

ADLI TIP BAKIŞ AÇISINDAN İŞ KAZALARININ DURUMU

WORK RELATED INJURIES FROM THE POINT OF VIEW OF FORENSIC MEDICINE

Haluk İNCE*, Bedia AYHAN ÖZYILDIRIM**

ÖZET

Bu derlemede iş kazalarının durumu, iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemeyi amaçlayan ilkeler ve uygulamalar bütünü olan “İş Sağlığı ve Güvenliği” kavramı, iş kazalarına hukuki yaklaşımlar ve öneriler irdelenmiştir.

ABSTRACT

The aim of this review is to discuss work related injuries, the concept of “Occupational Health and Safety”, and legal approach to work related injuries.

GİRİŞ

Genel sağlık sigortası, hastalık, analık sigortaları gibi kavramları içeren sosyal güvenlik sistemini ve sağlığı geliştirmeyi de içinde barındırır. Sağlık hakkının tam olarak varolabilmesi ekonomik gelişmelerle yakından ilgilidir. Ekonomik zenginlik, bu haktan yararlanmak isteyenler kadar, haktan yararlanacak olanlara en son ve en iyi teknolojiyi sunmakla görevli olan devlet açısından önemli bir belirleyicidir. Sağlıklı olmak, ülkemizde T.C. Anayasası’nda bir hak olarak güvence altına alınmıştır. Anayasamızın 60. maddesinde “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak tedbirleri alır ve teşkilatlanmayı kurar” denilerek bireye sosyal güvenlik konusunda verilen haklar, kesin hükümlerle belirlenmiştir. Sağlıklı bir yaşamın sağlanabilmesi için kişileri çevreleri ile bir bütün olarak ele almak ve sağlığın korunmasına öncelik vermek önemlidir (6).

Sağlığa ilişkin ilk kanun 1920 yılında çıkartılmıştır. Günümüze kadar çıkartılan yaklaşık 15 binin üzerindeki kanunun yalnızca 29’u sadece sağlıkla ilgilidir. Bu kanunlar çerçevesinde çıkartılan tüzük, yönetmelik ve yönergeler sağlık mevzuatını oluşturmaktadır (9). İş ve işçi sağlığı ile ilgili yaptırımlar, çalışma hayatını ilgilendiren ve yönlendiren tüzük ve yönergeler hem sağlık mevzuatının içerisinde hem de iş mevzuatının içerisinde yer almaktadır. İş mevzuatındaki ana hedef, iş ve işçi sağlığını en üst düzeye çıkartmaktır. İşçilerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, olanaklı olan en üst düzeye çıkarılarak sürdürülme-

si, işçi sağlığı olarak tanımlanır (12). İş sağlığı ise iş ile ilgili tüm süreçlerin sağlıklı olmasını ve işçilerin sağlığını ve güvenliğini sağlamaktır (1).

İşyerlerinde işçiler için çeşitli risk etmenleri vardır. Bu etmenlerin tanımlanması, bunlara karşı koruyucu önlemlerin alınması ve işçilerin bu konuda eğitilmesi onların sağlıklı çalışma yaşamı için ilk koşuldur. Çalışma ortamlarının, çalışılabilir, yaşanabilir, insani ortamlar haline getirilmesi talebi çok eski zamanlara dayanır. İnsanlık tarihi boyunca süregelen bu arayışlar yeni bir kavramı da ortaya çıkartmıştır. Günümüzde çalışan sağlığına yönelik çok disiplinli uğraşının özetlendiği bu kavram kısaca İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG)’dir. İSG, işletmelerde iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemeyi amaçlayan ilkeler ve uygulamalar bütünüdür. Günümüzde İSG yaklaşımı (hem sağlığın korunması ve hem de iyileştirilmesi)

- çalışanların çalışma kapasitelerinin korunmasını,
- hastalık ve kaza nedeniyle oluşabilecek erken maluliyeti önlemeyi,
- hastalık ve kaza nedeniyle oluşabilecek işten uzaklaşmaları önlemeyi de amaçlamaktadır.

Bu tanım çalışma hayatını birey-etken ve çevre üçgeninde tüm boyutları ile incelemekte ve hedeflerini sağlıklı kazasız işyeri olarak belirlemektedir (15).

Sağlığı bozan çevrenin sağlıklı bir hale getirilmesi, bireylerin eğitilerek bilinçlendirilmesi, doğru davranışların yerleştirilmesi ve İSG’yi tehdit eden etolojik koşulların ortadan kaldırılması İSG’ nin hedeflerini oluşturur. Bu alan,

Dergiye geldiği tarih/ Date received: 25.10.2004

* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul

** İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul

sağlıkla ilgili hizmetlerin yanında onları bütünleyen teknik hizmetleri de kapsamaktadır. Bu hizmetler iş kazalarını ve meslek hastalıklarını denetim altına alır (15).

Tüm mesleklerde işçilerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmak, bu düzeyde sürdürmek, işçilerin çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek, işçileri çalışma sırasında sağlığa zararlı etmenlerden oluşan tehlikelerden korumak, onları fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun mesleksel ortama yerleştirmek ve bu durumu sürdürmek işverenin görevi ve sorumluluğudur (1, 24).

Çalışanların iş yaşamında karşı karşıya kaldıkları en büyük riskler iş kazaları ve meslek hastalıklarıdır. Anayasa Mahkemesi bir kararında “çeşitli mesleklerin sağlık bakımından insanlar üzerinde zamanla yaptığı olumsuz etkiler meslek hastalığını ortaya çıkarmaktadır” diye belirtmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıkları için gerekli önlemleri alarak yüksek düzeyde korunma sağlamak olanaklıdır. İş kazası Sosyal Sigortalar Kanunu’nun 11. maddesinin A bendinde şu şekilde tanımlanmıştır; “İş kazası, sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan bir iş dolayısıyla, sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülmesi sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence veya ruhça arızaya uğratan olaydır (1). Bu tanımın çerçevesinde kaza ile iş arasında “illiyet bağı” sigortalının kanuna göre uygun tazminatı almasını sağlar.

Korunma, tüm sağlık sorunlarında birincil öncelikli olmakla birlikte İSG de, verilecek hizmetlerinin başında yer almaktadır. İşyerinde bunun için gerekli düzenlemeler yapılmalı, makineler üzerinde koruyucular bulundurulmalıdır. Çalışma ortamının yeterli şekilde aydınlatılması, sıcaklığın ve termal konfor koşullarının yerinde olması, fazla gürültü olmaması, bütünüyle işyeri ortamının güvenli hale getirilmesi genel ilkeler olarak sayılabilir. Tıbbi yaklaşım olarak işe giriş, aralıklı kontrol muayeneleri ve eğitim ile kaza riski azaltılabilir. Aralıklı yapılan muayenelerde yetersizlikleri saptananlar kaza riski olan işlerde çalıştırılmaz ve iş deneyimi olmayanlar yeterli süre adaptasyon eğitiminden sonra işe başlatılabilir. Kazaya yatkınlık (accident proneness-sakarlık) kavramının gerçekten sakar olmaktan çok kişinin eğitimi, işe uyumu, ortamın ergonomik koşulları, kişinin duyu fonksiyonları ile ilgili olduğu bilinmektedir (3, 21, 26).

Meslek hastalıkları %100 korunulabilen hastalıklardır. Hastalığın nedenleri iş yerindedir ve bilinmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Kanunu hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağını ve işten ayrıldıktan itibaren en geç ne zamana kadar meydana çıktığı taktirde, o işten ileri gelmiş kabul edileceğinin ve tespit edilen hastalıklar listesi dışında, herhangi bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmaması üzerinde çıkabilecek uyuşmazlıkların Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu’na karara bağ-

lanmasını öngörmüştür (16).

Çağdaş sağlık anlayışı, risk altındaki toplum kümelerinin, gereksinmelerine uygun, özel nitelikleri olan, sağlık hizmetleri almalarını öngörmektedir. İş sağlığı ile ilgili hizmetler esas olarak iş yerinde verilmelidir. Bu hizmetler temel sağlık hizmetleri kapsamında olup ve sağlık hizmetinin birinci basamağını oluşturur. İşçi sağlığı hizmetleri, salt çalışana verilecek, sınırlı sağlık bakımı hizmeti (tedavi edici hizmet) ile sağlanamaz (14).

Çalışanların yaptıkları iş ya da başlarına gelebilecek kaza nedeniyle bedenlerinde meydana gelen arızalar sonucu çalışma güçlerinde kayıplar oluşur. Bu eksiklik veya kayıplara maluliyet (çalışma gücü kaybı) denilir (25). Bu kayıpların işe bağlı oluşması; işvereni, çalışanı ve devleti ilgilendiren bir takım sorunları da beraberinde getirir. Çalışanın kaybının, işverenin kaybının hatta devletin kaybının hakkaniyet esasına göre yerine konulması en önemli problemidir.

Maluliyet ülkemizdeki sosyal güvenlik sistemlerinde yeterince yer almamakta ya da farklı değerlendirilmektedir. Bu da çalışma hayatında bir takım eksikliklere ve haksızlıklara yol açmaktadır. Bir sosyal güvenlik sisteminde (SGS), (örneğin SSK), bazı parametreler (yaş, iş kolu, arıza ağırlık ölçüsü vb.) göz önüne alınarak maluliyet oranı düzenlenirken, bazı SGS de (örneğin Emekli Sandığı) yalnızca arıza ağırlık ölçüsü (maluliyet oranının) belirlenmesi yeterli görülmektedir. Emekli sandığı çalışanları 1953, işçiler 1960 yılında çıkarılan yasa ile değerlendirilmektedir. Bu nedenle aynı iş kolunda çalışan, aynı yaş ve cinsteki bireylerdeki aynı tip yaralanma ya da sakatlıkların maluliyet oranı farklı hesaplanmaktadır. Bu farklılıklar ise bireylerin alacakları tazminatlarda eşitsizliğe ve hak kaybına yol açmaktadır (13).

Çalışma hayatında kazasız ve risksiz çalışma, her kesimin beklentisidir. Bir başka beklenti de kaza sonrası yaşanan mağduriyetin azaltılmasıdır. Kazanın hemen ardından mağdura gösterilen yoğun ilgi, zaman geçtikçe azalmaktadır. Mağdurun sorunlarının çözülmesi ve hak kaybının karşılanması temel insanlık haklarından biridir. İş kazalarında, Yargıtay 10. Hukuk Dairesi’nin 18.09.1989 gün ve 1989\6431 E ve 1989\6178 K sayılı kararı doğrultusunda maluliyet oranı öncelikle SSK Genel Müdürlüğü’nce belirlenir. Bu karara itiraz halinde Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu bu itirazı çözmekle yükümlüdür. Bu sonuçta itiraz halinde Adli Tıp Kurumu’ndan görüş alınır. Adli tıp Kurumu’ndan alınacak bu karar nihai karardır. İş kazasında son karar yeri olan Adli Tıp Kurumu’na (ATK) gelen dosyalar ülkemizdeki yıllık iş kazasına uğrayan olguların yaklaşık olarak %1’idir. Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu iş kazası ile gelen olgularda son başvuru yeridir. İş kazaları ilk olarak SSK Genel Müdürlüğünde, uyuşmazlık halinde Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu’nda, en son olarak da ATK 3. İhtisas Kurulunda görüşülmektedir (4).

2002 yılında yapılan bir çalışmada iş kazası nedeniyle ATK’ a gelen 164 olgunun % 95,1’ i erkek, %4,9’ u kadın çalışan olarak bulunmuştur (12). Güven’ in çalışmasında

iş kazasına bağlı maluliyet saptanan 36 olgunun %97'sinin erkek, %3'ünün ise kadın olduğu, Aşıcıoğlu'nun ve Forst'un çalışmalarında ise iş kazası geçiren erkek oranının %86 kadın oranının %14 olduğu öğrenilmiştir (2, 8, 10). Bunun nedeni, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınların aktif iş hayatına daha az katılmalarından öte sosyal güvenlik sistemlerinden daha az yararlanmalarındır. Başka bir deyişle sigortalı çalışan nüfus içinde erkeklerin daha yoğun yer almasıdır (5, 11, 17, 20). 1991 yılında ülkemizde sigortalı çalışan nüfus içerisinde erkeklerin oranı %90,1 iken 1998 de %90,3 olmuştur (19). Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı'nın 2002 İstatistik Yıllığı incelendiğinde, 72344 iş kazasının işleminin tamamlandığı ve bu kazalara bağlı %96,65 erkek, %3,35 kadının yaralandığı görülmektedir (19).

Olguların kaza geçirdikleri olay anındaki yaş grubuna bağlı dağılımları incelendiğinde, iş kazalarının 30-39 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu görülmektedir (27). 50 yaş ve üzerinde kaza oranının azalması hem çalışma oranındaki hem de edinilen tecrübeye bağlı olarak kaza oranındaki azalma ile açıklanabilir (12). Umut, çalışmasında iş kazalarını 30-39 yaş grubu için %27,4 (23); Ertürk ise aynı yaş grubu için %25,27 oranlarda saptamıştır (7). Ways'in çalışmasında da kaza geçiren olguların çoğunluğu, benzer biçimde, orta yaş grubunda yoğunlaşmaktadır (25). Buna karşılık Skov çalışmasında iş kazalarının genç yaşlarda ortaya çıktığını bildirmektedir (18). Hunting' in çalışmasında, kazaların %45,6' sının 25-34 yaş grubunda ortaya çıktığı bildirilmiştir (11). İş kazaları yaş ortalamasını Suruda 29,2 yıl olarak bulmuştur (20). SSK 2002 istatistiklerinde ise ülkemizdeki kaza yaşı ortancasının kadınlarda 29 yaş, erkeklerde de 32 yaş olduğu bildirilmektedir (19). İnce'nin yaptığı çalışmada ise iş kazası ortanca yaşı erkeklerde 31 yaş, kadınlarda 27,5 yaş olarak bulunmuştur (12). Ülkemizde genç nüfus oranının fazlalığına rağmen bunun istatistiklere yansımaması, genç nüfusun kayıt dışı ekonomide çalışıyor olmasını düşündürmektedir.

Davaların sonuçlanma süreleri iş kazalarında en önemli sorundur. 2002'de incelenen vakalarda davaların en uzun 24 yıl, en kısa 2 yıl sürdüğü göz önüne alındığında mağduriyetin bir başka boyutu da ortaya çıkmaktadır. "Gecikmiş adalet, adalet değildir" sözü özellikle hukuk davaları için kanayan bir yaradır. Bu gecikmelerin nedenlerinden bir tanesi de mahkemelerden ATK 3. İhtisas Dairesine yollanan dosyalardaki eksik belgeler yüzünden yazışmaların uzamasıdır. 2002 yılı içerisinde gelen olguların %73,2'si (n=120) iş mahkemelerinden, %26,8'i (n=44) asliye hukuk mahkemelerinden gelmiştir. İş mahkemelerinden gelen olguların ortalama sonuçlanma süresi 7,7± 3,1 ay, hukuk mahkemelerinden gelen olguların ortalama sonuçlanma süresi 7,9± 4,5 aydır (12). İş kazaları ve meslek hastalıklarına bağlı uyuşmazlıklar mahkemelere intikal ettiğinde iş mahkemelerinin sayıca yetersizliği nedeni ile davalar çoğu kez asliye hukuk mahkemelerinde görüşülür. İş mahkemeleri spesifik mahkemeler olduğundan bu mahkemeler dosyalarda eksik belge bulunmamasına dikkat eder-

ken, asliye hukuk mahkemelerinde aynı özen gösterilmemektedir. İş mahkemelerinde davalar konunun uzmanı hakim ve savcılar aracılığı ile asliye hukuk mahkemelerine kıyasla daha kısa zamanda sonlandırılmaktadır. Dava sürecinin uzaması kişilerin tazminatlarının ve hakedişlerinin alınmasında kayıplara yol açmaktadır. Bu nedenle halen yalnızca illerde ya da büyük ilçelerde (Lüleburgaz, Bornova, Kartal, Gebze) kurulmuş olan iş mahkemelerinin sayısının ve yaygınlığının artırılması gereklidir.

Ülkemizde maluliyet ve maluliyet oranlarının hesaplanması, Çalışma, Sağlık ve Adalet Bakanlıklarının sorumluluğundadır. Bunun tek bir çatı altında birleştirilmesi ve tek bir cetvelde hesaplanması gerekir. Bazı devlet hastanelerinin nasıl hesaplandığı belli olmayan maluliyet oranları, mahkemeleri çelişkiye düşürmektedir. Bu nedenle bugün kullanılan maluliyet cetvellerinin eksiklikleri tamamlanarak bu cetveller güncellenmelidir. Bu güncelleme farklı kurumları ve farklı uzmanlık alanlarını içine alan ortak bir çalışmanın ürünü olmalıdır. Çalışan tüm grupların (SSK'lı, Emekli Sandığı Mensupları vb) aynı cetvelle değerlendirilmesi uygun olacaktır. Emekli Sandığı derecelerinin 1953 tarihli olması ve günümüze kadar güncellenememesi karışıklığı yol açmaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri tek çatı altında birleştirilmeli, aynı işe aynı ücret nasıl isteniyorsa aynı soruna aynı karşılığı almak içinde ortak bir yapılanma gereklidir. Ayrıca Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde kadın çalışanlara ait cinsiyete özel hastalıklara (uterus, over vb.) ait maluliyet oranlarının yeterince yer almaması önemli bir eksiklik olarak görülmektedir.

İş mahkemelerinin sayısının ve niteliğinin artırılması davaların daha kısa sürede sonuçlanması bakımından kişilerin hak kaybını önleyici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akbulut T. İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, İstanbul 1994:75.
2. Aşıcıoğlu F, Okudan M, Umut S, Suyugül N. Göze yönelik travmalarda maluliyet olgularının değerlendirilmesi. Ulusal Adli Tıp Kongresi (1-4 Kasım / İstanbul) Kongre Kitabı, İstanbul 1994: 171-177.
3. Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliği, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2004: 260-261.
4. Birgen N, Okudan M, İnanıcı MA, Okyay M. İş Kazasına bağlı olgularda maluliyet oranı hesaplanması: Adli tıp açısından değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 1999; 4:101-108.
5. Christoffel KK. Child and adolescent Injury in the United States: How occupational injuries fit in. Am J Ind Med 1993; 24:301-311.
6. Erkan C. İş sağlığı Ders Kitabı. 2. Baskı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları sayı: 264. Ankara 1972: 204-209.
7. Ertürk S, Ege B, Yemişçigil A, Aktaş Ö. Maluliyet oranları saptanan olguların özellikleri. I. Ulusal Adli Tıp Kongresi (1-4 Kasım / İstanbul) Kongre kitabı İstanbul 1994:139-142.
8. Forst LS, Hryhorczuk D, Jaros M. A state trauma registry as a tool for occupational injury surveillance. J Occup Environ Med 1999; 41:514-520.

9. Genç MF. Türk Sağlık Mevzuatının İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Uzmanlık Tezi, Malatya, 1995; 88, 106, 224.
10. Güven E. Adli Tıp Açısından Maluliyetin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi) T.C. Adalet Bakanlığı Adli tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, 1986.
11. Hunting K. L, Nessel- Stephens L, Sanford S. M, Shesser R, Welch L. S. Surveillance of Construction Worker Injuries Through an Urban Emergency Department J Occup Med 1994; 36:356-364.
12. İnce H. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sonucunda Ortaya Çıkan Meslekte Kazanma Gücü azalma Oranlarının Hesaplanma Yöntemlerinin Farklı Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Araştırılması ve Standardizasyonu. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2004.
13. İnce H, İnce N, Tüzün B. İş kazaları ve Çalışma Gücü Kayıplarının Türkiye'deki Yasal Düzenlemeleri, Adli Tıp Bülteni 2000; 5:12-14.
14. Orhun H. İş Kazalarının İncelenmesi.TTB Yayınları.İş Yeri Hekimliği Ders Notları. 3. Basım Maya Matbaacılık, Ankara,1993: ss 245-255.
15. Özdemir NK. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği, Baro Yayınları, İstanbul, 2004.
16. Piyal B. AB Giriş Sürecinde İş Sağlığı ve İş Güvenliği, MESKA 2004 Kongre Sunum Kitabı, Cnidus, İstanbul, 2004.
17. Sahli BP, Armstrong CW. Confined space fatalities in Virginia. J Occup Med 1992; 34:910-917.
18. Skov O, Jeune B, Lauritsen JM, Bafred T. Occupational hand injuries. A population based description of the incidens and referral to causalty departments. Ugeskr Laeger 1999; 161:3285-3288.
19. SSK Genel Müdürlüğü Yayınları. Yayın No: 593. SSK 2002 İstatistik Yıllığı. Ajans- Türk Matbaacılık, Ankara, 2004: ss.73-81.
20. Suruda A, Floccare D, Smith G. İnjuries from tire and wheel explosions during servicing. Ann Emerg Med 1991; 20:848-851.
21. Takala J. Global estimates of fatal occupational accidents. Sixteenth International Conference of Labor Statisticians, International Labor Organization, Special Supplement, 6-15 October, Geneva 1998.
22. Tan O. İş Kazalarında Maliyet Metodolojisi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Master Tezi, 2001.
23. Umut Ş. Adli Tıp Açısından Maluliyetin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi), T.C. Adale Bakanlığı Adli tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, 1984.
24. Yıldız AN. AB Giriş Sürecinde İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemleri, MESKA, 2004, Cnidus, İstanbul, 2004.
25. Ways and Means Committee. Social Security: the Old Age, Survivors, and Disabilty Insurance (OASDI) Programs. U.S. Government Printing Office; 1996: 104-114.
26. Westerholm P, Baranski B. Guidelines for quality assurance in the management of multidisciplinary occupational health services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
27. WHO. WHO's global healty work approach. A strategy for the development of a comprehensive approach towards the promotion of health of all working populations. Geneva, World Health Organization, 1997.