

# TÜRKİYE'DE İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ VE BİR REORGANİZASYON MODELİ

Dr. Engin TONGUÇ\*

## 1. KONU :

Türkiye'de işçi sağlığı ve iş güvenliği (İSAGÜ) hizmetlerinin geliştirilmesi.

## 2. TANIM :

İşçi sağlığı ve iş güvenliği "çalışanların bedensel ve ruhsal iyilik durumlarının sürekli olarak en üst düzeyde tutulması, işyerlerindeki sağlığa zararlı fiziksel ve kimyasal etkenlerin etkisizleştirilmesi, bu amaçla koruma önlemleri alınması, kişinin bedensel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırılması, işin insana, insanın işe uyumunun sağlanması ve çalışanların işyerlerindeki tehlikelerden korunması konularıyla uğraşan bilim dalıdır".

## 3. DURUM SAPTAMASI :

### 3.1. Çalışan Nüfus ve Sosyal Güvenlik:

Türkiye'de çalışabilecek nüfus (işgücü arzı) 18.764.000'dir (DPT, 1984-1987). 1992 nüfusu 58 milyon kabul edilirse, bu sayının bugün 21,4 milyon olması gerekir (nüfusun %37'si). SSK kapsamındaki sigortalı sayısı ise ortalama 3,5 milyondur (nüfusun %16,3'ü). Sigortalıların %71,7'si (2.510.000) özel sektörde, %28,2'si (987.000) kamu sektöründe çalışmaktadır.

İş yasası kapsamındaki işyeri sayısı ortalama 550.000, SSK yasası kapsamındaki işyeri sayısı ise 1,1 milyon olup, bunların ortalama yarısından bildirge alınabilmektedir. Bunların ortalama 7500'ü işyeri sağlık birimi kurmakla yükümlü 50'den fazla işçi çalıştıran işyerleridir ki, sigortalı işçilerin %60'ı (2,1 milyon sigortalı) buralarda çalışmaktadır. İşyeri sağlık birimi kurma zorunluğu olmayan 50'den az işçi çalıştıran işyerlerinde ise sigortalıların %40 çalışmaktadır (1,4 milyon).

12-14 yaş grubunda bulunan ve genellikle çırak olarak çalışan ve faal nüfus istatistikleri dışında ka-

lan, sigortalı da olmayan nüfus ise 1,5 milyon kadardır.

Nüfusun %17,8'i (9,3 milyon, DPT, 1987 yılı) tarım işçisidir. Bu sayının 1992'de 10,3 milyon olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, çalışabilir nüfusun %16,3'ünün SSK kapsamında işçi sağlığı yasal düzenlemelerinden yararlanacak statüde olduğu, tarım çalışanları ve 12-14 yaş grubundakilerin ise toplam 11,8 milyonluk, işçi sağlığı açısından yeterince ele alınamamış bir nüfus grubunu oluşturdukları söylenebilir.

### 3.2. Yasal durum :

Yasal düzenleme çok sayıda ve dağınık 10 kadar yasa, 30'a yakın Tüzük ve Yönetmelikle yapılmıştır. Bunlar genellikle çok ayrıntılı olup, çıkarıldıkları günler için yeterli sayılabilecek birçok tıbbi ve teknik hükümleri içermektedirler. Bu nedenle de İSAGÜ alanındaki hızlı gelişmelerin uygulamaya sokulmaları, bunlarda değişiklik yapılmasının zorlukları nedeniyle kısıtlanmaktadır.

Mevzuatın çokluğu ve dağınıklığı görev ve yetki kesişmelerine, yinelenmelerine yol açmakta, uygulanmadaki etkinlik sınırlanmaktadır.

### 3.3. İlgili kurumlar, birimler:

#### 3.3.1. İşyerleri :

İSAGÜ yasal düzenlemesinde temel ilke, işyerlerindeki İSAGÜ uygulamasından birinci derecede işverenin görevli ve sorumlu olmasıdır.

Bunun sağlanabilmesi için ilk koşul, işyerinin İSAGÜ ilke ve kurallarına uygun olarak projelendirilmesi ve kurulmasıdır. İşyeri kurma ve işletme izni ile ilgili olarak birçok resmi kuruluşa görev ve yetki verilmiştir. Bu çok başlılık daha kuruluş aşamasında işyerlerinin birçoğunun İSAGÜ açısından eksik ve yetersiz kurulması, çalışmaya başlaması ile sonuçlanmaktadır.

Makina donanımı, makina koruyucuları, araç-

\* T. Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu Üyesi  
(SSK eski Genel Müdür Yardımcısı)

gereç, kişisel koruyucular, kimyasal madde standartları ve normlarıyla ilgili yasal düzenlemelerdeki eksiklikler de sonucu hazırlayan etkenlerdendir.

SSK kapsamında bildirge alınabilen işyerlerinin %95,1'i özel işletme olup, işyerlerinin %97,9'u 50'nin altında sigortalı çalıştıran işyerleridir (379.442 işyeri, SSK 1987 Yılı Çalışma Raporu).

Özel ve küçük işletmeler ise;

Sayılarının fazlalığı ve dağılık oluşları,

Anaparalarının sınırlılığı,

nedenleriyle İSAGÜ yatırımları yapmakta olanakları sınırlı, denetimleri zor, özellikle sağlık yönünden riskli iş yerleridir.

### 3.3.2. Koruyucu sağlık hizmeti :

#### 3.3.2.1. İşyeri sağlık birimi :

İşyerinde sağlık birimi kurma ve hekim çalıştırma zorunluğu bulunan, 50'den fazla sigortalı çalıştıran işyerleri 7.500 kadardır. Buralarda kaç hekimin çalıştığı, tamsüre ya da yarisürelî çalışan hekimlerin sayısı, işyeri sağlık birimlerinde bulunması gereken yardımcı sağlık personelinin sayısı ve çalışma statüleri, birimlerin araç ve gereç donanımları konularında elde sağlam sayısal veriler yoktur. SSK verilerinden Kurumun 1929 "müessese hekimi" ve 8 "müessese" ile işyerinde "tedavi hizmeti" verilmesi için anlaşması bulunduğu belirtilmektedir ki; bu, konuya yeterince açıklık getirmemektedir (SSK 1987 Yılı Çalışma Raporu).

50'den az sigortalı çalıştıran işyerleri için düşünülmüş "İşçi Sağlığı Dispanserleri (İş Kanunu ve İşçi Sağlığı ve İş Güv. Tüzüğü), "İşyeri Ortak Sağlık Birimleri" (İşyeri Hekimleri Yönetmeliği) kurulmaları için yasal bir zorunluluk getirilmemiş olması nedeniyle bugüne kadar açılmamıştır.

İşyeri hekimliği yıllarca ek gelir getiren bir ek görev olarak algılanmış, her hekimin özel bir formasyon gerektirmeksizin bu işi yapabileceği varsayılmıştır. Ancak son 3 yılda T. Tabipleri Birliği yasal yetkilerinden yararlanarak yaygın bir eğitim programı uygulamış ve 7500 kadar hekim 34 saatlik işyeri hekimliği sertifika kurslarından geçirmiştir. Bugün Tabip Odaları sertifikasız hekime işyeri hekimliği yapma izni vermemektedirler. Ancak, işyeri hekimliğinde iyileştirici sağlık hizmetinin öncelikle sürdürülmesi ve koruyucu sağlık hizmetinin arka planda kalması şeklindeki yerleşmiş uygulama, büyük ölçüde sürdürülmektedir.

#### 3.3.2.2. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları:

50'den fazla sigortalı çalıştıran işyerlerinde kurulmaları zorunlu olan bu kurulların çalışmaları ge-

nellikle yeterli değildir. Bunun başlıca nedenleri;

Kurullarda seçimle gelen üyelerin azınlıkta olması,

Yeterli güvencelerinin bulunmaması,

Yaptırım güçlerinin olmaması,

Üyelerinin niteliklerini geliştirecek bir eğitim uygulamasının bulunmaması,

Çalışmalarda standartlığı ve eşgüdümü sağlayacak, aralarında işlevsel bir bütünlüğü gerçekleştirecek kademeli bir örgütlenmenin kurulmaması, şeklinde özetlenebilir.

#### 3.3.2.3. Laboratuvar ve teknik destek hizmeti :

İşyeri hekimliklerinden ve İşçi Sağlığı ve Güv. Kurullarından beklenen verimin alınmamasının başlıca nedenlerinden biri de, bunlara çalışmalarında ortam inceleme ve analizleri, biyolojik materyal muayeneleri gibi özellik gösteren ve özel bilgi, uzmanlık, araç gereç donanımı ile yürütülmesi gereken teknik ve laboratuvar destek hizmetini sağlayacak örgütlenmenin yeterli olamayışdır.

Türkiye'deki bugünkü hizmet düzenlemesinde bu tür destek hizmetlerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM) ve onun Bölge Laboratuvarları tarafından sağlanması gerekir. Ancak bunlar personel, araç, gerek bakımlarından ülkenin tümünün gereksinmelerine karşılık verebilecek düzeye henüz getirilememişlerdir.

Bu tür destek hizmetlerinin yetersizliği, işyeri hekimlerini asıl görevleri olan koruyucu işçi sağlığı çalışmalarına yönlendirememenin başlıca nedenlerindedir.

#### 3.3.3. İyileştirici sağlık hizmeti :

##### 3.3.3.1. İşyeri Sağlık birimi :

İyileştirici hizmet yasal olarak SSK'nın sorumluluğundadır. SSK, 50'den fazla sigortalı çalıştıran işyerlerinde bu hizmeti işyeri hekimine verdiği yetki ve işyeri ile yaptığı anlaşma ile işyeri hekimine yaptırmayı yeğlemektedir.

İşyeri hekimlerinin işyerinde I. basamak iyileştirici sağlık hizmeti de vermeleri, hizmetin bütünlük içinde yürütülmesi, SSK'nın daha üst düzeydeki birimlerinin poliklinik yüklerinin azaltılması bakımlarından yararlı ve son yıllardaki İSAGÜ eğilimlerine de uygun bir çözümdür. Ancak, bunun işyeri hekiminin temel görevi olan koruyucu hizmeti aksatmaması gerekir ki, ilgili Yönetmelikte de bu ayırım zaman açısından (İşyeri Hekimliği Yönetmeliği, madde 8/d), Sosyal Sigortalar Kanununda da ücret yönünden (506

sayılı yasa, madde 114) çok açık şekilde belirtilmiştir. Uygulamada ise işyeri hekimi zamanının büyük bir bölümünü iyileştirici hizmete ayırmakta ve bunun karşılığı olan ücret hekime verilmemekte ya da SSK'ca ödendiği halde işletmelerde kalarak hekime ulaşmamaktadır.

Sonuçta, işyerinde işyeri hekiminin iyileştirici hizmeti vermesi, koruyucu hizmetin zararına olmaktadır.

### 3.3.3.2. SSK Sağlık birimleri :

SSK dispanser ve hastanelerince üstlenilmiş iyileştirici sağlık hizmetinin özelliği, herşeyden önce işyeri hekimi ile SSK birimi arasındaki sevk işlemlerinin yetersizliğidir. SSK, anlaşma yaptığı ve yetki verdiği halde, işyeri hekimliklerini kendi hizmet yapısı dışında sayarak, onların iyileştirici hizmet çalışmalarında yönlendirici, denetleyici bir görev üstlenmemektedir. Ayrıca, verdiği yetkilerin kısıtlılığı da olumsuz etki yapmaktadır. Sonuçta, işyeri hekimliklerinin bir kısmında amaca uygun bir ilk basamak iyileştirici hizmet yerine, yalnızca gereksiz sevk işlemlerinin mihaniki şekilde yapıldığı görülmektedir.

İşyeri hekimleri ile SSK birimleri arasında yeterli bir tıbbi bilgi alışverişinin kurulamamış olması da bir diğer olumsuz etkidir.

SSK hekimleri açısından ise, bunların İSAGÜ'ye yönelik bir hizmetiçi eğitim yapılmadan, genel bir sağlık hizmeti anlayışı içerisinde, işyeri sağlık sorunlarına yabancı olarak çalıştırılmaları eleştirilecek bir başka noktadır.

SSK'nın yükümlü olduğu meslek hastalıkları ile ilgili görevlerin yürütülebilmesi için kuruluş, kadro, araç, gereç, görev, yetki ve işletme esasları bakımından genel sağlık birimlerinden çok değişik şekilde düşünülmesi ve yönetilmesi gereken Meslek Hastalıkları Hastanelerinin, bu özellikleri korunarak ve bozulmadan ülkenin tümüne hizmet verecek düzeye çıkarılmamış olması da İSAGÜ açısından önemli bir noktsandır.

### 3.3.3.3. Toksikoloji arşivi :

İşyeri hekimlerinin temel görevlerinden olan ilkyardım ve acil iyileştirmenin yapılabilmesi için, kolaylıkla erişebilecekleri, kullanılan tüm kimyasal maddeler konusunda bilgi alabilecekleri bir bilgi bankasına (toksikoloji arşivi) gereksinim vardır. Son yıllarda Ankara'da Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünde kurulmuş "Zehir Danışma Merkezi" bunu bir ölçüde karşılayabilen değerli bir girişim ise de, bu Merkezin bilgi kapasitesinin endüstri toksikolojisi konusunda henüz yeterli düzeyde olmadığı da bir gerçektir.

### 3.3.4. Denetim Örgütü

#### 3.3.4.1. İş Güvenliği Müfettişleri:

Çalışma ve Sosyal Güv. Bk.lığı İş Teftiş Kurulu'na bağlı İş Güvenliği Müfettişlerinin sayısı 260 dır (?). Bunların içerisinde teknik uzmanlık alanlarından gelenler az olduğu gibi, hekim müfettiş yoktur. Müfettişler İllerde bölgesel İş Güvenliği Teftiş Kurulu Başkanlıklarına bağlıdır.

Bu kadro ile her yıl işyerlerinin ancak % 3,5-7'si denetlenebilmektedir.

Başlıca sorunlar şunlardır:

Müfettiş sayısının azlığı, teknik branş kökenlilerin azlığı,

Denetimlerin yeterli teknik ve laboratuvar desteğinde yapma olanaklarının sınırlılığı, saptamaların nesnel ölçüm ve kıstaslara dayandırılmayışı,

İşyerlerinde uygulanacak cezai müeyyidelerin yetersizliği, işi durdurma, işyerini kapatma gibi konulardaki yetki ve yaptırım noksanlığı,

Sistematik bir hizmet içi eğitim verilmeyişi,

Denetimlerde yapıcı ve yol gösterici yöntemlerin sınırlı kalması,

Müfettişlerin siyasal otorite karşısında iş güvenlerinin bulunmaması.

#### 3.3.4.2. SSK:

SSK, İSAGÜ açısından işyerlerinde denetim yapmaya yetkili, ama zorunlu değildir (S.Sigortalar Kanunu, madde 130). Bir sigorta kuruluşunun sigorta uyguladığı konularda etkin denetim yapmasının riski ve giderleri azaltıcı etkisi olduğu bilinen bir gerçektir.

SSK, bugüne kadar böyle bir uygulamaya gitmemiştir.

### 3.4. İnsan gücü ve eğitim:

İSAGÜ hizmetleri çok yönlüdür ve multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Bugüne kadar, bu alanda hekimler dışındaki ekip elemanları üzerinde yeterince durulmamıştır. Hizmetin gelişemesindeki önemli noktsanlardan birisi de budur.

#### 3.4.1. Hekimler :

İşçi sağlığı ve iş hekimliği Tıp Fakültelerimizde halk sağlığı disiplini içerisinde birkaç ders saati geçmeyen bir bölüm olarak verilmektedir. Lisans üstü öğrenim olanakları ise yalnız 2-3 fakülte'deki doktora öğrenimi ile sınırlıdır.

Uzmanlık olarak yalnız iç hast. ve halk sağlığı uzmanlarına açık bir üst uzmanlık dalı şeklinde

"iş ve meslek hastalıkları uzmanlığı" vardır ki, bugüne kadar bunun sistematik öğrenimini gören uzman olan da yoktur; böyle bir öğrenimin nerelerde yapılacağı da belli değildir.

T.Tabipleri Birliğinin işyeri hekimliği sertifika kurslarına daha önce değindik.

#### 3.4.2. Sağlık destek personeli :

İSAGÜ hizmetlerinde bu amaçla yetiştirilmiş işyeri hemşiresi, sağlık teknisyeni gibi personelin çalıştırılması gelişmiş ülkelerdeki çok yaygın, yararı görülmüş bir uygulamadır. Bizde ise, yalnızca bazı Sağlık Meslek Liselerindeki öğretim programlarında bu konuya yer verilmektedir.

#### 3.4.3. Sağlık dışı insan gücü:

Bir ekiple yürütülmesi gereken İSAGÜ hizmetlerinde endüstri hijyenisti, çevre sağlığı mühendisi, ergonomist gibi meslek elemanlarının yeri çok önemlidir. Türkiye'de Üniversiteler ve Yüksek Okullar düzeyinde bu doğrultuda öğrenim veren az sayıda çalışmalar dışında sistematik ve kapsamlı bir program uygulanmamaktadır. İş hijyeni düzenli bir kurs olarak ancak 1986'da ODTÜ'de ele alınabilmektedir.

Sağlık dışı İSAGÜ insan gücü açığımız büyük boyutlardadır.

#### 3.5. Bilgi iletişimi, kayıtlandırma, istatistik:

Doğru bir planlamaya baz oluşturacak verilerin elde edilmesi, toplanması, değerlendirilmesi yetersizdir. Bir yöntem ve standardizasyon yoktur. Kullanılan yöntemler uluslararası standartlara uymadığı gibi, birçok kuruluşa dağılmış hizmetler sırasında toplanan bu yetersiz veriler de bir araya getirilerek değerlendirilememektedir. Değişik kuruluşların işyerleri sayısında verdikleri bilgiler bile birbirine uymamakta, işyeri hekimlikleriyle ilgili yeterli sayısal veri toplanmamaktadır. İş kazası ve meslek hast. istatistiklerindeki noksanlara birazdan değinilecektir.

#### 3.6. İşbirliği ve eşgüdüm :

Dağınık, çok yönlü ve birçok kuruluşu ilgilendiren bir hizmetin başarısı için zorunlu olan işbirliği ve eşgüdüm İSAGÜ konusunda bir türlü sağlanamamıştır. İşyeri, işyeri sağlık birimleri, SSK sağlık birimleri, denetim ve destek örgütleri arasında nitelikli, dinamik, hızlı bir işbirliği ve eşgüdüm yoktur. İSAGÜ'yu dolaylı olarak ilgilendiren, Sağlık Bakanlığı ile SSK arasında işbirliğini sağlamak için bugüne kadar imzalanmış en az 4 protokolün bile uygulanamayışı tipik bir örnektir. Kurum, kuruluş ve birimler arası işbirliği ve eşgüdümü sağlamakta büyük zorluklar vardır.

Soruna çözüm getirmek için düşünülmüş ve 5 Yıllık Kalkınma Planlarının birçoğunda yer almış, kurum ve kuruluşlar arası bir "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yüksek Kurulu" kurulması kararı, bugüne kadar gerçekleştirilememiştir.

#### 4. Durum değerlendirilmesi:

Bir ülkede İSAGÜ durumu başlıca iki kriterle değerlendirilir: İş kazaları ve meslek hastalıkları.

SSK istatistiklerine göre iş kazalarında bir ölçüde azalma varsa da kaza sıklığı yine de gelişmiş ülkelerdekinden yüksektir. Kesin sayısal karşılaştırmalar yapmak doğru olmayabilir; nedeni iş kazası istatistiklerimizin hala basit yöntemlerle tutulmasıdır (kaza sayısının işçi sayısına oranlanması gibi). Gelişmiş ileri yöntemler bir yana, en azından bu oranlamaların çalışma süreleriyle olması gerekirdi. Ayrıca ne tür kazaların iş kazası sayılacağı, kazaların işkollarına dağılımındaki değerlendirmeler de önemlidir. SSK istatistiklerinde niteliği bilinmeyen kazalar sayısındaki fazlalık da bu istatistiklerin değerini azaltan bir başka özelliktir.

Meslek hastalıkları ise şüphe bırakmayacak şekilde, olduklarından az bir sıklık göstermektedir. Bunun nedeni, tanı koymaktaki yetersizliktir. Kişisel çalışmalarla, İSGÜM ve Meslek Hast. Hastanelerinin işyerlerinde yaptıkları tarama muayeneleriyle elde edilen sonuçlar, meslek hastasının ülkemizde istatistiklerin gösterdiğinden çok daha fazla olduğunu kanıtlamaktadır.

Sonuç olarak, her iki gösterge ve uygulamadaki gözlemler dikkate alındığında, Türkiye'deki İSAGÜ hizmetlerinin çağa uygun bir gelişme göstermediği, hizmetlerdeki dağınıklık, yetersizlik ve işbirliği ve eşgüdüm noksanının sürdüğü anlaşılmaktadır.

#### 5. Gelişmeyi engelleyen nedenler :

##### 5.1. Siyasal Etki :

İSAGÜ bir ülkenin siyasal yaşam ve konjonktüründen en çok ve en kolay etkilenen, en duyarlı sağlık hizmetidir. Siyasal dengelerdeki her değişiklik hızla İSAGÜ hizmetlerine yansır; onları olumlu ya da olumsuz yönde etkiler. Hizmetin geliştirilmesinde, işverenin yükümlülüklerini yerine getirme eğiliminde, denetim görevlilerinin etkinliklerinde, sigorta fonlarının kullanım amaçlarının saptanmasında, siyasal iktidarların yapısı, temsil ettikleri toplum kesimlerinin niteliği belirleyici olur.

Türkiye'de siyasal etkinlik genellikle İSAGÜ hizmetlerinde hızlı bir gelişmeyi sağlayacak doğrultuda olmamıştır.

### 5.2. Talep yetersizliği :

Talebin gelmesi gereken iki kesim; işverenler ve işçilerdir.

Türkiye'deki çalışanların bilinç düzeyleri, eğitim olanakları yasal haklarının alınabilmesi için gerekli demokratik baskı gücünü oluşturacak ağırlıkta değildir. Onları temsil eden sendikalar da tabandan gelen isteğin azlığı, ekonomik sorunların ağırlığı altında, İSAGÜ konusuna uzun yıllar çalışmalarında öncelik verememişlerdir.

İşverenlerin konuyu önemsemeleri için ise, İSAGÜ'de gelişmenin verimlilik ve kârlılığı artırıcı belirgin bir etkisi olması gerekir. Türkiye'deki değişken ekonomik koşullar, işgücündeki fazlalık, işsizlik İSAGÜ ile elde edilecek işveren çıkarlarını azaltan, sınırlayan etkenler olmuştur.

Bu nedenlerle, İSAGÜ'yü geliştirme çabaları ve istekleri daha çok insancıl amaçlarla belirli bir hekim kesiminden gelmiştir ki, bu da hızlı, yoğun bir gelişmeyi sağlayacak bir toplumsal ve siyasi baskı ögesi olmaktan elbette uzaktır.

### 5.3. SSK'nın tutumu :

İSAGÜ konusunda anahtar güç, en geniş örgütsel ve parasal olanaklara sahip olan SSK'dır. Hastalık ve iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası uygulayan bu kuruluşun fonlarından koruyucu işçi sağlığı hizmetlerine kaynak ayırarak destek olmasının, aslında onun giderlerini azaltacak bir etki yapacağı bilimsel olarak bilinen bir gerçektir. Ancak SSK, yasadaki bir hükümle bu yol açık olduğu halde (506 sayılı yasa, madde 134), hükümde zorunluk bulunmayışından yararlanarak bu yola gitmemiştir. Yalnızca bir süre, 1963-1976 yılları arasında iş güvenliği müfettişleri örgütünün bir ölçüde finanse edilmesi ile yetinilmiş, SSK'nın geleneksel yönetim ilkesi, yalnız iyileştirici sağlık hizmetlerinden sorumluluk duymak şeklinde olmuştur. Ama bu alanda da İSAGÜ bakımından çok geç kalınmış, iş kazası ve meslek hast. sigortası uygulamasının başlamasından otuz yıl kadar sonra Meslek Hast. Hastaneleri açılabilmiştir.

Sorumluluğun yalnızca iyileştirici hekimlikle sınırlı olarak algılanması, SSK-işyeri hekimlikleri denetim örgütleri arasında işbirliği ve eşgüdümün gerçekleştirilememesinin ve SSK sağlık birimlerinde çalışan hekimlere bir işçi sağlığı hizmeti verdikleri bilinci edindirilememesinin de başlıca nedenidir.

### 5.4. Finansman sorunu :

İSAGÜ hizmetlerini geliştirmek için hiçbir zaman yeterli kaynak ayrılamamıştır. Genel bütçeden

ayrılan payın azlığı özellikle denetim ve destek hizmetlerinin (iş güvenliği müfettişleri örgütü, İSGÜM ve bölge laboratuvarları) gelişmemesinin önemli bir nedenidir.

SSK'nın hastalık ve iş kazası ve meslek hast. sigorta kolları fonları her yıl önemli ölçüde fazlalık verdiği ve Kurum'un Çalışma Raporlarında bu fazlalığın "koruyucu hizmete yeterince önem verilmemesi nedeniyle ortaya çıktığı" açıklandığı halde, bunlar, o sigorta kollarındaki prim toplama amaçlarına ve 506 sayılı yasanın bir koldan bir başka kola ancak "...sonradan mahsubu yapılmak üzere.." para aktarımı yapılabileceği şeklindeki hükmüne de aykırı olarak, İSAGÜ'yü geliştirme çalışmalarında kullanılmamıştır (madde 138).

### 5.5. Yasal ve örgütsel dağınıklık :

Görev ve yetkilerin birçok kurum ve kuruluş arasında dağıtılması, yasal düzenlemelerin çokluğu ve dağınıklığı hizmetin çok başlılığı, işbirliği ve eşgüdümün yapılamayışı da gelişmeyi yavaşlatan başlıca nedenlerdendir.

### 6. Gelişme planı ve öneriler :

#### 6.1. İlkeler :

##### 6.1.1. Yönetimde demokratikleşme:

İSAGÜ hizmetlerini oluşturan tüm birim, kurum ve kuruluşların yönetiminde katılımcı, demokratik yönetim mekanizmalarının kurulacağı bir örgütlenmeye gidilmelidir. Ancak bu şekilde, çok kolay politize olan İSAGÜ konusu siyasi değişimlerin etkisinden uzak tutularak, istikrarlı bir gelişme sağlanabilir ve çağdaş düzey yakalanabilir.

##### 6.1.2. Uluslararası hedeflere ve ilkelere uyumluluk:

Yapılacak plan İLO ve Dünya Sağlık Örgütü ilkelerine, bunların 2000'li yıllar için öngördükleri hedeflere uygun olmalıdır. Türkiye bu gibi ilke, kural ve hedefleri içeren anlaşmaların, tavsiye kararlarının birçoğunu kabul etmiştir ve bunlara uymakla, bunları uygulamakla da yükümlüdür.

##### 6.1.3. Genel sağlık reformuna uyum:

Önerilecek plan ve model, Türkiye'de gerçekleştirilecek ve bazı esasları ortaya çıkmış bir genel sağlık planının içerisinde yer almayı, işlevsel bütünlülüğü sağlamayı zorlaştıracak nitelikte olmamalıdır.

##### 6.1.4. İşbirliği ve eşgüdüm sağlanması :

Bir yüksek koordinasyon kurulu ile kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve eşgüdüm sağlanması

düşüncesi bugüne kadar gerçekleştirilememiştir. Planlama uzmanları bu tür kurum ve kuruluşlar arası koordinasyon kurullarından ülkemizde başarılı sonuçlar alınmadığı görüşündedirler.

İkinci yol, ilgili tüm birim ve kuruluşları işlevsel ve örgütsel olarak bir yönetim altında toplamaktır ki, Türkiye için daha gerçekçi ve geçerli gözükten bir ilkedir.

#### 6.1.5. Yeterli finansman :

İSAGÜ hizmetlerini geliştirmek için yeterli ve sürekli finansman kaynakları bulunması.

#### 6.2. Temel gelişim planı :

##### 6.2.1. Yasal düzenleme :

İş yasasından bağımsız, bir tek İSAGÜ yasası çıkarılarak mevzuatın bunda birleştirilmesi.

Tüzük ve Yönetmeliklerin taranarak çelişkilerin, aykırılıkların, tekrarların giderilmesi, bunların sayı ve hacimlerinin azaltılması.

Hızla gelişip değişen tıbbi, teknik bilgilerin, standartların ve normların, değiştirilmeleri bu hıza uyduurulamayan Tüzük ve Yönetmelikler yerine, kurulacak uzmanlık komisyonlarının çıkaracakları ve sık sık yenileyecekleri yönergelerle düzenlenmesi ve buna olanak sağlayacak yasal dayanağın hazırlanması.

##### 6.2.2. Örgütlenme modeli :

Çok sayıda ve dağınık kurum, kuruluş ve birimler arasında işbirliği ve eşgüdümün sağlanabilmesi için, yeni bir örgütlenmeye gereksinim vardır.

Siyasal otoriteden bağımsız ve özerk, seçilmiş gelen bir Genel Kurula karşı sorumlu, üst düzeyde ve ara kademelerinde (yerel düzeyde) işçi, işveren, hükümet ve meslek odaları temsilcilerinin katılacağı Yönetim Kurullarınca demokratik ve katılımcı yöntemlerle yönetilen, bir "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurumu" kurulmalıdır. Böyle bir model, geçerli bir sağlık reformunun ilkelerine de uygundur ve kolaylıkla genel sağlık sistemine entegre olabilir.

Niteliklerine göre yönetsel ya da işlevsel ağırlıklı olarak bu Kurum'da bir araya getirilecek birim ve bölümler şunlardır:

Denetim örgütü (İş Güvenliği Müfettişleri),  
Destek hizmeti (İSGÜM ve Bölge Laboratuvarları),  
Meslek Hastalıkları Hastaneleri,  
İşyeri İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları,  
İşyeri Sağlık birimleri (işyeri hekimlikleri ve işyeri ortak sağlık birimleri),  
İSAGÜ uzmanlık kurulları.

Bu örgütlenme içerisinde işyeri sağlık birimleri koruyucu ve iyileştirici I. basamak sağlık hizmeti veren yerler olarak, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağında belirlenen sağlık ocakları ve kamu sağlığı dispanserleri arasında,

Meslek Hastalıkları Hastaneleri 3. basamak tedavi ve rehabilitasyon merkezleri arasında özel dal hastaneleri olarak,

değerlendirilebilir ve işlevsel bütünlük sağlanır.

#### 6.2.3. Finansman kaynakları :

Düşünülen İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurumu'nun gelirleri;

SSK İş kazası ve meslek hast. sigorta kolu ile kısmen hastalık sigortası fonlarından,

Denetimler sonucu elde edilecek ceza gelirlerinden,

Destek hizmeti verecek kuruluşların döner sermaye gelirlerinden,

Genel bütçeden,  
karşılanmalıdır.

İş kazası ve meslek hast. sigortası yine SSK'ca sürdürülmeli, SSK yalnız sigorta işleri ile uğraşmalı, İSAGÜ ile ilgili iyileştirici I. basamak sağlık hizmetiyle meslek hast. iyileştirme hizmetlerini kurulacak Kurum'dan satın almalıdır.

#### 6.3. Kısa ve orta vadeli öneriler :

Yeni yasal düzenleme ve örgütlenme yapılıncaya kadar, kısa ve orta vadede gerçekleştirilebilecek düzeltmeler şöyle sıralanabilir:

##### 6.3.1. İşyerleri :

İşyeri kurma izni, işletme belgesi alınmasındaki mevzuat karışıklığı, görev ve yetki dağınıklığı giderilmelidir. Bir tek makamın bunlardan sorumlu olması ve yasal düzenlemenin tek bir metinde toplanması için çalışılmalıdır.

Makina, araç, gereç standartları saptanmalı, daha kuruluş aşamasında bunların denetimi yapılmalıdır.

Makina koruyucuları, kişisel koruma araç ve gereçlerinin üretiminde ve dış alımında da standartlara uygunluk denetimleri yapılmalıdır.

##### 6.3.2. İşyeri sağlık birimleri :

İşyeri hekimliği mevzuatına ekler yapılarak işyeri hekiminin mesleki, parasal ve yönetsel özerkliği sağlanmalıdır.

İş güvencesinin kısa sürede sağlanması İş Hekimliği Yönetmeliğinin 7. maddesine, atamaya izin

vermiş Tabip Odasının işe son vermede de yetkili kılınmasını öngören bir hüküm eklenerek gerçekleştirilebilir. İşverene karşı işçiden daha değişik bir konumda olan işyeri hekiminin iş güvencesini Çalışma ve Sosyal Güv. Bk.lığına hazırlanan yasa tasarınsındaki ek olarak böyle bir güvenceye de bağlamakta yarar vardır.

Parasal özerkliğin sağlanması için işyeri hekiminin ücretinin doğrudan kendi işvereni yerine işverenlerin kuracakları ilgili meslek odalarının da yönetimine katıldıkları bir fondan ödenmesi birçok ülkede uygulanan bir yöntemdir.

İşyeri hekiminin yönetsel özerkliği ise kurulacak İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurumu ile bütünleşmesiyle sağlanabilir.

İşyeri hekimlerinin çalışmalarının hekim iş güvenliği müfettişlerince denetlenmesinin yanısıra, atamalarına izin vermiş ve işine son vermede söz sahibi olacak Tabip Odası'na da denetlenebilmesi gerekir. Olumlu anlamdaki bu yapıcı denetimlerde işyeri hekimini ile işveren ve işçi arasında çıkacak anlaşmazlıkların çözümüne de yardımcı olunacaktır. Bu denetim yine İşyeri Hekimliği Yönetmeliğine konacak bir hükümle sağlanabilir.

50'den az sigortalı çalıştıran işyerlerinde ortak işyeri sağlık birimi kurulmasında zorunluk getirilmesini engelleyen Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 180. maddesi değiştirilerek bu konuda zorunluk getirilmeli ve bunların açılmasına başlanmalıdır. Küçük Sanayi Siteleri ve Organize Sanayi Bölgeleri bir başlangıç için bu işe çok elverişlidir.

### 6.3.3. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları :

Bu kurullarla ilgili Tüzükte değişiklik yapılarak, Kurulların oluşumunda seçimle gelen üye sayısı artırılmalı,

İş güvenceleri sağlanmalı,

Kurullara yaptırım gücü ve yetkisi verilmeli,

Kurul üyelerinin niteliklerini arttırıcı hizmet içi eğitim programları uygulanmalı,

Kurulların çalışmaları yapıcı bir anlayışla denetlenmeli,

Tüm kurullardan toplanacak istatistik bilgileri, kaza analizleri, raporların bir araya getirilip değerlendirileceği bir iletişim sistemi ve birim kurulmalıdır (önerilen kurum gerçekleştirildiğinde bu işlevleri orası yürütecektir).

### 6.3.4. SSK :

SSK koruyucu hizmete de önem ve destek veren bir yönetim anlayışını benimsemelidir. Bu doğrultuda;

Kendi sağlık örgütünde yaygın ve sistemli bir İSAGÜ hizmetiçi eğitimi uygulamalı,

Yetki verdiği işyeri hekimlerinin çalışmalarını kendi açısından denetlemeli,

İşyeri hekimleri ile SSK sağlık birimleri arasındaki sevklerde tıbbi bilgi alışverişini sağlayacak düzenlemeleri yapmalı,

506 sayılı yasanın 114. maddesi gereğince kendi adına iyileştirici hizmet de veren işyeri hekimlerinin bu çalışmalarının karşılığını, bu hekimlerin eline geçecek şekilde ödemeli,

Yetki verdiği işyeri hekimlerinin yetkilerini artırarak birçok olgunun I. basamakta muayenesinin bitirilmesiyle SSK sağlık birimlerine sevki azaltmalıdır.

Ayrıca, SSK;

İşyerlerindeki İSAGÜ çalışmaları için işverenleri uyarıcı, özendirici etkileri olan;

506 sayılı yasanın 26. maddesindeki iş kazası ve meslek hastalıklarındaki kusur durumunda harcama- ların işverence karşılanması (rücu) hükmünü,

Yine bu yasanın 27-28. maddelerindeki bildirimlerdeki kusur durumunda doğacak zararların işveren- ce ödenmesi hükmünü,

Ve yasanın 74-75. maddelerindeki işyerlerinde- ki sağlık riskine göre işverenden alınan sigorta pri- mini arttırma ya da eksiltme hükümlerini,

eksiksiz ve ayrıcalıksız uygulamalıdır.

Meslek Hast. Hastaneleri konusunda SSK, bu hastanelerin kuruluşlarında saptanmış amaçlarına uygun olarak çalışabilmeleri için gerekli çalışma esas ve yetkileri yeniden yürürlüğe koymalı,

Bunların araç, gereç ve eleman noksanlarını gi- dermelidir.

Durmuş olan mesleki rehabilitasyon çalışmaları yeniden başlamalıdır.

SSK fonlarındaki gelir fazlaları, bu sigorta kol- larındaki prim toplama amaçlarına ve konularına uy- gun olarak, İSAGÜ hizmetlerinin geliştirilmesini finanse etmekte kullanılmalıdır.

### 6.3.5. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı :

Bölge Çalışma Müdürlükleri ve İş Güvenliği Tef- tiş Grup Başkanlıklarının çalışmaları hızlandırılarak kaçak işçi çalıştıran işyerlerinin, hekim çalıştırma zorunluğunu yerine getirmeyen işyerlerinin saptan- ması ve denetimlerdeki etkinlik arttırılmalı,

İşyeri hekimi atamalarında yetkili Tabip Odaları ile işbirliği yapılmalı ve bilgi alışverişi güç- lendirilmelidir.

**6.3.6. Denetim örgütleri :**

İş güvenliği müfettişlerinin sayıları arttırılmalı (B. Almanya kıstası: her yüzbin işçi için 16 iş güvenliği ve bir hekim iş güvenliği müfettişi. Bu kıstasa göre Türkiye için 560 iş güvenliği müfettişi ve 35 hekim iş güvenliği müfettişi sayıları çıkmaktadır ki, bizde işyerlerinin dağınıklığı ve küçük işyeri fazlalığı da düşünülürse, bu sayıların daha fazla olması gerektiği söylenebilir),

Kadrolara daha çok teknik ve tıp kökenli eleman alınmalı,

Etkin ve sistematik bir hizmet içi eğitim uygulanmalı,

İş Teftiş Tüzüğünde yapılacak değişikliklerle müfettişlerin yetkileri ve yaptırım güçleri arttırılmalıdır.

**6.3.7. Destek hizmeti :**

İSGÜM ve Bölge Laboratuvarlarının personel, araç ve gereç noksanları giderilmeli,

Özellikle Bölge Laboratuvarları kısa sürede kendi bölgelerinin gereksinmelerine karşılık verecek düzeye getirilmelidirler.

Bunlarla SSK ve işyeri hekimlikleri arasında işbirliği, eşgüdüm ve bilgi iletişimi, alışverişi sağlanmalıdır.

**6.3.8. Toksikoloji arşivi :**

Merkez Hıfızısıha Enstitüsünde kurulmuş Zehir Danışma Merkezi'nin bilgi arşivi İSAGÜ gereksinmelerine göre zenginleştirilmelidir.

**6.3.9. İnsan gücü ve eğitim :****6.3.9.1. Tıp Eğitimi :**

Tıp Fakültelerinde işçi sağlığı ve meslek hastalıkları ayrı, zorunlu ders olarak okutulmalı,

Gelişimini tamamlamış Tıp Fakültelerimizde Halk Sağlığı Ana Bilim Dalından ayrı, İşçi Sağlığı Enstitüsü ya da Ana Bilim Dalları kurulmalıdır,

Tıp Fakültelerimizin bugün yalnız 2-3'ünde yapılabilen lisans üstü öğrenim, doktora öğrenimi yaygınlaştırılmalıdır,

Uzmanlık Tüzüğü'nde yapılacak değişikliklerle, her hekime açık, 2-3 yıllık bir İşçi Sağlığı ana uzmanlık dalı konmalı, yalnız halk sağlığı ve iç hast. uzmanlarına açık olan bugünkü İş ve Meslek Hast. üst uzmanlığı yakın ilgileri nedeniyle göğüs hast. uzmanlarına da açılmalıdır.

İşyeri hekimliği yapacaklar için T. Tabipleri Birliği tarafından sürdürülen sertifika kursları Tıp Fakültelerinin de desteğinde, T. Tabipleri Birliği'nin koordinatörlüğünde sürdürülmelidir.

**6.3.9.2. Sağlık destek personelinin eğitimi :**

İşyeri hemşiresi, sağlık teknisyeni ve laborantı gibi elemanların yetiştirilmesi için bu elemanları yetiştiren okulların öğretim programlarında değişiklikler yapılmalıdır.

**6.3.9.3. Sağlık dışı insan gücü :**

Her düzeydeki teknik öğretim kurumlarında iş güvenliği ve ergonomi programları genişletilmeli, ilgili bölüm ve birimler çoğaltılmalıdır,

Teknik Üniversitelerde iş güvenliği mühendisliği bölümleri açılmalıdır,

Türkiye'de bulunmayışları hizmeti çok aksatan iş hijyenisti, ergonomist, çevre sağlığı mühendisi gibi elemanların yetiştirilmesi için kapsamlı bir eğitim programı yapılmalıdır.

**6.3.10. İşbirliği ve eşgüdüm:**

Önemli bir başarı getirebileceği tartışmalı olmakla beraber, 6.2.2. bölümünde önerilen örgüt modeli gerçekleştirilinceye kadar, Kalkınma Planlarında yıllardan beri yer aldığı halde oluşturulamamış "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yüksek Kurulu"nun kurulması düşünülebilir.

**6.3.11. Araç gereç donanımı :**

T. Standartları Enstitüsünce makina ve makina koruyucuları ile kişisel koruyucuların standartlarının saptanmasına hız verilmeli, bu konularda İSGÜM ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapılmalıdır.

Türkiye'de üretilen ve dışarıyla ülkeye giren, iş yaşamında ve endüstride kullanılan tüm kimyasal maddelerin nitelik ve bileşimlerinin, endüstri sırrı özellikleri korunmak koşuluyla, toksikoloji arşivine (Zehir Danışma Merkezi) bildirilmesi zorunluğunu getiren bir yasal düzenleme yapılmalıdır.

**"İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ KURUMU" TASARISI**