

## DERLEME

## AVRUPA BİRLİĞİ, HEKİM İŞSİZLİĞİ VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK

*İ. Tolga BİNBAŸ*

Türkiye’de yaratılmaya çalışılan olumlu tablolara karşın Avrupa Birliği’nde ortalama işsizlik yüzdeleri %10’unun altına çekilemiyor. Almanya, Fransa, İngiltere gibi merkez ülkelerin dışında kalan ve birliğe yeni dahil edilen ülkelerde ise bu oran %20’leri bulabiliyor (Eurostat; 2005). Ya da ‘kısmi zamanlı çalışma’, ‘iş aramayı bırakma’ gibi sihirli formüllerle bu yüzde en azından kağıt üzerinde de olsa aşağıya çekilmeye çalışılıyor (Milliyet; 17.08.2004). Hal böyle olunca AB bölgesinde hekim işsizliği olup olmadığı da önem kazanıyor. Çünkü Türkiye’de yaratılmaya çalışılan olumlu tablo, sağlık alanında ideolojik olarak en çok hekimleri, hemşireleri de kapsayan orta sınıflardan başlayarak topluma salgılanıyor.

Bir ilk tespit olarak AB bölgesinde hem sağlık hizmeti kullanımında, hem toplumsal sınıflar arasında, hem de işgücü dağılımında eşitsizlikler derinleşiyor denilebilir. Örneğin en fazla gelire sahip olan nüfus dilimiyle en alttaki nüfus dilimi arasındaki beklenen yaşam süreleri 7-8 hatta bazı ülkelerde 15 yıl fark edebiliyor (Siegrist, J.; Marmot, M.; 2004). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yayımladığı Avrupa Sağlık Raporu’nda en önemli sorunun “yoksulluk” olduğunu belirtme ihtiyacı duyuyor. Yoksullar daha fazla bulaşıcı hastalıklara yakalanıyor, daha az beslenebiliyor, sağlık hizmetlerine daha az ulaşabiliyor ve verem, AIDS gibi hastalıklardan daha çok çekiyor. Aşı, ilaç bulunsa bile sosyal güvencesi olmayan ya da cebindeki parası yetmeyenler tedavi alamıyor (WHO; 2002). Son on yıl içinde AB bölgesinde hükümetler sağlıkta artan eşitsizliklere dair program üstüne program başlatmak zorunda kalsalar da sağlıkta kent/kır, yoksul/zengin, cinsiyetler ve ırklar arasındaki eşitsizliklerin önü alınamıyor

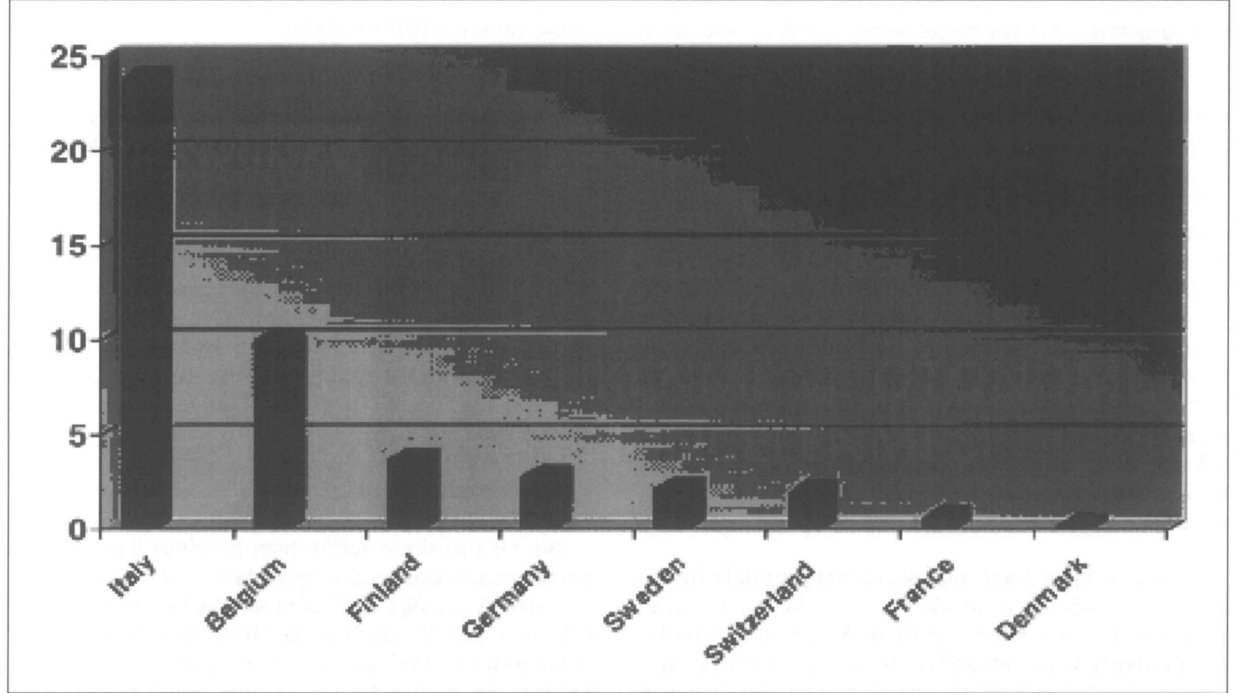
(Mackenbach, J. P.; Bakker, M. J.; 2003). Hangi sağlık göstergesi temel alınır alınsın Avrupa’nın sağlık haritasına bakıldığında eşitsizliklerin en fazla Orta ve Doğu Avrupa’da yoğunlaştığı görülüyor. Ancak haritalarda İspanya, İrlanda, İtalya gibi ülkelerin de bu eşitsizlikleri merkez ülkelere göre daha fazla yaşadığı görülüyor. Yani AB’nin hiyerarşi halkaları sağlık göstergelerine de yansıyor ve birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü halkalar kendiliğinden ortaya çıkıyor (WHO; 2002). AB, yeni katılan ülkelerle birlikte hem merkezinde hem de çevresinde, “piyasa uyumu” zorunluluğu nedeniyle sağlıkta eşitsizlikleri artırıyor ve bu eşitsizlik hekim istihdamına da yansıyor.

Örneğin AB ülkelerinde “iş bulamayan” hekim sorunu yaşanıyor Bir yandan hekimler büyük kent merkezlerinde ve bazı “çok kazandıran” branşlarda (kadın doğum, ortopedi, genel cerrahi gibi) yığılırken diğer yandan da birinci basamak ya da ana-çocuk sağlığı gibi toplum sağlığını yakından ilgilendiren alanlarda hekim sıkıntısı çekilmektedir. Bu eğilim özellikle yoksul, coğrafi olarak erişimi zor olan dağlık ve ada bölgelerinde çok daha ciddi sorunlara yol açmaktadır. (Avgerinos, E. D.; Koupidis, S. A.; Filippou, D. K.; 2004). Hekim ve sağlık hizmeti dağılımında piyasa dayatması nedeniyle eşitsizlikler önlenemezken örneğin İtalya’da işsiz hekim oranı yüzde 21 (bu oran 1998’de 65 bin işsiz hekim anlamına geliyordu), İspanya’da yüzde 8, Belçika’da yüzde 9, Yunanistan’da yüzde 7 ve İsveç’te yüzde 4 olabiliyor. (Şekil 1).

Ancak iş sayılarıyla bitmiyor. Çünkü 2000’den itibaren hekim işsizliğinin AB bölgesinde azalma eğilimi içine girdiği belirtilese de durum bütün ülkeler için aynı olmuyor: Örneğin Yunanistan’da hekim sayısı 1998’den 2002’ye %25 artarken (1998’de 44.753 varken 2002’de yaklaşık

\* Araş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Şekil 1. AB ülkelerindeki işsiz hekim yüzdeleri (1995)



European Federation of Salaried Doctors'dan alıntılan Avgerinos, E. D. ve ark. (2004)

60.000), yani zaman diliminde Yunanistan nüfusu sadece %0.5 büyüdü. İsviçre'de de hekim işsizliğinin %5'lerde olduğu tahmin ediliyor (Avgerinos, E. D. ve ark.; 2004).

İşsizliğe ve yoksulluğa toplumsal kaynakların piyasa karmaşası içinde yıpratılması eşlik ediyor. Kısmi zamanlı istihdam ve özelleştirmeler örneğin hekimleri çalışabildikleri zaman dilimi içinde daha çok kazanabilmek adına daha çok tanı koymaya, daha çok tetkik istemeye ve daha çok tedavi uygulamaya itiyor: Cerrahi girişimler ile görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerinin artışına gereksiz ilaç reçeteleme ve özel hizmetlerin artışı eşlik ediyor. Avrupalı sağlık otoriteleri bu duruma "kara ekonomi" diyorlar. Ayrıca örneğin bir kalp doktorunun piyasada tutunabilmesi için muayenehanesine ya da kliniğine mutlaka ama mutlaka pahalı bir ekipman alması gerekiyor; çünkü özel sigortalar müşterileri için hekimlerle anlaşma yaparken kataloglarda bu ekipmanları görmek istiyorlar. Hekim de bu pahalı ekipmanı alıp taksit parasını çıkarmak için, gerekse de gerekmeseyse de tetkik yapıyor (Avgerinos, E. D. ve ark.; 2004).

#### Hekim Göçü

Bir diğer önemli sorun ise AB bölgesindeki hekim göçü. Karmaşık boyutlar barındıran bu sorun merkez AB ülkelerinin uzman hekim ihtiyaçlarını yeni üyelerden karşılamaları yönünde, yani doğudan batıya bir göç söz konusu. Geçerli olan anlaşmalara göre AB vatandaşı olan ve kriterleri karşılayan her hekim istediği AB ülkesinde çalışmak üzere başvurabiliyor. Merkezi bir kayıt sistemi olmadığı için göç eden her hekimin o ülkeye ait kayıt

işlemlerinden geçmesi gerekiyor. Göçün birkaç pratik nedeni bulunmakta; ancak en çok öne çıkan etmen, yeni üye olan ve aday konumundaki ülkelerdeki hekim gelirlerinin göreceli olarak düşük kalması. Örneğin Almanya'da 2002'de poliklinik hizmetlerinde yıllık ortalama gelir bir hekim için 45000-55000 € iken Çek Cumhuriyeti'nde yıllık ortalama gelir 1999'da 7 000 €'ydu ve Polonya yıllık ortalama gelir tahmini olarak 6000 €'ydu. Ancak göç eden hekimler Alman meslektaşlarına göre daha az iş bulabiliyor. 2002'de Almanya'daki hekim işsizliği %2.2 iken göç eden hekimler arasındaki işsizlik oranı %12'ydi (Jakubowski, E.; Hess, R.; 2004). Almanya'daki 350000 hekimin yaklaşık %5'i yabancı ülke vatandaşı. Bunların büyük bir kısmı ise Rusya Federasyonu'ndan göç eden hekimler; İran ve Yunanistan da Rusya'yı takip ediyor. Ancak Rusya'dan göç eden hekimlerin ancak yarısı mesleklerini icra ediyor (Jakubowski, E.; Hess, R.; 2004). Ancak aynı zamanda hekimler Almanya'dan da İngiltere, Norveç, İsveç, Fransa ve Hollanda'ya göç ediyor. İngiliz NHS sisteminde hali hazırda Almanya'dan göç eden 2000 hekimin çalıştığı tahmin ediliyor. Ayrıca Almanya içinde de bir göç söz konusu; hekimler özellikle ülkenin doğu bölgelerinden batıya ve büyük şehirlere göç ediyor. Doğu Almanya'daki hekimlerin ücretleri batıdakiler hala %25 daha düşük seyrediyor ve ülke içinde göç eden hekimler özellikle akademik hastanelerdeki üst pozisyonlara yerleşmek üzere şehir değiştiriyorlar (Jakubowski, E.; Hess, R.; 2004). Bu göç sonucunda da batıda hekim sayısı artarken Berlin, Bremen, doğu Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen gibi şehirlerde hekim sayısı düşüyor ve bu bölgelerde yeterli sağlık hizmeti sunulmasında sıkıntılar yaşanabiliyor.

Hekim ithal eden bir diğer ülke ise İngiltere. Nüfus başına düşen hekim sayısı Avrupa ortalamasının altında olan İngiltere, eski sömürge bölgelerinden 1960'larda gelen hekimlerin emekliye ayrılmasıyla geçtiğimiz yıllarda göç eden hekimlere kolaylıklar sağlamaya başladı. Güney Afrika gibi ülkelerden gelen uyarılar doğrultusunda özellikle hekim sıkıntısı çeken bazı gelişmekte olan ülkelere karşı kısıtlamalara gidilse de her hastanenin ayrı bir işletme olduğu İngiltere'de bu uygulama çok da yer bulmuyor (Jakubowski, E.; Hess, R.; 2004). Bu göçün "insan kaynakları havuzunun genişlemesi", "ücretlerin aşağıya çekilmesi" gibi çok pratik birkaç sonucu bulunurken göç veren ülkelerde ise hekim ve sağlık hizmeti açıkları yaşanabiliyor. İngiltere özellikle göz hekimleri için ciddi bir göç merkezi konumuna gelmiş durumda iken örneğin Norveç aldığı göçlere rağmen radyoloji, anestezi, cerrahi, dahiliye ve psikiyatri gibi dallarda hala hekim sıkıntısı çekiyor. Almanya'da da sendikalar 15000 yeni hekim ihtiyacı bulunduğunu belirtiyorlar (Jakubowski, E.; Hess, R.; 2004).

Birçok etkene bağlı olarak AB bölgesindeki hekim ihtiyacının giderek artacağı tahmin ediliyor. Örneğin Almanya'daki hekimlerin %40'ını 59 yaş üstündekiler oluştururken, 35 yaş altındakilerin oranı sadece %18. Aynı zamanda tıp fakültelerine başlayan ve mezun olan hekim sayısı da farklılık gösteriyor; uzun çalışma saatleri, toplumsal prestij kaybı, özel sektörde iş bulma sorunu gibi nedenlerle Almanya'da 11500 tıp öğrencisinden ancak 7200'ü hekimlik için gerekli olan *Arzt im Praktikum*'a başvuru yapıyor. Bunun sonucunda 2001 itibarıyla ülkenin özellikle doğu bölgelerinde genç pratisyenlerin sayısı %17.6 kadar azalmış durumda (Jakubowski, E.; Hess, R.; 2004).

#### Avrupa'da sağlıkta artan eşitsizlikler

Her ne kadar AB'nin merkez ülkelerinin (İngiltere, Almanya, Fransa) sağlık göstergelerinde sabit bir gidişat görünse de verilerin daha detaylı analizi farklı bir tablo ortaya çıkarıyor. Tüm AB bölgesinde intihar, 15-34 yaş arasındakiler için trafik kazalarından sonra en önemli ikinci ölüm nedeni. Hollanda genel sağlık harcamasının yüzde 23,2'sini, İngiltere poliklinik harcamalarının yüzde 22'sini depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol ve madde kullanımı gibi akıl sağlığı sorunlarına harcıyor. Yine bu akıl sağlığı sorunlarının AB bölgesinde bireyin sağlıklı yaşamından çaldığı zaman (disability adjusted life years) dünya ortalamasının iki katı (yüzde 12'ye karşılık yüzde 20). Ve yine AB bölgesindeki bir birey bir akıl sağlığı sorunuyla karşılaşarsa, yaşamının yüzde 43'ünü bu sorunla uğraşarak geçirme riski (years of life lived with disability) taşıyor bu oran tüm dünyada yüzde 30 (WHO; 2001).

AB bölgesinde gençlerdeki her dört ölümden birisi alkol kullanımına bağlı ve Avrupa'da yıllık olarak 55 bin genç insan alkol tüketimine bağlı olarak hayatını kaybediyor. Madde bağımlılığı ise damar içi kullanım nedeniyle HIV'in gençler arasında hızla yayılmasına yol açıyor. Dünya ortalamasına göre, Avrupa bölgesinde genel

eğitim standartları daha iyi olsa da, genç insanların temel eğitimlerini tamamlamadan eğitimden "düşmeleri" endişe yaratıyor (WHO; 2002).

Aşırı kilolu olmak ya da şişmanlık ise çocukluk çağında başlıyor. Birçok Avrupa ülkesinde yetişkinlerin yüzde 20-30'u tıbbi anlamda şişman sayılıyor. Finlandiya, Almanya ve İngiltere'de her beş yetişkinden birisi şişman. Tabii ki şişmanlık birçok sağlık sorununa yol açıyor: Kalp damar hastalıkları, kanser, kas ve iskelet sistemi hastalıkları gibi. Ayrıca birçok ülkede her beş çocuktan birinin şişman olduğu bildiriliyor. Ülkelerin toplam sağlık harcamalarının yüzde 7'si şişmanlığa gidebiliyor. Örneğin İngiltere'de şişmanlıkla ilgili doğrudan harcamaların 500 milyon pound ve dolaylı harcamaların ise toplam 2 milyar pound'u bulduğunu belirtiyor Dünya Sağlık Örgütü (WHO; 2002).

#### Yunanistan Örneği

Bir AB ülkesinde sağlık hizmetlerinin başına neler gelebileceğini göstermek açısından ise Yunanistan çok tipik özelliklere sahip. 1981 yılında AB'ye (o zaman ki adıyla AET) üye olan Yunanistan'da 1983'ten itibaren Ulusal Sağlık Sistemi (ESY) adı verilen bir sistem uygulamaya başlıyor. Amaç "hantal ve verimsiz" olan kamu sağlık hizmetlerini, rekabet ortamı içinde geliştirmek, böylece vatandaşların daha iyi hizmet almasını sağlamak olarak belirleniyor ve bütçeden sağlığa ayrılan pay artırılırken sağlık harcamalarının büyük bir bölümü hastane harcamalarına kaydırılıyor. Tabii ki aynı dönemde özel sağlık harcamalarında da iki kata varan bir artış ortaya çıkıyor (Tountas, Y; Karnaki, P.; Pavi, E.; 2002).

2000'de ulusal gelirden sağlık harcamalarının toplam payı yüzde 9'a ulaşırken bu artışın büyük bir kısmı, cepten ödemelerle karşılanıyor ve uygulamaya konan sistem, bireyleri 1980'lere göre daha çok ödemeye mahkum ediyor (WHO, 2004). Aynı dönemde Yunanistan'da bir çok özel sağlık Merkezinin açılması teşvik edilmiş ve bu özel merkezler sosyal güvenlik kurumlarının bütçelerine, yaptıkları pahalı ve gereksiz uygulamalarla daha fazla yük bindirmeye başlamış. Sonuçta özel sağlık sigortaları çok hızla büyürken, sosyal güvenlik kurumlarının kaynakları, ihtiyacı karşılayamaz hale gelmiş (Tountas, Y; Karnaki, P.; Pavi, E.; 2002).

ESY uygulaması sağlık hizmetlerindeki eşitsizliği de arttırmış. Örneğin 2000 yılında Atina'da 1000 kişiye düşen hastane yatak sayısı 6,4 iken bu oran daha yoksul olan orta Yunanistan'da 1000 kişiye 1,2'de kalmış. 2000'de Atina'da 10 000 kişiye 88 hekim düşerken Orta Yunanistan ve Ege Adaları'nda aynı rakam ancak 30 olabilmış. Hastanelere yatışlarda uzun bekleme listeleri ve ameliyathanelerin yetersiz kullanımı ortaya çıkmış. Aynı zamanda yaşlı nüfusu artan Yunanistan'da uzun dönemli bakım yatağı sayısı da fazla kârlı olmadığı için azalmış. Yine 2000 verilerine göre Yunanistan'da 218 özel kliniğe karşılık sadece 139 kamu hastanesi bulunuyor (Tountas, Y; Karnaki, P.; Pavi, E.; 2002).

Sağlık sisteminin içinden çıkılmaz bir krize saplanıp kalması, 2000 yılında 17 yıldır iktidarda olan ve sağlık sisteminin bütün vebalini omzunda taşıyan PASOK hükümetini, Türkiye'ye yine çok tanıdık gelen bazı kararlar almaya sevk etmiş: Desantralizasyon, sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, kamu hastanelerinin yönetsel olarak yeniden yapılanması, kişisel hekimlik uygulaması, rekabetin artırılması, gibi...

Bu amaçla İngiltere'de 1980'den itibaren uygulanan model esas alınmış ve Bölgesel Sağlık Sistemi'ne (Periferiaki Systeemata Ygias/ PESYs) geçilmiş. Yunanistan 17 sağlık bölgesine ayrılırken sağlık hizmetleri sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış. Sağlık finansmanı için ODIPY isimli bir düzenleme ve denetleme kurulu yetkili kılınmış. Ayrıca bu kurula, bir bölgedeki nüfusun sağlık hizmeti için bir kamu hastanesiyle ya da özel bir şirketle anlaşma yetkisi verilmiş. Kamu hastanelerinin özel sektörle rekabet edebilmesi için de bu hastaneler "özerk işletmelere" dönüştürülmüş. Aynı zamanda kamuda çalışmaya başlayan yeni hekimlere 10 yıllık "başarılı" çalışma döneminin sonunda kalıcı çalışma kontratı yapılması uygulamasına geçilmiş. Yani hekimler sözleşmeli, performans dayalı çalışmaya geçmişler ve karşılığında da hastanelerde öğleden sonraları, akşamları özel hasta bakabilmelerine izin verilmiş. Ayrıca hastane yataklarının yüzde 20'si özel hastalar için ayrılmaya başlanmış (Tountas, Y; Karnaki, P.; Pavi, E.; 2002).

Yunanistan Sağlık Bakanlığı verilerine göre yeni sistemin tam olarak oturması 2006 sonunda mümkün olabilecek ancak 3 yıllık uygulama sonucunda hekim ve hemşire işsizliğinde, sağlık harcamalarında artış engellenememiş durumda. AB ülkelerine çalışmak üzere giden Yunanlı işsiz hekim sayısında da dramatik bir artış var. Tüm bu piyasa düzenlemeleri sonucunda Yunanlılar, 2001 yılı itibarıyla sağlık harcamalarının artık yüzde 44,6'sını özel harcama olarak yapıyorlar (WHO, 2004).

Eskiye göre kişi başına daha çok harcama yaparak ama daha sağlıklı olamayarak her şeyin üstüne sağlık hizmetlerinin yarısını cepten ödüyor Yunan halkı.

#### KAYNAKLAR

**World Health Organization; (2002)**, "The European health report 2002", WHO regional publications, European series, No. 97

**World Health Organization; (2001)**, "The World health report: 2001; Mental health: new understanding, new hope"

**Jakubowski, E.; Hess, R.; (2004)**, "The market for physicians"; *Health Policy and European Union Enlargement* içinde (Editörler Martin McKee, Laura MacLehose ve Ellen Nolte); Open University Press; sf.130-142

**Avgerinos, E. D.; Koupidis, S. A.; Filippou, D. K.; (2004)**, "Impact of the European Union enlargement on health professionals and health care systems", *Health Policy* 69: 403-408

**Mackenbach, J. P.; Bakker, M. J.; (2003)**, "Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences", *The Lancet* 362: 1409-1414

**Siegrist, J.; Marmot, M.; (2004)**, "Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges", *Social Science and Medicine* 58: 1463-1473

**Tountas, Y; Karnaki, P.; Pavi, E.; (2002)**, "Reforming the reform: the Greek national health system in transition", *Health Policy* 62:15-29

**Eurostat; (2005)**, <http://epp.eurostat.cec.eu.int>

**Milliyet; (17.08.2004)**, "Almanya'da işsizlik 'istatistikle' düştü"