

KONGRE-BİLDİRİ**KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK İŞKOLUNDA YENİ (?) ÇALIŞMA YAŞAMI SORUNLARI***Yücel DEMİRAL*, Alp ERGÖR*, Semih ŞEMİN****GİRİŞ**

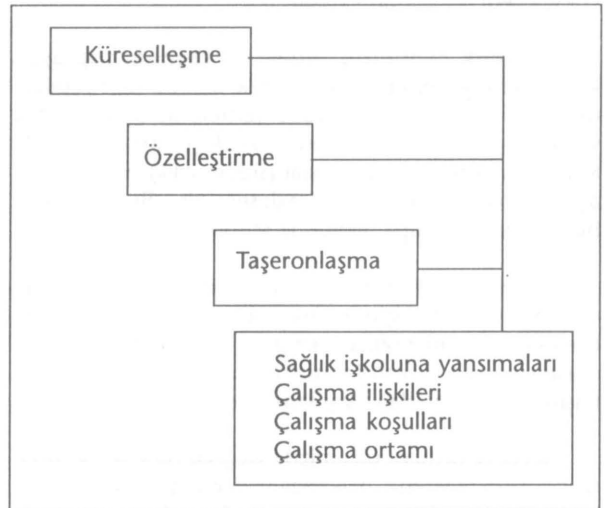
Dünyada yaklaşık olarak 35 milyon kişinin istihdam edildiği ve 1996 verilerine göre harcamaların küresel gayri safi hasılanın % 9.1'ini oluşturduğu sağlık işkolunda (Sİ) çalışma yaşamı, küreselleşme adı ile anılan "yeni ekonomik düzen" doğrultusunda yapısal ve işlevsel yönden büyük dönüşümlere sahne olmaktadır. Bu çalışma, eldeki verilerin ve tarihsel dönüşümün sağlık işkolundaki yansımalarını tartışmayı amaçlamaktadır.

GENEL KAVRAMLAR ve TANIMLAR:

Küreselleşme: Küreselleşme iki yönlü bir süreç olarak ele alınabilir. Bir yandan mal ve hizmetlerin giderek artan akıcılığı ve bundan kaynaklanan sınır ötesi ekonomik bağımlılığı ve hatta bütünleşmeyi ifade ederken, diğer yandan dünya kültürünün tek biçimli hale yönelmesini getirmektedir (Erdut Z.1996). Böylelikle, uluslararası piyasada mal ve hizmetler için benzer tüketim kalıpları oluşmaktadır. Burada dikkat çekilmesi gereken sözcük "akışkanlıktır". Küreselleşme kabaca bir şeylerin hareket halinde olduğunu, akışkanlığının arttığını ifade etmektedir. Bakış açısına göre, akışkanlığı artan değişik kavramlardan söz edilebilir; sermaye, rekabet, teknoloji, üretim biçimleri vb. bir çok şeyin akışkanlığında, hareketliliğinde artış olmuştur. Bunun sonucu olarak, özellikle 80'li yıllardan başlayarak, "hareketin" önünde duran engellerin kaldırılmasına yönelik, bir dizi "reform" paketleri gündeme gelmiştir. Sağlık sektöründe bu reform paketlerini üreten ve uygulamaya yönelik girişimler yapan kurumlar olarak Dünya Bankası (WB) ve Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) ön plana çıkışları aynı döneme rastlamaktadır. 1987 yılında

Dünya Bankası tarafından yayımlanan "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" başlıklı doküman, Bankanın sağlık alanında artan şekilde ağırlık kazanan etkinliğinin somut ifadesi olarak değerlendirilmektedir (Şemin S., Aksakoğlu G.)

Reformlar: Reform pozitif anlamı bir sözcük olarak kabul edilebilir. Planlanmış bir doğrultuda yenilenme demektir ve "var olan durumdan" daha iyi bir "durumu" öngörür. Ancak, sağlık reformları için bunun çok da doğru olmadığı görülmektedir. Aşağıda sağlık alanında öngörülen "reform programlarının" genel özellikleri çizilmeye çalışılmıştır (ILO 1998).



Şekil 1: Küreselleşme, Özelleştirme ve Taşeronlaşmanın Sağlık İşkoluna Yansımaları

* Dr. D.E.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

1. Etkliliğin artırılması: Aynı çıktıların daha düşük masraf ile karşılanmasıdır. Sağlık harcamalarındaki artış önemli sorunlardan birisi olarak görülmektedir. Reformun temel amacı nitel ve nicel bir azalmaya neden olmadan "üretkenliliğin" artırılmasıdır. Bunun, yönetim ve insan kaynaklarının kullanımındaki gelişmeler ile sağlanabileceği düşünülmektedir.

2. Kalitenin artırılması: Sağlık sektörünün performansının artırılmasına yönelik girişimlerdir. Bilgi akışının sağlanması ve yeni göstergelerle planlı bir sağlık hizmeti sunumu olarak ifade edilmektedir.

3. Ulaşılabilirlik ve ulaşılabilirlikte eşitliğin geliştirilmesi: Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik girişimleri tanımlamaktadır.

4. Sağlık hizmetlerinde çalışanların emek gücünün artırılması: Eğitimin yanı sıra verimliliğe dayalı yeni ücret ve hiyerarşi modellerinin geliştirilmesi, yeni yönetsel yapıların oluşturulması bu kapsamda ele alınmaktadır.

5. Özelleştirme: Sağlık hizmetleri finansmanının kamu dışına taşınması biçiminde tanımlanabilir.

6. Finansmanın kamu ve özel sektörlerce karma biçimde karşılanması: WB ve IMF kimi ülkelerde (örneğin Gana, Zambiya, Nijerya) karma sistemlerin kullanılabilirliğini özellikle vurgulamaktadır.

7. Desantralizasyon: Yönetmelik sorumluluğun yerel unsurlara devri, kendini yöneten "hastanelerin" ya da otonom bölgesel yapıların oluşturulması bu başlık altında ifade edilmektedir.

8. Pazar ekonomisinin (rekabetin) "piyasaya" uygulanması: Sağlık hizmeti sunan birimler arasındaki yarışmanın artırılması yöntemi ile verimlilik ve niteliğin yükselleceği ön görülmektedir.

9. Sağlık hizmetini sunan ve kaynağı toplayan kurumların ayrılması: Ülkemizdeki SSK benzeri yapılar için önerilen bu düzenlemelerin uygulamaya yansması SSK hastanelerinin özelleştirilmesi yolu ile Kurumun yönetsel ve finansal (sigortacılık) organlarının ayrıştırılması biçiminde gerçekleşecektir. Bu uygulama bir çok Doğu Avrupa ülkesinde yürürlüktedir.

10. Hizmetlerin yeniden yapılandırılması: Sigorta ve sağlık sistemleri içinde toplumun değişen demografik özelliklerine (yaşlı nüfusun artışı vb.) yanıt verecek yapılar oluşturulurken iyileştirici hizmetlerin geri çekilmesi bu başlık altında yer alan uygulamalardır.

Sağlık reformları ülkemizde değişik biçimlerde gündeme getirilmektedir. Yukarıda sıralanan bu genel özelliklerden "özelleştirme" en fazla tartışılan ögedir. Bununla birlikte, yeni yapılanma biçimleri kapsamında ele alınabilecek "sağlık sektöründe taşeronlaşma" daha az tartışılmıştır.

Özelleştirme:

Sağlık hizmetlerinin finansmanının yalnızca gelişmiş değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelere de gündemde kalmasının altında yatan temel etken sağlık sektörünün gelişen ve değişen teknoloji ile kar getiren bir yatırım alanı olarak ön plana çıkmasıdır. Türkiye'de de benzer bir eğilim söz konusudur. Türkiye'de 1985 - 1995 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcamaları Dolar üzerinden değerlendirildiğinde % 75 oranında artmıştır (Tablo 1). Aynı dönemde, tıbbi ithalatın sağlık harcamalarına oranı da 4 kat artmıştır (Şemin S.). Bu veriler, üçüncü dünya ülkelerinden gelişmiş ülkelere kaynak aktarımı genel eğilimini desteklerken Türkiye'nin de bu çizgide olduğunu düşündürmektedir. Küreselleşmenin "akışkanlık" olarak tanımlandığını düşünürsek bu akışkanlığın gerçekte iki yönlü olduğu, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere doğru kaynaklar aktarılırken gelişmiş ülkelere de gelişmekte olan ülkelere doğru teknoloji aktarılacağını görebiliriz.

Tablo 1: Yıllara Göre Sağlık Harcamalarındaki Değişim

Yıl	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (USD)	Değişim
1985	21.7	100.0
1990	36.2	166.8
1995	38.0	175.1

Kaynak: Soyer A., Belek İ.

Aynı dönemde, devletin sağlık harcamalarını sınırlamaya yönelik reformlar gündeme gelmiştir. Bu "sınırlama" gerçekte kamunun sağlık hizmetlerinden tasfiyesi anlamına gelmektedir. Özelleştirme yalnızca kamu mülkiyetinin özel sektöre satılması anlamına gelmemektedir. Özel sektörün sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştıran politikalar üretilmesi, serbest pazar ekonomisi çerçevesinde ele alınması özelleştirme olarak kabul edilmektedir.

Özelleştirme dört ayrı amaç ve unsuru içerir

1. Kamu sektörü tarafından üretilen mal ve hizmetlerin finansmanının özelleştirilmesi

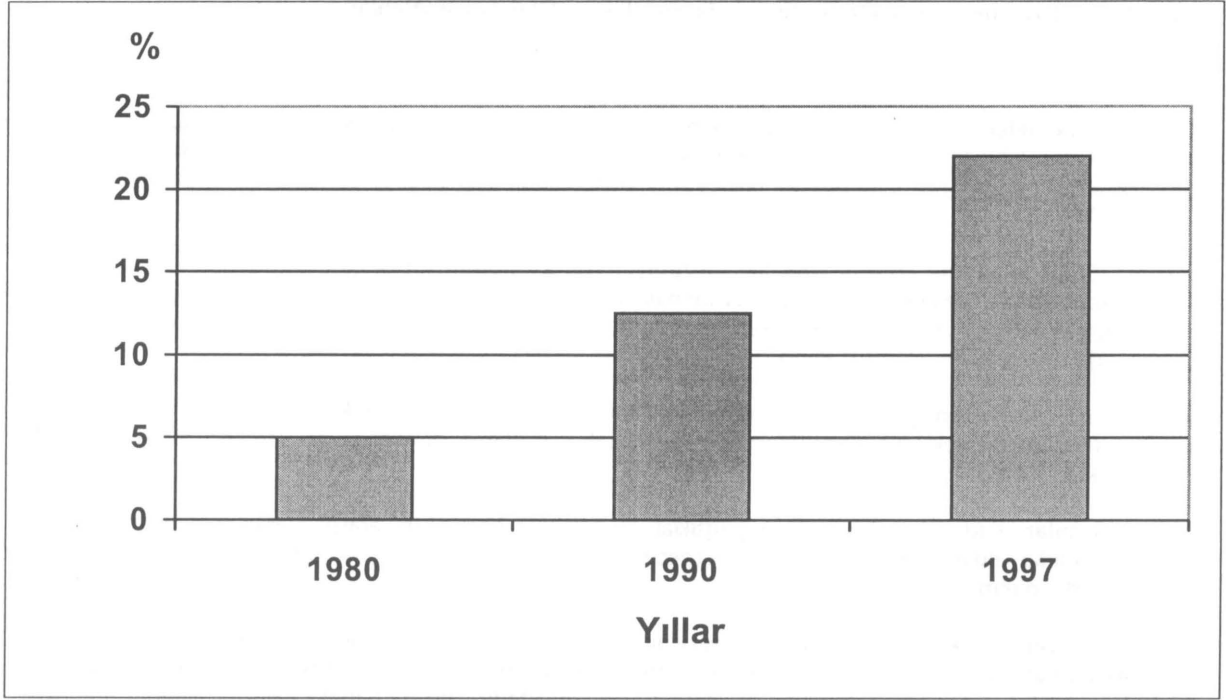
2. Kamu sektöründe finansmanı sağlanan mal ve hizmetlerin üretiminin özelleştirilmesi

3. Kamu kurumlarının mülkiyetinin ve yönetiminin kısmen veya tamamen özel kesime devredilmesi

4. Mal ve hizmet üretimindeki kamusal tekelin kaldırılması.

Taşeronluk (Alt İşverenlik) :

1475 Sayılı İş Kanunu 1/5 ve 29. Maddelerinde taşer-



Şekil 2: Türkiye'de Tıbbi İthalatın Sağlık Harçmalarına Oranının 1980-1997 Dönemindeki Değişimi

ronluk (alt işveren, müteahhit) kavramına yer verilmiştir. Belirli bir işin bir bölümünde ya da eklentilerinde iş alan ve işçilerini çalıştıran kişiye alt işveren denilmektedir. Ayrıca kanundan ya da hizmet akdinden doğan yükümlülüklerden asıl işveren birlikte sorumludur tanımlaması yapılmaktadır. Tam olarak aynı olmamakla birlikte benzer bir tanım Sosyal Sigortalar Kanununun 87/2 Maddesinde yapılmıştır.

Kamu kuruluşlarınca yaptırılacak işlerde alt işveren olma koşulları 1.11.1988 tarihinde çıkartılan 19976 sayılı resmi gazetede bildirilmiştir. İhale sözleşmesinde çalışma şartlarının sözleşmeye konulması zorunludur. Genel Esaslar 2/bent b Maddesi'ne göre; alt işveren, çalıştırdığı işçilerin, işin dahil olduğu bir işkolu ya da meslekte aynı tipteki iş için toplu sözleşme veya mevzuatta kabul edilenlerden daha aşağı olmayacak şartlarda çalışmalarını sağlar" hükmü vardır. İşkolunun belirlenmesinde öğretide işyeri bir bütün olarak ele alınır. 2821 sayılı kanununun 60. Maddesinde, bir işyerinde yürütülen işe yardımcı işlerin de asıl işin dahil olduğu iş kolundan sayılacağı hükme bağlanmıştır (Güven Y., Yanık S.1993).

Kamu sektörü tarafından üretilen mal ve hizmetlerin finansmanının özelleştirilmesi daha çok tıp fakülteleri diğer kamu hastanelerinde karşımıza çıkan vakıf ve derneklerle somutlaşmaktadır. Bu bağlamda taşeronluk, formel tanımına uymasa da sağlık iş kolunda yoğun olarak kullanılmaktadır. Özellikle tıp fakültelerinde artan miktarda "iş" vakıf ya da derneklerce yan kuruluşlara verilmektedir. Döner sermaye artık vazgeçilemez bir girdi olarak bütçede

yerini almıştır. Özellikle hastanelerde temizlik, yemek, bahçe ve çevre düzenleme işleri, otoparkların işletmesi ve benzeri çalışmalar kurulan vakıf ve derneklerce yürütülmektedir. Hatta devletin giderek elini çektiği sağlık ocağı, SSK dispanserleri dernek ya da vakıf kurarak temel gereksinimlerini karşılama yoluna gitmektedirler.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı:

Alt işverenlik sağlık sektörünün giderek yaygın bir uygulama halini almaya başlamıştır. Böylelikle sağlık hizmeti bölümlere ayrılmakta, sağlık işkolu çalışanlarının tek bir işkolu altında toplanması da engellenmektedir. Alt işverenlik uygulamasıyla benzer risk etmenleri ile karşılaştıkları halde çalışanların çalışma sürelerinde, ücretlerinde ve çalışma yaşamından kaynaklanan diğer haklarında - haksız- ayrımlara neden olmaktadır. İşsizlikle beslenen dolayısıyla işgücü sunumunun sorun olmadığı bir ortamda, alt işverenlikle bölümlere ayrılmış ve örgütlülüğü engellenmiş çalışanların eşit ücretle, esnek çalışma şansı veren iş akidleri yapabilmeleri olası görünmemektedir.

Sağlık bütüncül bir anlayışla ele alındığında, işsizlik, düşük ücret, esnek çalışma ve bundan kaynaklanan yeni çalışma ilişkileri, sağlıksız-korunmasız çalışma ortamları ve benzeri "risklerin" Sİ'de öncelik kazandığı görülmektedir. Pazar ekonomisinde küreselleşme süreciyle uyum çabalarının bir bölümünü oluşturan ve özelleştirmeyi kaçınılmaz çözüm olarak sunan "sağlıkta reform projelerine" karşın çalışma ve sağlık ilişkisinin temel belirleyicileri göz önünde tutularak bu sorun alanları için seçenekler üretmek olasıdır.

Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme, "Taşeronluk" ve Olası Sorun Alanları

Sorun Alanları
<p>Yasal düzenlemeler: Taşeronluğun formal tanımına uymamakla birlikte pek çok sağlık kurumunda kurulan vakıf ve dernekler bir yönüyle alt işveren ilişkisi özelliğindedir. Var olan yasal düzenlemeler bu tür çalışma ilişkilerinin ve biçimlerinin (örneğin esnek çalışma) sektörde yaygınlaşmasından kaynaklanan sorunları çözebilecek alt yapıya sahip değildir.</p>
<p>Eğitim: Sağlık alanında eğitim, özellikle mezuniyet sonrası eğitim en önemli öğelerden biridir. Sağlık desantralizasyonu ve özelleştirilmesi ile dağınık bir hale gelen sağlık işkolunda eğitimin düzeyini ve içeriğini kontrol etmek güçleşmektedir. Örneğin üniversitelerin giderek daha yoğun biçimde uzmanlaşmaya yönelik eğitim vermesi birincil sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir.</p>
<p>Örgütlenme: Alt işverenliğin ve esnek çalışma koşullarının yaygınlaşması ile birlikte sağlık işkolunda çalışanların örgütlenmesi güçleşmektedir. Örgütlenmede yaşanacak sorunlar iş güvencesi ve ücretleri olumsuz yönde etkileyecektir (Tablo3).</p>
<p>Kadın çalışanlar: Kadınların yoğun olarak çalıştıkları bu sektörde, kadınlar hiyerarşik olarak da daha alt düzeyde bulunmaktadır. Bu nedenle olumsuz etkilere (gece çalışması, şiddet maruziyeti vb.) daha açık bir çalışan grubu olarak değerlendirilmektedirler.</p>
<p>Çalışma zamanı: Esnek çalışma ve esnek sözleşmenin giderek yaygınlaşması vardiya çalışması, fazla mesai ve yarı zamanlı çalışmanın artmasına neden olmaktadır. Özelleşmenin yaygınlaşması ve kamuda ücretlerin düşürülmesi çalışanların birden çok iş yaparak gelir elde etmeye yönelmektedir. Bu da haftalık çalışma saatinin -informel olarak- çok uzamasına neden olmaktadır. (Türkiye Avrupa ülkeleri arasında sağlık işkolunda haftalık çalışma saatlerinin en uzun olduğu ülkedir 45 saat/hafta.)</p>
<p>İşin örgütlenmesi: Teknolojinin pazar gücü yönünden giderek önem kazanması, sağlık sektöründe işin yeniden yapılanmasına neden olmaktadır. Uzmanlaşmış birimler ve dikey örgütlenmeler giderek yaygınlaşmaktadır. Daha fazla sayıda yardımcı personel, bu yapılar içinde profesyoneller yerine çalıştırılmaktadır.</p>
<p>Ücretler: Yapısal uyum programlarının uygulandığı ülkelerde genel olarak ücretlerde bir düşüşün olacağı kabul edilmektedir. Sağlık sektöründe yaşanan taşeronlaşma ek olarak eşit işe eşit ücret ilkesinin zedelenmesine yol açmaktadır. İşsizlik ve istihdam biçimlerindeki değişiklikler genel olarak ücretlerin düşmesine neden olabilecektir.</p>
<p>Çalışma ortamı: Çalışma ortamı ile ilgili risklerde niteliksel bir değişim olmamakla birlikte çalışma koşullarının değişimi nedeniyle bu risklerle karşılaşma sıklığı ve zemini artacaktır. Bunun yanı sıra sağlık sektörünün giderek "informelleşmesi" denetim ve düzenleme ile ilgili sorunları da artıracaktır (Şekil 3).</p>

Tablo 3: İşyerinin Toplu İş Sözleşmesi Kapsamı Durumu ve Ücret

Toplu İş Sözleşmesi Durumu (TİS)(1)	1994 Yılında Kişi Başına Yıllık Ortalama Brüt Kazanç (Bin TL)
T.İ.S Kapsamındaki İşyerleri	224 848
T.İ.S. Kapsamı Dışındaki İşyerleri	83 106

Kaynak: DİE 1994

(1) Ücretli çalışan sayısı 10 ve daha fazla olan işyerleri kapsamıştır.

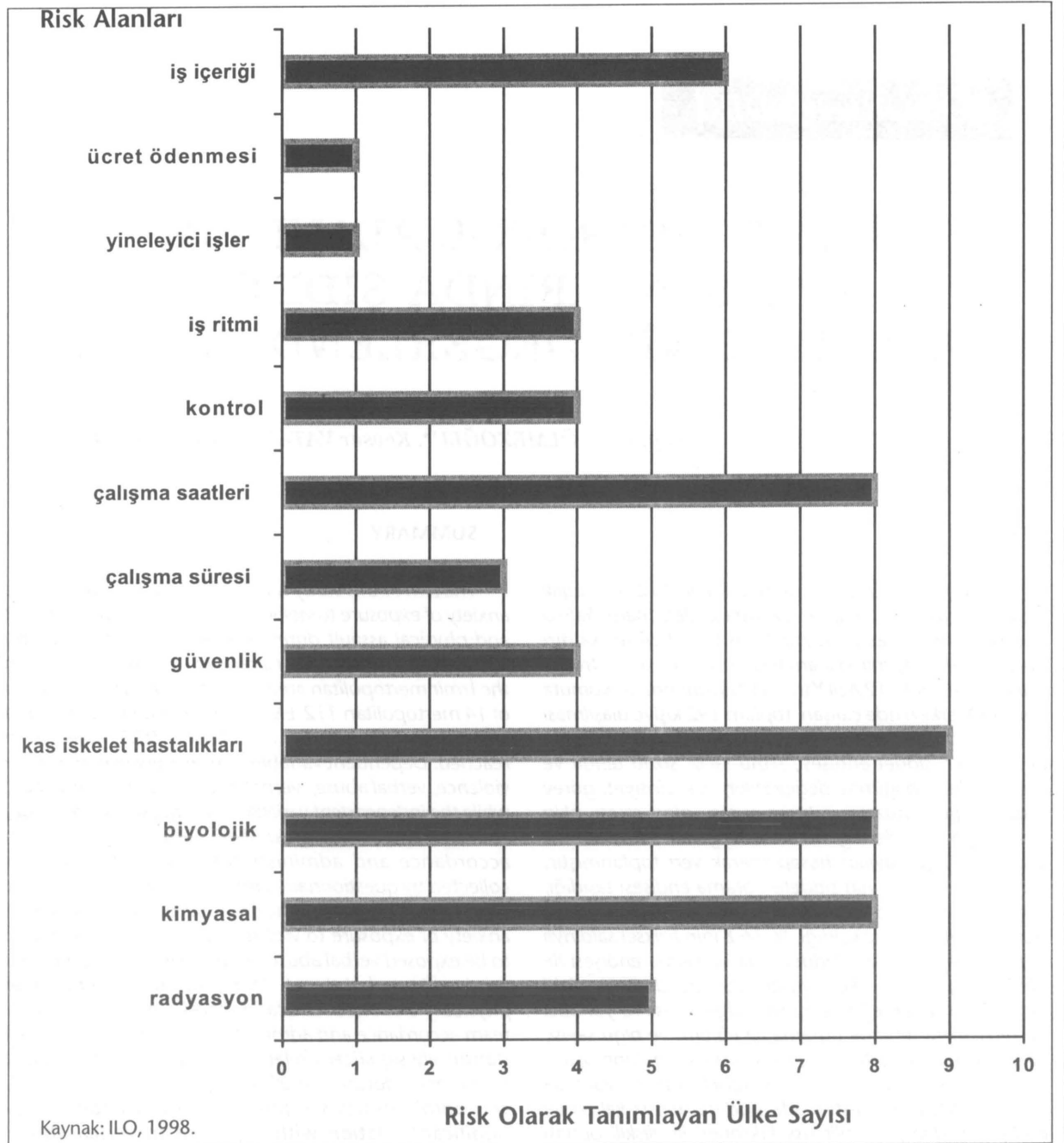
Sağlık reformları risklerin çeşitliliği açısından bir değişiklik getirmemiş gibi gözükmemektedir. EL Salvador, Ghana ve Nijer'de sağlık reformu sonrasında fizik etkenler açısından değişiklik olmadığı bildirilmiştir (ILO 1998). Ancak değişen pazar koşulları nedeniyle, bütçe kısıtlamaları ve rekabetin piyasaya hakim olmaya başlaması ile iş güvencesi, ücretler, çalışma saatleri etkilenmiştir. Ancak

bu saptamaların ötesinde genel olarak bir çok ülkedeki değişim sistematik olarak incelenmemiştir.

KAYNAKLAR

Erdut Z., (1996), Rekabetin İşgücü piyasasına etkisi.

Şemin S., Aksakoğlu G., (1998), Dünya Bankası ve Sağlık:



Şekil 3: Sağlık İşkolunda Risk Alanları; 10 Avrupa Ülkesinde Bildirilen Temel Sorunlar

Gerçekleri görmek bu kadar zor mu? Toplum ve Hekim: 13 (6): 416-18.

Terms of employment and working conditions in health sector reforms. (1998), Report for discussion at the joint meeting on terms of employment and working conditions in health sector reforms ILO.

Soyer A., Belek İ., (1998), Türkiye'de özel sağlık sektörü ve sağlıkta özelleştirme. Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler:

TTB: 53-69.

Şemin S., (1998), Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji.

Güven Y., Yanık S., (1993), İş hukukumuzda alt işveren uygulaması ve hukuki sonuçları.

DİE, (1994), İstihdam ve Ücret Yapısı Anketi, geçici sonuçları.