



ÜCRET VE SAĞLIK / İŞÇİ SAĞLIĞI

Mehmet ZENCİR
Prof. Dr., MSG Yayın Kurulu Üyesi,
Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu

Özet

Halk Sağlığı ve İşçi Sağlığı alanında ücret ile sağlık arasındaki ilişkinin araştırılması oldukça yetersizdir. Ücret yerine tercih edilen daha çok gelir olmuştur. Kişinin toplam geliri üzerinden, gelir dilimlerine göre sınıflandırılıp sağlık sorunları ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu yazıda daha çok doğrudan ücret ile sağlık sorunları, sağlık sorunlarına yol açma mekanizmaları, ücret ve işçi sağlığı sorunları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ele alınacak, bu çalışmalara örnekler verilecektir. Mevcut çalışma genel olarak yurt dışı literatürü kullanılarak hazırlanmış, Türkiye ücret ve sağlık ilişkisi çalışmaları ve verileri kullanılmamıştır.

Anahtar sözcükler: Ücret, İşçi sağlığı, Düşük Ücret, Bebek ölümleri, Psikolojik sorunlar.

Psikososyal Bir Tehlike Olarak Ücret

Leigh ve De Vogli (2016) İş ve Çevre Sağlığı Dergisinin editor yazısında işçi sağlığı alanında ele alınan tehlikelerin yıllar itibarıyla genişlediğini vurgulamıştır. Yazarlara göre erken dönemde (1910'lar) kurum, yangınlar ve maden göçükleri dikkat çeken tehlikeler iken 1960'lar asbest, kurşun ve benzen en çok dikkat çeken tehlikeler olmuştur. 1990'lar ise iş yükü, iş güvencesizliği, örgütsel adaletsizlik, uzun çalışma saatleri ve iş gerilimini içeren psikososyal tehlikeler kategorisinin tanımlandığı dönem olmuştur. Günümüzde ise ücret, düşük ücret tartışmaları ile psikososyal tehlikelerin kapsamı daha da genişlemiştir (1).

İki önemli iş yeri sosyologu olan Kalleberg ve Reskin "ücretlerin işin niteliğinin temel bir boyutu" olduğu konusunda geniş bir görüş birliğini dile getirmiştir. Yine önde gelen bir çalışma ekonomisti olan Clark İngiltere'de ulusal düzeyde yapılan bir anket çalışmasında İngiliz katılımcıların ücreti işlerinin en önemli iki yönünden biri olarak gördüklerini, diğerinin ise iş güvenliği olduğunu ve her ikisinin de inisiyatif kullanımından, çalışmanın kendisinden ve çalışma saatlerinden daha üst sıralarda yer aldığına" dikkat çekmiştir (1).

Ücret ile gelir arasında fark olup gelirin bileşenleri devlet transferleri (örneğin sosyal güvenlik yardımları), sigorta ödemeleri (örneğin, işsizlik tazminatı), kiralar, faiz, temettüleri, sermaye kazançları, nafaka, bahşişler, ikramiyeler ve ücretler-wage (maaşlar/aylık-salary dahil) olarak sıralanmaktadır. Herhangi bir işçi için bu kategorilerden herhangi biri en yüksek miktarda para içerebilmekle beraber çoğu işçi için ücretler (maaşlar/aylık-salary dahil) gelirlerinin en büyük kısmını oluşturur (1).

Ücretler genellikle bir saat esasına göre tanımlanır. Leigh ve De Vogli (2016) düşük ücretli kavramına açıklık getirmiştir: Düşük ücretli çalışma, bir yıl boyunca haftalık 40 saatlik çalışmaya denk gelecek şekilde, bir saat için elde edilecek gelirden daha az kazanma olarak tanımlanır ve dört kişilik bir aile için ülkenin yoksulluk düzeyi ile eşdeğerdir. 2013'te bu ücret saat başına 11,45 dolardır. Düşük ücretli çalışanlar, Amerikan işgücünün büyük ve büyüyen bir payını oluştururlar. Amerikan işgücünün %27,5'i saatte 11,45 dolar ya da daha az kazanmaktadır (1).

Bhatia ve ark. (2013) çalışma yaşamında hakların korunmasında halk sağlığının rolünü ele aldıkları makalede ücretler, çalışma saatleri, iş güvenliği ve toplu sözleşme dahil olmak üzere çalışma koşullarına yönelik asgari standartları kapsayan iş yasalarının bütünlüklü olarak ele alınması gerekliliğini vurgulamıştır. Çalışma yaşamı ile ilgili hukuki düzenlemelerin sağlığın sosyal, ekonomik ve fiziksel belirleyicilerini geliştireceğine ve teşvik edeceğine dikkat çekmiştir. Bhatia ve ark. (2013) asgari ücret, sekiz saatlik iş günü, işyeri güvenliği, çocuk işçiliği ve toplu sözleşme dahil olmak üzere çalışma koşullarına ilişkin yasalar ve standartların, tehlikeleri önlemek ve işçilerin tazminatlarının karşılanması için teminat olduğunu ve bu çalışma koşullarının ayrıca sağlık ve sağlık eşitsizliğinin sosyal, ekonomik ve fiziksel belirleyicileri olduğunu vurgulamıştır (2).



Bhatia ve ark. (2013) çalışma yasalarının çoğunun son on yıllardır var olmasına rağmen, birçok işçinin, özellikle göçmenler ve düşük ücretli pozisyonlarda çalışanların, bu düzenlemelerden yararlanmadığını, rutin olarak ücretlerin ödenmediğini ve diğer işçi ihlallerinin de devam ettiğini dile getirmiştir. Yazarlar New York, Los Angeles ve Chicago'da araştırılan 4.387 işçinin %26'sına asgari ücretten daha az ücret ödendiği, %68'inin geçtiğimiz hafta ücretle ilgili en az bir ihlal yaşadığı ve ancak beş işçiden birinin şikayette bulunduğu bilgisini örnek olarak paylaşmıştır (2).

ABD'deki sosyal, ekonomik ve çalışma yaşamı ile ilgili politikaların işçi sağlığı eşitsizliklerindeki etkilerini konu alan hakemli ve gri literatürün geniş bir incelemesinin yapıldığı bir çalışmada bahşle çalışan işçiler, kamu çalışanları, göçmen işçiler ve sınıflandırılmayan çalışanlar gibi birçok işçi gruplarının İş tazminatı ve İş Sağlığı ve Güvenliği hizmetleri de dahil olmak üzere mevcut yasalar ve politikalar tarafından korunmadığı sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada yerel ve ulusal devlet inisiyatiflerinin ve çok aktörlü güçlerinin insanca yaşanacak ücret hukuğu ve topluluk yardım anlaşmaları gibi düzenlemeleri yaşama geçirmelerinin işçi sağlığı eşitsizliklerinin azaltılmasına katkıda bulunacağına dikkat çekilmiştir (3).

Asgari ücret istihdam ilişkisi

Önemli bir tartışma asgari ücretin istihdama etkisi üzerinden 1940'lardan bu yana sürdürülmektedir. Asgari ücret yüksekliğinin istihdamı azaltacağı ve bu nedenle genel olarak sağlık üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olacağı dile getirilmektedir. Genel olarak asgari ücrette ılımlı bir yükselmenin, düşük gelirli işçilerin gelirlerini iş kayıplarına neden olmadan artırabileceğine dair kanıtlar vardır. Bununla birlikte üretim maliyetlerindeki artışa bağlı özellikle küçük işletmelerde işten çıkarmaya neden olduğuna dair çalışmalar da bulunmaktadır. Bu durumun ülkeden ülkeye değişebildiği ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde asgari ücret politikalarının istihdam ve yoksulluk üzerindeki etkilerinin farklı olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar, asgari ücretlerdeki artıştan Latin Amerika'da en çok ihtiyaç duyanların yararlanamayacağını ortaya koyarken Sahra-altı Afrika'da olumsuz etkinin az olduğu ya da istihdam üzerinde ölçülebilir bir etkisi olmadığı gösterilmiştir.

tir. Güney Asya'da asgari ücretler konusunda çok sınırlı kanıtlar olmasına rağmen, genellikle katı iş mevzuatının istihdam üzerinde olumsuz etkileri olduğu bulunmuştur (4).

Ücret ve İşçi Sağlığı

Ücret ile sağlık ilişkisi sıklıkla asgari ücret (minimum wage) ve insanca yaşanacak ücret (living wage) üzerinden araştırılmıştır. Düşük ücretli (low-wage) işler de önemli bir çalışma kategorisi olarak ele alınmıştır. Bunların yanında az sayıda ücret hırsızlığı (wage theft) üzerine de çalışmaya rastlanılmıştır. Sağlık sorunları da daha çok zihinsel sağlık, kalp-damar hastalıkları, obezite, erken dönem sağlık, bebek ölümleri üzerinden ele alınmıştır. İş kazaları ve meslek hastalığı ile ücret ilişkisi çok sorgulanmamıştır (1).

Leigh ve De Vogli (2016) ücretler ile sağlık veya sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayan yedi hipotez veya mekanizmanın literatürde yer aldığını belirtmektedir. İlk beşi düşük ücretlerin kötü sağlıkla sonuçlandığını ileri sürerken altıncı ve yedinci hipotezler alternatif nedensel ilişkilerin varlığını ileri sürmektedir. Ücretlerin sağlık veya sağlık davranışları üzerindeki etkilerini açıklayan olası mekanizmalar benlik saygısı, iş memnuniyeti, mahrumiyet, sosyal statü, kötü sağlığın "tam" bedeli, sabır-erteleme yeteneği ve sağlık üreten mal ve hizmet satın alma yeteneği olarak sıralanmaktadır (1).

İlk hipotez Kenneth Feinberg tarafından önerilmiştir. Ücretler ile benlik saygısı, iş doyumunu ve sağlık arasındaki ilişkiyi değerlendiren psikolojik ve sosyolojik teorilerdir. Sosyal bilimciler, düşük ücretlerin benlik saygısı ve iş tatminini olumsuz etkilediğine dair kanıtlar sunmuştur. Benlik saygısını etkileyen diğer değişkenler kontrol edildiğinde bile ücretler ile benlik saygısı arasındaki ilişki varlığını devam ettirdiği belirtilmektedir. Düşük benlik saygısı ve iş tatmininin de kötü sağlığın belirleyicisi olduğuna dair önemli argümanlar ve kanıtlar bulunmaktadır. Tıbbi kanıtlar, orta yaşlı erkeklerde ve kadınlarda düşük "pozitif duygulanım" durumunun olumsuz sağlık etkileri (azaltılmış nöroendokrin, inflamatuvar ve kardiyovasküler aktivite) ile ilişkili olduğunu göstermektedir (1).

İkinci hipotez mutlak yoksunluk ve doğrudan gelir etkilerini içerir. Mutlak yoksunluğun etkileri



çok yönlüdür. Armağan veya maddi kaynakların yokluğunda, gelir elde etmeyen sanayi toplumdaki insanlar yok olurlar. Düşük gelirli olsa bile, benlik saygısı veya sosyal statü ile ilgili bariz zararlı etkiler olacaktır. Bu insanlar kira veya kamu hizmetlerinin bedelini ödeyemeyebilir ve arabalarında yaşamaya zorlanabilirler; ilaçlar için harcama yapamazlar; hastalananlar, masrafları nedeniyle sağlık hizmeti alamazlar. Yoğun şiddet, yüksek suç oranları, ileri düzeyde hava ve su kirliliğinin olduğu mahallelerde yaşamak zorunda kalabilirler. Rant veya sağlıklı gıda gibi temel ihtiyaçlar arasında seçim yapmak zorunda kalabilir ve bu seçimler önemli zihinsel sorunlara yol açabilir. Yoksulluğun zihinsel sağlığı yok ettiği, bu nedenle yeni sorunların çözülmesi ve günlük işlerin yerine getirmenin yoksul için daha zor hale geldiği çalışmalarda gösterilmiştir. “Bilişsel kapasite” deki bu azalma, önleyici sağlık hizmetlerinin kullanımı ve reçetelenmiş ilaçların kullanımında uyum sorunlarına neden olabileceği ve uygun olmayan seçimler yapma ile sonuçlanabileceği ileri sürülmektedir. Mutlak yoksunluk hipotezi, doğrudan gelir hipotezinin bir alt kümesidir ve iktisatçıların “gelir etkisi” olarak adlandırdıkları şeyi içerir. Ekonomistler, yüksek gelirli insanlar düşük gelirli insanlardan daha fazla mal ve hizmet satın aldıkları durumda bu mal ve hizmetleri “normal” ve yüksek gelirli insanların daha az satın aldıkları durumda da, bu mal ve hizmetleri “düşük-alt” olarak kabul etmektedir. Tıbbi bakım, spor salonu üyelikleri ve güvenli bölgeler “normal” olarak değerlendirilmekteyken örneğin sigaranın “normal” veya “düşük-alt” olup olmadığı konusunda tartışmalar vardır. Sağlıklı olma ile ilgili çoğu mal ve hizmet “normal” kabul edilir ve yüksek gelirli insanlar düşük gelirli göre bu mal ve hizmetlerden daha fazla yararlanır. Ücretlerin önemli bir gelir payı olduğu göz önüne alındığında, hem mutlak yoksunluk hem de doğrudan gelir hipotezleri, ücretlerdeki artışın sağlığı iyileştirdiğini göstermektedir (1).

Üçüncü hipotez görece yoksunluğu içerir. Bu hipotez, insanların bir sosyal tür olduğunu, başkalarının saygısına değer verdiğimiz ve ücretlerin sosyoekonomik hiyerarşideki konumumuz hakkındaki etkili olduğunu ileri sürmektedir. Toplumsal hiyerarşinin altlarında yer alan kişiler görece yoksunluk deneyimini yaşarlar. Düşük sosyoekonomik

statü ile sağlık arasındaki ilişki İngiliz kamu çalışanlarıyla yürütülen çalışmalardan elde edilmiştir. Düşük ücretler -diğerlerinin ücretleri sabit iken- önemli ölçüde artmışsa, düşük ücretli işçiler ve diğerleri arasındaki sosyal mesafenin küçüleceği öngörülmektedir. Bu hipotezin biyolojik temelleri, düşük sosyoekonomik durumla bağlantılı kronik stresi tanımlar. Kronik stresin özellikle glukokortikoid ve adrenerjik yollarla tümör büyümesi, nöroendokrin hormon seviyeleri, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) seviyeleri ve hücrel immün yanıtları üzerine olumsuz etkileri vardır (1).

Dördüncü hipotez, sağlığın “normal” bir tüketim malı olarak görüldüğü ve bu nedenle de doğrudan gelir hipotezi ile ilişkilendirildiği Grossman modelinden türetilmiştir. Bu hipotezde sağlık bir yatırım malı olarak da kabul edilmektedir. Sağlığı bir yatırım olarak gören Grossman’a göre mevcut sağlık yatırımları (sigara içmemek gibi) sağlıkta bozulmaya daha az neden olacaktır. Böylelikle daha az bozulma, kötü sağlık nedeniyle daha az iş kaybına neden olacak ve dolayısıyla ücretlerde daha az azalma olacak ve bu da tüm mal ve hizmetlerin tüketiminde daha az düşüşe neden olacaktır. Tüm mal ve hizmetlerin dengeli olarak tüketimesinin faydalı ve arzu edilebilir olduğu varsayıldığında, ücrete bağlı olarak mevcut bir sağlık yatırımının faydası/getirisi olacaktır. Yüksek bir ücret, yüksek bir fayda/getiri sağlarken düşük ücret düşük fayda-getiriye yol açacaktır. Ücretteki bir artış, sigaranın “bütün” bedelini yükseltir, çünkü sağlık masraflarını artırır, yani hastalık nedeniyle işten kaybedilen zaman ve daha az yaşam beklentisi, ücret yükseldikçe daha maliyetli hale gelecektir. Özetle ödenen bedel daha yüksek olacaktır. Geleceğe yönelik tutumlar Grossman modelinde kritiktir. Şöyle ki düşük ücretli çalışanlar, yüksek ücretlilere göre gelecekte daha fazla sağlık sorununa sahip olacaklarına ve daha genç yaşta öleceklerine inanırlarsa, sağlık “yatırımlarına” daha az ilgi duyacaklardır. Yani bu hipoteze göre düşük ücretli işçilerin sağlıklarına daha az yatırım yapacağı ileri sürülmektedir (1).

Beşinci hipotez Becker ve Mulligan tarafından ileri sürülmüştür. Erteleme yeteneğinden türetilmiştir. Bir kişinin yüksek geliri yüksek erteleme yeteneğine, yani sabırlı olma ve anında tatmine yönelik dürtüden kaçınma yeteneğine bağlıdır.



Erteleme yeteneği geleceği hayal etmeyi gerektirir. Gelecek zevkler, hayal edilerek uzaklaştırılabilir [yapılabilir]. Gelecekteki bir hedef hibrid bir araca sahip olmaksızın, yüksek ücretli bir işçi sahip olma hayaline yardımcı olması için bir haftasonu arabayı kiralayabilir. Düşük ücretli bir işçi ise bu savurganlığı yapamayabilir. Daha ileriye düşünen, daha fazla sabırlı olabilen kişilerin, mevcut sağlıkları için “yatırım yapma” olasılıkları da daha yüksek olacaktır (1).

Diğer iki hipotez alternatif hipotezler olarak kabul edilir. Ekonomistler tarafından en yaygın olarak kabul edilen altıncı hipoteze göre kötü sağlığa sahip insanlar, sağlıkları iyi olanlar kadar sıkı çalışamazlar ve bu nedenle kötü sağlığa sahip olanlar iyi sağlığa sahip olanlardan daha düşük ücret kazanırlar. Yedinci hipotez, düşük ücretler ve kötü sağlık arasındaki herhangi bir ilişkinin rastlantısal olduğunu ileri sürmektedir. Bu hipotez, hem kötü sağlık hem de düşük ücretlerle ilişkilendirilen, ölçülemeyen “üçüncü değişkenler” olduğunu ve bu “üçüncü değişkenler” in iddia edilen ücret-sağlık ilişkisinin gerçek nedenleri olduğunu varsaymaktadır. Sıklıkla bahsedilen “üçüncü değişken” memnuniyeti, tatmini erteleme yeteneğidir. Burada da gençken insanların daha fazla okula gitmeleri, gelecekteki ücretleri için sigara içmemeleri sağlıklarına yatırım olarak kabul edilmektedir (1).

Asgari Ücret ve Sağlık

Genellikle halk sağlığı alanında asgari ücret ile sağlık ilişkisini inceleyen çalışmalar oldukça yetersizdir. Ekonomistler tarafından çok sayıda asgari ücret çalışması yapılmış olmasına rağmen, sağlıkla ilgili olan oldukça azdır. Asgari ücrete yapılan zamların birçok Amerikalıyı etkileyeceği için sağlık açısından da etkili olacağı öngörülmektedir. Ayrıca, sadece Amerika Birleşik Devletleri’nde değil, sanayileşmiş ülkelerin çoğunda asgari ücret 30 yıldan fazla bir süredir kötüleşmektedir. ABD’de 2020 yılına kadar federal asgari ücretin saat başına 12 \$ ‘a yükseltilmesi, tüm çalışanların %25,5’ i olan 35,1 milyon işçi için ücretlerin yükseltilmesi anlamı taşımaktadır. Yaklaşık 28,4 milyon çalışmanı doğrudan ve “dalgalanma etkileri” ile 6,7 milyonu da dolaylı olarak etkileyeceği ve böylece asgari ücretin üzerinde çalışan işçiler için de artış sağlayacağı ortaya konmuştur (1).

Asgari ücretin, asgari bir gelir elde edilmesi ile beslenme, barınma, ulaşım ve eğlence için olanaklara erişimi sağlayarak uzun ömürlülük de dahil olmak üzere sağlık sonuçları ile pozitif ilişkili olacağına dikkat çekilmiştir (2).

Asgari ücret ve çocuk sağlığı

Asgari ücretler, hane halkı sosyo-ekonomik kaynaklarının dağılımını ve dolayısıyla çocuk sağlığına yönelik ebeveyn yatırımlarını etkilemektedir. Anne ve babanın ekonomik koşullarındaki değişiklikler özellikle doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerdeki çocuk sağlığı ve beslenmesi üzerinde büyük etkilerle sahip olabilir. Ücretler artarsa, aileler sağlık hizmeti kullanımını artırabilir ve diğer sosyal davranışlarda da bulunabilirler. Öte yandan, asgari ücretlerin etkileri de hane halkı sosyoekonomik durumuna göre değişebilir. Örneğin, ücretler arttıkça, yoksul anneler, bakım veren faaliyetler pahasına işgücü piyasasında daha fazla zaman harcamaya daha eğilimlidirler (4).

Yoksul ve yetersiz beslenen ailelerde asgari ücretteki artışın (ek bir doların), orta ve yüksek gelirli toplum kesimlerine göre daha besleyici ve sağlıklı ürünler almak için harcanacağı belirtilmektedir. Aksine gelir durumu iyi olanlarda aynı doların daha az zorunlu (hatta sağlıklı) mallara harcanabilme potansiyelinden bahsedilmektedir. Bu hipotez çocuk beslenmesine yönelik çalışmalarda kanıtlanmıştır. Sahra-altı Afrika ve Güney Asya gibi bölgelerde yetersiz beslenmenin Latin Amerika’daki bölgelerde ve yoksul ülkelerden daha büyük bir sorun olabileceği gösterilmiştir (4).

Asya, Afrika, Avrupa ve Amerika kıtasındaki 57 ülkeden 2000-2013 yıllarına ait verinin değerlendirildiği bir çalışmada 0-5 yaş grubundaki çocukların beslenme-boy-yaş-z skorları değerlendirilmiştir. Beş yaşın altındaki çocuklar için asgari ücretlerde %1’lik bir artışın yaşa göre boy z skorlarında (HAZ) %0,1 düşüş ile ilişkili olduğunu ortaya konmuştur. Asgari ücret artışının olumsuz etkileri, kızlar çocuklar, 35 yaşından küçük babalar, 20-29 yaşlarındaki anneler, evli ya da daha az eğitilmiş ve kas gücüyle çalışan ebeveynler için gözlenmiştir. Olumsuz etkiler düşük gelirli ülkelerde yoğunlaşmıştır ve en çok Güney Asya’da belirgindir. Buna karşılık, asgari ücret artışları, Latin Amerika’da ve vasıflı emek getiren bir sektörde çalışan ebeveynlerin çocukları arasında yaşa göre boy z skorlarını geliştirmiştir. Çalışma, asgari ücrette artışın düşük gelirli ülkelerde çocuk



sağlığını koşulsuz olarak iyileştirdiği hipotezi ile tutarsızdır, heterojenlik söz konusudur denmiştir (4,5)

Ponce ve ark. (2017), 23 düşük ve orta gelirli ülkenin Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2003-2012) verilerini kullanarak, asgari ücret artışının, 5 yaş altı çocukların beslenme durumuna etkisini incelemiştir. Asgari ücretlerdeki %10'luk bir artışın, bodurlukta yüzde 0,5'lik ve zayıflık durumunda 0.3 puanlık bir düşüş ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca asgari ücret artışı ile düşük kilo veya zayıflık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gösterilmiştir. Tarım dışı ve profesyonel olmayan işlerde çalışan en yoksul haneler için de sonuçların benzer olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, dört ile sekiz yıllık bir süre boyunca asgari ücretteki mütevazı artışların, düşük ve orta gelirli çocuklarda yetersiz beslenme oranının azaltılmasında etkili olabileceği ileri sürülmüştür (6).

Erken yaştaki sağlık ile asgari ücret arasındaki ilişki bebek ölümlerinde de araştırılmıştır. Hindistan'da benzer yerleşim ve yaş grubundaki erkeklerde erken yaşam mortalitesi ile yetişkin olarak kazandıkları ücretler arasındaki güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bir bölgede bir doğum kohortundaki bebek ölümlerinde bir puanlık bir azalmanın (ya da bebek ölüm hızında 10 puanlık azalma), yetişkinlik döneminde alınan ücretlerinde yaklaşık yüzde ikilik bir artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu ilişki de okullaşma seviyesinin aracılık etmediği de ortaya konmuştur. Erken yaşa yönelik yapılan halk sağlığı yatırımlarının yetişkinlik dönemindeki asgari ücretlere olumlu etkisinden bahsedilmektedir (7).

Komro ve ark. (2016) ABD'de asgari ücrette bir dolarlık artışın düşük doğum ağırlıklı doğumlarda %1 ila %2'lik ve postneonatal mortalitede %4'lük bir azalma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada 2014'te tüm eyaletlerde asgari ücretin bir dolar yükseltilmesi ile 2,790 düşük doğum ağırlığı ve 518 bebek ölümünün engellenebileceğini tahmin etmişlerdir (8). Benzer şekilde Tsao ve ark. (2016), simülasyon modellerini kullanarak asgari ücretin 15 ABD doları yükselmesinin 59 mahalledeki düşük gelirli vatandaşları etkileyerek beş yıl içinde 2,800-5,500 erken ölümü azaltacağını göstermişlerdir (9).

İnsanca yaşanacak ücret-Living Wage

1968'den beri ABD'de asgari ücretlerdeki reel düşüşler, düşük ücretli işçilerin çalışma ve yaşam

koşullarını iyileştirmek için insanca yaşanacak ücret için bir mücadele hareketinin yaratılmasını tetiklemiştir. Bu hareket, insanca yaşanacak ücreti, işçilerin yaşanabilir bir tüketim standardında dört kişilik bir aileyi geçindiren ve yurttaşlık (kent) yaşantısına ve boş zaman faaliyetlere katılmalarına olanak sağlayan bir ücret düzeyi olarak tanımlamaktadır. Bazı insanca yaşanacak ücret düzenlemeleri sadece "yalnızca yükleniciyi" kapsayan düzenlemeler olup, yalnızca şehirlerde hizmet veren veya buralardan yardım alan yüklenicileri de etkilemektedir. Diğerleri, bir coğrafi alandaki belirli bir boyuttaki tüm işletmeler için geçerli olan "alan çapında" yönetmeliklerdir. İnsanca yaşanacak ücret ABD'de ilk olarak 1994 yılında Baltimore'da yürürlüğe girdikten sonra ülke çapında bununla ilgili yüzlerce yönetmelik ve yasa kabul edilmiş ve yaşama geçirilmiştir (3).

ABD'deki araştırmalar, düşük vasıflı işçilerin ücretlerindeki artışın yüksek vasıflı işçilerle olan ilişkilere etkileri; düşük ve yüksek vasıflı işçiler arasındaki gelir farkını ve iş bırakma hızını azalttığını bulmuştur. İnsanca yaşanacak ücret yasalarının istihdam artışı üzerindeki etkisiyle ilgili tartışmalar sürerken, çalışmaların çoğunda bu düzenlemelerin benimsendiği şehirlerde düşük ücretli iş sayısını azaltmadığını ortaya koymuştur (3).

İnsanca yaşanacak ücret ile ilgili ilginç bir çalışma Dominik Cumhuriyeti'nde gerçekleştirilen yarı deneysel bir çalışmadır. İnsanca yaşanacak ücret müdahalesinin depressif belirtilere ve kalp damar hastalıklarına etkisini değerlendirilmiştir. Müdahale grubu olarak 2010 yılında, bir konfeksiyon fabrikasının 99 işçisi alınmıştır. Bu konfeksiyon fabrikasında "insanca yaşanacak ücret" (%350 ücret artışı, yerel asgari ücretin yaklaşık 3.5 katı) ve önemli işyeri iyileştirmeleri (*eğitim, mesleki gelişim olanağı ve gelişmiş bir iş sağlığı ve güvenliği programı*) müdahalesi uygulanmıştır. Bu fabrikada işe giren işçilere iş başvurusunda müdahale hakkında bilgi verilmemiştir. Bu işçiler normal asgari ücretin ödeneceğini düşünerek işe başlamışlardır. Kontrol grubuna, asgari ücret ödeyen benzer bir yerel fabrikadaki 105 işçi dahil edilmiştir. Müdahale sonrası değerlendirmeler 15-16 ay sonra yapılmıştır. Bu müdahale sonrası üç farklı hipotez sınanmıştır (10-12). Bunlar sosyal statü ve özbidirime dayalı sağlık algısı, depressif belirtiler ve kalp-damar hastalıklarıyla ilgili risk faktörleri.



Birinci çalışmada insanca yaşanacak ücret müdahalesi yapılan fabrika işçilerinin daha yüksek öznel sosyal statü puanları aldığı, bunun yanı sıra, öz-bildirime dayalı sağlık algısının daha iyi olduğunu ve kadınlarda etkilerin daha güçlü olduğu saptanmıştır. Öznel sosyal statü ve öz-bildirime dayalı sağlık algısı, gelecekteki sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir, bu nedenle bu sonuçlar, hazır giyim işçilerinin –özellikle kadınlarda- gelir artışlarının uzun vadeli olumlu sağlık sonuçlarına sahip olabileceğini göstermiştir (10).

İkinci çalışmada insanca yaşanacak ücret müdahalesi yapılan fabrika işçilerinin daha az depresif belirtilere sahip olduğu (%23'e karşı %40) ve bu sonuçların karıştırıcı faktörler (yaş, cinsiyet, boy, eğitim, çocukluk sağlığı ve iş tecrübesi) kontrol edildiğinde bile varlığını sürdürdüğü gösterilmiştir. Müdahale grubunda klinik olarak anlamlı düzeyde depresif belirtilerde risk %47'lik azalmıştır. Yazarlar düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerdeki "insanca yaşanacak ücret ve işyeri iyileştirmeleri"nin zihinsel sağlığın iyileştirilmesine ciddi katkı sağladığı sonucuna varmışlardır. Eklenen işgücü maliyetine rağmen, insanca yaşanacak ücretlerin, yüksek vasıflı ve üretken bir işgücünü çekerek eğitim ve gözetim maliyetlerini düşürerek, iş değiştirme ve devamsızlık hızlarını düşürerek ve tüketicinin çalışma koşulları ile ilgili etik değerlerini tatmin etmek de dahil olmak üzere işverenler için bir dizi avantaj sunduğuna dikkat çekilmiştir (11).

Üçüncü çalışmada ise orta gelirli bir ülkede düşük ücretli çalışanlar arasında, kısa süreli bir insanca yaşanacak ücret artışının %340 daha yüksek gelir, ve tüketimin kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki etkilerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Kalp-damar hastalıkları risk faktörlerini belirlemek için kan basıncı (sistolik ve diyastolik), nabız sayısı, vücut kitle indeksi ve bel çevresi ölçümleri yapılmıştır. İnsanca yaşanacak ücret müdahalesinin protein, süt, soda, meyve suyu ve şeker tüketiminin artmasıyla ilişkili, ancak kardiyovasküler risk faktörleri ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Müdahale fabrikası işçileri daha çok bakaliye ve hanehalkı dayanıklı tüketim mallarını kullanmıştır. Orta gelirli bir ülkede daha yüksek bir gelir elde etmenin obeziteyi ve bununla ilişkili sağlık risklerini artırması beklenebilirken, mevcut çalışmada kısa süre içinde negatif bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte soda, meyve suyu ve

şeker tüketimindeki artışların uzun vadeli olumsuz sağlık sonuçları olabilir değerlendirmesi yapılmıştır (12).

Asgari ücret-Obezite, kalp damar hastalıkları

Asgari ücret ile obezite ve ilişkili sağlık sonuçları önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Düşük ücretli istihdam, küresel olarak orantısız bir şekilde kadınları daha fazla etkilemektedir. Bununla birlikte burada kastedilen tamamen asgari ücret değildir. Kadınların büyük bir kısmı, normalde asgari ücret koruması olmayan (örneğin Sahra altı Afrika'da %60-80 ve Latin Amerika'da %30-60) enformel ekonomilerde çalışmaktadır. Asgari ücret-obezite ilişkisinin araştırılmasının önemli bir zorluğu da kültürel fikirlerin ve yaşam tarzlarının yayılması, diyet yanılması ve obezitenin fast-food'ların arzu edilebilirliğinin artmasıdır. Asgari ücret ile obezite ilişkisinde çoklu eş zamanlı mekanizmaların söz konusu olabileceği ileri sürülmektedir. Asgari ücret daha fazla kalori (düşük gelirli ülkelerde) ve daha kaliteli gıda (yüksek gelirli ülkelerde) elde etmek için ihtiyaç duyulan maddi kaynakların artırılması yoluyla obeziteyi etkileyebileceği belirtilmektedir. Asgari ücret, tüm ortamlarda daha ekonomik olarak güvenli bir ortam yaratılmasına yardımcı olabilirken, ülke gelişim düzeyine ve normlarına bağlı olarak farklı bir araçsal etki yaratabilir. En yoksul ülkelerde daha yüksek asgari ücret, kadınların daha fazla kalori tüketme kabiliyetini artırabilirken, orta gelirli ülkelerde kadınların daha fazla besleyici gıdalara erişimlerini artırabilir. Ancak, asgari ücretin gıda alımı üzerindeki etkisi, ülkenin gelişmişlik düzeyine göre değişen sağlıklı kilo algısına bağlı olarak kültürel normlarla değişebilir. Yine bu etki gıda kalitesine ve prestij değerine ilişkin algıları değiştiren fast food pazarlamasıyla da farklılaşabilir (13).

Asgari ücret ile aşırı kilo ve obezite arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için farklı gelişim düzeyindeki 27 gelişmekte olan ülkede kesitsel bir araştırma yapılmıştır. Veri kaynağı olarak Nüfus ve Sağlık Araştırmaları kullanılmıştır. Örneklemeye seçilen 190,892 yetişkin kadının (24-49 yaş) sosyo-demografik ve antropometri verileri ile yasal asgari ücret düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Asgari ücret ile fazla kilo / obezite arasındaki ilişkinin bireysel düzeydeki sosyo-ekonomik düzey ve



diğer karıştırıcı faktörlerden bağımsız olarak varlığı gösterilmiştir. Bununla birlikte saptanan pozitif yönlü bu ilişkinin çok zayıf olduğu belirtilmiştir. Önemli bir bulgu olarak da ülkelerin gelir düzeyine göre bu ilişkinin farklılaştığı gösterilmiştir. Fazla kilo/obezite prevalansı ortalamasının düşük gelirli ülkelerde yüzde 0.01 arttığı, ve orta gelirli ülkelerde ise yaklaşık 0.1 puanlık bir düşüş olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde obezite prevalansı ortalaması düşük gelirli ülkelerde ortalama yüzde 0.03 puan artarken orta gelirli ülkelerde ortalama 0.03 puanlık bir düşüş göstermiştir. Daha gelişmiş ülkelerde yüksek asgari ücret düzeyleri ile kilolu veya obez olma prevalansının düştüğü ve en az gelişmiş ülkelerde ise prevalansta küçük bir artış olduğu saptanmıştır, aradaki bu ilişkinin anlamlı olsa da oldukça zayıf olduğu belirtilmiştir. Orta gelirli ülkelerde yaşayan yetişkin kadınlar arasında ise daha yüksek asgari ücret düzeyinin fazla kiloluluk ve obeziteye karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir (13).

Conklin ve ark. (2017) tarafından yapılan 24 ülkeyi kapsayan bir başka çalışmada da kadınların ağırlık durumundaki değişikliklerle ilişkili asgari ücretteki değişiklikler incelenmiştir. Aylık asgari ücrette 10 dolarlık bir artışın, kadınların zayıflık hızındaki düşüşü önemli ölçüde hızlandırdığını, ancak obezite prevalansındaki büyüme hızıyla bir ilişkisi olmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle, asgari ücretteki mütevazı artışlar, yoksul ülkelerde, özellikle Güney Asya'da ve Afrika'nın bazı kısımlarında uzun süredir devam eden zayıflık sorununu ele almak için yararlı olabilir sonucuna varılmıştır (14).

Sağlıkta eşitsizliklerde ücretin çalışma ortamı faktörlerine aracılığı

Sağlıkta eşitsizliklerde, ücretin etkilediği çalışma ortamına bağlı faktörlerin ortaya konması amacıyla Hemström (2015) tarafından İsveç'te bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada İsveç Yaşam Koşulları Araştırması (1998-1999) verileri kullanılmış, ücretli olarak istihdam edildiği belgelenen 20-64 yaş arasındaki yaklaşık 6000 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Eşitsizlikler için öz bildirim dayalı sağlık algısı kullanılmıştır. Effort-Reward Imbalance (ERI) (Çaba-Ödül dengesizliği) yaklaşımındaki ödül değişkeni alınan ücret olarak kabul edilmiştir. Çalışma ortamı için yapılan sorgulama faktor analizi ile dört başlığa indirgenerek analize dahil edil-

miştir. (1) Ergonomik ve fiziksel tehlikelere maruz kalma (sarsıntı / titreşimler, uygun olmayan iş duruşları, ağır kaldırma, işten atma, gürültü ve kirlenme); (2) Karar yetkisi (iş planlaması, çalışma temposu, çalışma süresi, molalar ve tatiller ne zaman yapılacağı) üzerindeki etki; (3) Yetenek takdir (anlamlı bir işi olan yeni şeyler öğrenme, çeşitli çalışma, tekrar eden hareketler); (4) psikolojik talepler (telaşlı çalışma, zihinsel çabalar). Yine iş sözleşmesinin türü (kalıcı, proje bazında geçici, diğer geçici); çalışma saati düzenlemeleri (gündüz çalışması, akşam veya gece çalışması, vardiya çalışması, diğer düzensiz / kayıp) ve tam zamanlı istihdam (evet / hayır) değerlendirilmiştir (15).

İsveç'te ücret dağılımına göre nüfus beşli dilime bölündüğünde kadınların erkeklere göre daha düşük dilimlerde yoğunlaştığı ve ücret ile sağlık algısı arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Ücret arttıkça sağlık algısının iyileştiği, bu ilişkinin her iki cinsiyet için de geçerli olduğu görülmüştür. Yaş, aile durumu, doğum yeri, eğitim seviyesi, sigara ve tam zamanlı çalışma gibi karıştırıcı faktörlerin etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra en düşük gelir dilimine sahip olanların, en yüksek dilimdekilere göre erkeklerde 2.4 kat ve kadınlarda 4.3 kat daha kötü sağlık algısına sahip olduğu gösterilmiştir (15).

Sağlık algısına çalışma ortamının katkısı erkeklerde yüzde 25 ve kadınlarda yüzde 29 olarak bulunmuştur. Karasek modelindeki iş kontrolünün boyutları (karar yetkisi, yetenek takdir), ergonomik ve fiziksel maruziyet İsveç'te hem erkekler hem de kadınlar için gelir ve hasta sağlığı arasındaki güçlü ilişkideki önemli açıklayıcı ara değişkenler olarak saptanmıştır. Yüksek psikolojik taleplerin, sadece düşük gelirli gruplarda sağlıksızlığa aracılık ettiği gösterilmiştir (15).

Benzer şekilde Jonge ve ark. (2000) tarafından Hollandalı kadın ve erkeklerden oluşan 11,636 kişilik geniş bir örnekleme sahip kesitsel bir araştırmada Job Demand-Control (JD-C) Model (İş talebi-Kontrol Model) ve Effort-Reward Imbalance (ERI) Model (Çaba-Ödül Dengesizliği Modeli) ile çalışan refahı üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmada ödül kapsamında ücret de yer almaktadır. Kötü sağlıkla ilişkili odds oranları genellikle yüksek (psikolojik ve fiziki) çabalar ve düşük ödüller (yani ücret, iş güvensizliği ve düşük iş desteği) rapor eden çalışanlarda daha yüksek olarak bulun-



muştur. Dahası, aşırı kalabalık nüfusa sahip işçiler, kalabalık olmayan nüfusa sahip işçilere göre daha yüksek bir efor düşük ödül uyumsuzluğu bağlı kötü sağlık risklerine sahip olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada kötü sağlık için ERI modeli, JD-C modeline göre daha güçlü bir belirleyiciliğe sahip olduğu gösterilmiştir. Bu durum ödül kapsamında yer alan ücretin etkisini de göstermektedir (16).

Ücret hırsızlığı ve sağlık

Düşük gelir düzeyinin sağlık üzerindeki birçok olumsuz etkisini belgeleyen büyüyen bir literatür olmasına rağmen, ücret hırsızlığı meselesi halk sağlığı alanında büyük ölçüde ihmal edilmiştir.

Ücret hırsızlığı kısaca işçilerin yasal olarak sahip olduğu ücret ve faydaların ödenmemesidir. Ücret hırsızlığı farklı şekillerde karşımıza çıkabilir. Fazla mesai ücretlerinin ödenmemesi, asgari ücretin ödenmemesi, gecikmiş veya geri ödenmeyen ücretlerin yanlış sınıflandırılması, bağımsız işverenler olarak çalışanların istihdam edilmesi, paraya el konulması, zorunlu molalar veya ücretli hastalık izni verilmemesi şeklinde karşımıza çıkabilir (3,17).

Ücret hırsızlığı mevzuatı, çalışılan saatlerin tam olarak ödenmemesi (ücret hırsızlığı) ile uğraşmaktadır. Bu düzenlemeler, asgari ücret, çalışma saatleri, fazla mesai, yemek ve dinlenme molaları ve diğer ücretlerle ilgili ihlalleri ve bağımsız yükleniciler olarak çalışanların yanlış sınıflandırılmasını ele almayı ve önlemeyi amaçlamaktadır. Yasalar, işverenlerin ücret ödemeleri, bildirim ve/veya kayıt tutma gereklilikleri, artırılmış yaptırımlar, uygulamanın güçlendirilmesi, misillemeden işçi koruması, işveren sorumluluğu, işçi eğitimi ve işçilerin işverenlerinden toplayabilecekleri garantiler için cezaları içerir. Ücret hırsızlığına karşı devlet ve/veya yerel mevzuatlar, 2010 ve 2011 yıllarında, Kaliforniya, Teksas, Washington, New York, Illinois, Maryland, Arkansas ve Florida'da başarıyla geçmiştir. Ücret hırsızlığı gelir kaybı, konut, yiyecek, ısınma, çocuk bakımı, ulaşım veya sağlık bakımı gibi bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamak için daha az kaynak kullanması ile sonuçlanmaktadır. Bu durumun evsizliğin artmasına, aşırı kalabalıklaşmaya, açlığa, hareketliliğin azalmasına ve/veya sağlık hizmetlerine erişimin ve tıbbi faturaların ödenmesinde zorluklara neden olabileceği belirtilmektedir (3).

Ücret hırsızlığı "21. yüzyılın iş piyasasının belirleyici bir eğilimi" olarak tanımlanmasına rağmen birçok endüstride bulunsa da özellikle düşük ücretli işlerde yaygındır. ABD için tam zamanlı, tam yıl çalışan bir işçinin 4 kişilik bir aile için öngörülen 21,200 \$'lık federal yoksulluk sınırının üstünde geliri kazanamaması düşük gelirli iş olarak kabul edilmektedir. İşçilerin beşte biri ile üçte biri arasındaki bir kesimin düşük ücretli işlerde olduğu tahmin edilmekte ve bu işlerde ücret hırsızlığının salgın düzeyinde olduğu belirtilmektedir. 2010 yılında ABD'de toplam 4.36 milyon işçi asgari ücretten azını almıştır. Bunların yaklaşık üçte ikisi kadın, genç, Afrikalı Amerikalı ve Latin'tir. Düşük ücretli göçmen işçilerin, özellikle dil, eğitim ve vatandaşlık statüsünün sonucu olarak sömürüye karşı savunmasız olmaları nedeniyle ücret hırsızlığı mağduru olmalarının daha olası olduğu ifade edilmektedir. Asgari ücretin altında ödeme, tarımsal işlerde, çocuk ve ev bakımında, giyim imalatında, tamir servislerinde, gündelik işlerde ve restoran gibi mekanlarda en yaygındır. Özellikle düşük ücretli işçiler arasında yasal olarak ödenen fazla mesai ihlalleri de yaygındır. New York, New York'ta 4,387 çalışmanı temsil eden bir anket çalışmasında Chicago, Illinois; ve Los Angeles, California'da işçilerin %76'sı önceki haftaya ait fazla mesai ücretinin ödenmediğini ve %69'u yemek molalarını alamadığını ya da zaman içinde azaltıldığını dile getirmiştir (17).

Konaklama endüstrisinde, pedikür salonları ve iflas olaylarının yaygın olduğu işyerlerinde sıklıkla çalışanların parasına el konulmaktadır. Yine çalışanların bağımsız yükleniciler olarak yanlış sınıflandırılması giderek yaygınlaşan ücret hırsızlığı biçimidir. ABD ulusal düzeydeki verileri işverenlerin %10 ila %30'unun, asgari ücret ve fazla mesai yasalarına, ücretli izinlere ve diğer temel yerlere uymaktan kaçınmak için, işçileri yanlış sınıflandırdığını göstermektedir (17).

Düşük ücretler ile hipertansiyon, diyabet, obezite ve meme kanseri arasındaki bağlantı gösterilmiştir. Ücret hırsızlığının düşük ücretlere ve düşük gelirli statüye büyük katkıda bulunduğu dikkate alındığında düşük gelirlerin ve düşük gelir düzeyinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini, gelir güvencesizliği yaratarak şiddetlendireceği öne sürülmektedir. Çalışanlar, saatlerce çalışmamış ya



da kazandıklarından daha az ödemiş olan kişiler, kira veya ısınma, bakkaliye ya da ulaşım gibi temel yaşam gereksinimleri için ödeme yapamayacağı ve bu durumun, artan kalabalık ya da evsizlik, açlık, hareketliliğin azalması ve çocuk bakımı ya da tıbbi bakım için ödeme kabiliyetinin azalmasıyla sonuçlanabileceği ve tüm bunların sağlık üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olacağı dile getirilmektedir. Ücret hırsızlığının aynı zamanda çalışılan saat süresini veya iş sayısını da artırabileceği, bunun da aile ile geçirilen zamanı, fiziksel aktivite için boş zamanları ve uyku veya dinlenme süresini azaltabileceği ve sağlık açısından olumsuz etkilere kaynaklık edeceği belirtilmektedir (17).

Ücret yasalarını ihlal eden işverenlerin sağlık sigortası ve ücretli hastalık izinlerini sağlama olasılıkları daha düşüktür. Ücretli izin hakkının uygulanmaması halk sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ücretli hastalık izni ve ciddi kalp rahatsızlıkları, yetersiz tedavi edilen veya ağırlaştırılmış yaralanmalar veya hastalıklar, grip yayılımının artması ile mamogram ve diğer kanser taramalarının yapılması arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (17).

Sonuç

Bu yazıda ücret ile sağlık ilişkisini inceleyen literatürde yer alan bazı çalışmalara yer verilmiştir. Görüldüğü gibi konu daha çok asgari ücret, insanca yaşayacak ücret ve ücret hırsızlığı üzerinden ele alınmaktadır. Mevcut yasal çerçeve ile sınırlı, ücretle ilgili bu düzenlemelerin sağlık üzerine etkisine odaklanılmaktadır. Sağlık üzerine olumsuz etkiler, sağlıklı olma olanakları, sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerine erişim üzerinden ele alınmaktadır. Emek sömürsü, emek yağması ve üretim araçlarına sahip olma halinin sömürme ve iktidar kurma halinden ve toplumsal üretimden bağımsız, izin verilen ya da lütfedilen niceliksel bir para olarak ele alınan ücret ile sağlık ilişkisi doğası gereği işçi sınıfı arasındaki gelir farklılıkları ile açıklanmaktadır. Ücret hırsızlığı kavramı ile de kapitalist iş sözleşmesi ilişkisinin dahi gasp edilmesi durumuna açıklık getirilmektedir. Asıl büyük hırsızlık emek gücüne el koyma ve bu durumun yol açacağı sağlıksızlık ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusu ise gizlenmektedir.

Kaynaklar

1. Leigh JR, De Vogli R. "Low Wages as Occupational Health Hazards" *J Occup Environ Med.* 2016; 58, 58(5): 444-447.
2. Bhatia R, Gaydos M, Yu K, Weintraub J. "Protecting Labor Rights: Roles for Public Health" *Public Health Reports*, 2013; 128: 39-47.
3. Siqueira CE, Gaydos M, Monforton C, Slatin C, Borkowski L, Dooley P, Liebman A, Rosenberg E, Shor G, Keifer M. "Effects of social, economic, and labor policies on occupational health disparities" *Am J Ind Med.* 2014;57(5):557-72.
4. Majid MF, Mendoza Rodríguez JM, Harper S, Frank J, Nandi A. "Do minimum wages improve early life health? Evidence from developing countries" *Soc Sci Med.*, 2016; 158:105-13.
5. Majid MF, Nandi A, Mendoza J, Frank F and Harper S. "Do Minimum Wages Improve Early Life Health? Evidence from Developing Countries" <https://slideplayer.com/slide/7034879/>, erişim tarihi: 16 Şubat 2018.
6. Ponce N, Shimkhada R, Raub A, Daoud A, Nandi A, Richter L, Heymann J. "The association of minimum wage change on child nutritional status in LMICs: A quasi-experimental multi-country study" *Glob Public Health.* 2017; 2:1-15.
7. Lawson N, Spears D. "What doesn't kill you makes you poorer: Adult wages and early-life mortality in India" *Economics and Human Biology* 21, 2016: 1-16.
8. Komro KA, Livingston MD, Markowitz S, Wagenaar AC. "The Effect of an Increased Minimum Wage on Infant Mortality and Birth Weight" *Am J Public Health.* 2016; 106:1514-1516.
9. Tsao TY, Konty KJ, VanWye G, et al. "Estimating potential reductions in premature mortality in New York City from raising the minimum wage to \$15" *Am J Public Health.* 2016; 106(6): 1036-1041.
10. Landefeld JC, Burmaster KB, Rehkopf DH, Syme SL, Lahiff M, Adler-Milstein S, Fernald LC. "The association between a living wage and subjective social status and self-rated health: a quasi experimental study in the Dominican Republic" *Soc Sci Med.*;121: 91-107.
11. Burmaster KB, Landefeld JC, Rehkopf DH, Lahiff M, Sokal Gutierrez K, Adler-Milstein S, Fernald LCH. "Impact of a private sector living wage intervention on depressive symptoms among apparel workers in the Dominican Republic: a quasi-experimental study" *BMJ Open* 2015; 5: e007336.
12. Rehkopf DH, Burmaster KB, Landefeld JC, Adler-Milstein S, Flynn EP, Acevedo MC, Jones-Smith JC, Adler N, Fernald LCH. "The impact of a private sector living wage intervention on consumption and cardiovascular disease risk factors in a middle income country" *BMC Public Health Open*, 2018; 18: 179.
13. Conklin AI, Ponce NA, Frank J, Nandi A, Heymann J. "Minimum Wage and Overweight and Obesity in Adult Women: A Multilevel Analysis of Low and Middle Income Countries" *PLoS One.*, 2016; 10;11(3):e0150736.
14. Conklin AI, Ponce NA, Crespi CM, Frank J, Nandi A, Heymann J. "Economic policy and the double burden of malnutrition: cross national longitudinal analysis of minimum wage and women's underweight and obesity" *Public Health Nutrition*, 2017; doi:10.1017/S1368980017003433
15. Hemström Ö. "Health inequalities by wage income in Sweden: The role of work environment" *Social Science & Medicine*, 2005; 61 (2005) 637-647.
16. Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. "Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study" *Social Science & Medicine*, 2000: 1317-1327
17. Minkler M, Salvatore AL, Chang C, Gaydos M, Liu SS, Lee PT, Tom A, Bhatia R, Krause N. "Wage Theft as a Neglected Public Health Problem: An Overview and Case Study From San Francisco's Chinatown District" *American Journal of Public Health*, 2014; 104 (6): 1010-1020.●