden ve Taş Ocakları İşletmelerinde ve tünel yapımında tozla mücadeleyle ilgili yönetmelik R. Gazete No: 20635, R.G. Tarihi: 14.9.1990.