DERLEME

DOĞU AVRUPA'DA SAĞLIK "REFORMLARI" VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA-YAŞAM KOŞULLARI

Ata SOYER, Ayşe ÖZTÜRK***

Son zamanların önemli gündem maddelerinden biri, sağlık çalışanları eylemleri oldu. 5 Kasım 2003'te başlayıp, 10-11 Aralık 2003, 24 Aralık 2003 ve 11-12 Mart 2004'te devam eden bu eylemler, bir yanı ile toplumun sağlık hakkına sahip çıkışının yansımasıyken, diğer yanı ile de sağlıkta dönüşüm adı ile gündeme getirilen değişikliklerin sağlık çalışanlarının yaşam ve çalışma koşullarında yaptığı ve yapması olası olumsuzluklara bir dikkat çekme çabasıydı. Bu durum sağlık çalışanlarına mı özgüydü ? Hayır, tüm çalışanlar, özellikle kamu çalışanları, son süreçlerden olumsuz etkilenmekteydiler. Bu durum, ülkemize mi özgüydü? Hayır, tüm ülkeler, özellikle üçüncü dünya ülkeleri bu alt üst oluşu yaşamaktalar. Farklı ülkelerde, sağlık sektöründe yaşananların sağlık çalışanlarına çıktılarını birlikte değerlendirmek, bu olanlara ortak tepkilerin geliştirilmesi için anlamlı bir çaba olabilir. Bu bağlamda, "üçüncü dünyalaştırılmaya" çalışılan Orta ve Doğu Avrupa (ODA) ülkelerindeki sağlık sektöründe yaşananların sağlık çalışanlarına etkilerini tartışmaya çalışacağız.

Başlamadan önce, kavramı netleştirelim. Neresi, bu ODA ülkeleri? 1989-91 öncesi dikkate alınırsa; Arnavutluk, Bulgaristan, Çekoslovakya, Demokratik Almanya, Macaristan, Polonya, Romanya, Sovyetler Birliği, Yugoslavya yani toplam 9 ülkeden söz etmiş oluyorduk. Ya şimdi? Sadece Arnavutluk, Bulgaristan, Macaristan, Polonya, Romanya aynı isimle duruyor, diğerleri ise değişti: Çekoslovakya, Çekya ve Slovakya olarak, Yugoslavya ise Slovenya, Hırvatistan, Sırbistan-Karadağ, Makedonya Cumhuriyeti, Bosna-Hersek olarak, Sovyetler Birliği ise Estonya, Letonya, Litvanya, Moldova Cumhuriyeti, Belarus, Ukrayna, Azerbaycan, Ermenistan, Gürcistan, Kazakistan, Kırgızistan, Tacikistan, Türkmenistan, Özbekistan, Rusya Federasyonu olarak çoğaldılar. Ve artık, Demokratik Almanya diye bir ülke yok. Bir de ODA ülkeleri dışında, bölgedeki ülkeler, değişik nitelemelerle isimlendirilmekteler: Bağımsız Devletler Topluluğu (Baltık devletleri dışında, eski Sovyetler Birliği ülkeleri), Baltık Devletleri/Cumhuriyetleri (Estonya, Litvanya, Letonya), Visegrad Üçlüsü/Dörtlüsü (Çekya-Slovakya, Macaristan, Polonya), Balkan Devletleri (Arnavutluk, Bulgaristan, Romanya, eski Yugoslavya ülkeleri), Orta Asya ülkeleri (Kazakistan, Kırgızistan, Tacikistan, Türkmenistan, Özbekistan), vb. **(Holmes, 2000)**.

GİRİŞ

1990'lar, ODA ülkelerinde bir alt üst oluş başlangıcıdır. Alt üst oluş, yaşamın tümündedir. Tabii ki, sağlık sektörü de, bundan nasibini almıştır. Almaktadır. Dünya Bankası'nın "önerdiği" sağlık "reform"ları, 1990'ların başlangıcından bu yana, ODA ülkelerinde uygulanmaya çalışılmaktadır. Tıpkı diğer üçüncü dünya ülkelerinde uygulanmaya çalışılan sağlık "reform"larına benzeyen ODA sağlık "reform"ları, sağlık çalışanlarının yaşamlarını önemli ölçüde değiştirmiştir. Değiştirmektedir.

Değişimi anlamak için, değişimden önce ortada ne olduğunu saptamak ve değişimin bu ortada olanda neyi, ne yönde, ne kadar değiştirdiğini belli ölçütlere göre hesap etmek gerekir. ODA ülkelerinde değişimden önce ne vardı? Sosyalizm vardı. İçeriği tartışılsa da, bu ülkelerde 1990 öncesi üretim kamusaldı. Yani üretim araçlarının sahibi, kamuydu. Tarım-ülkeler arasında farklılıklar olmakla birlikte-önemli ölçüde kolektifti. Özel mülkiyet, daha çok ticari alanda ve oldukça sınırlıydı. Ekonomi, merkezi planlama temelinde yönetilmekteydi. Bazı ülkelerde, yerel inisiyatiflerin nispeten güçlü görünümüne karşın,

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
***Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İş Sağlığı Doktora Öğrencisi*

kumanda ekonomisi ağırlıktaydı. Tam istihdam ilkesi geçerliydi; yani herkesin işi vardı. Üstelik, sanayi üretiminde çalışmak, diğer sektörlerde çalışmaya kıyasla ücret açısından daha avantajlıydı. Ancak, bu avantaj, ücretler arasında derin uçurumlara olanak veren bir farklılık anlamına gelmiyordu. Örneğin, sağlık çalışanları, sanayi çalışanlarından az kazanıyorlardı. 1970'li yıllardan sonra bu ülkelerde yaşananlar, yukarıdaki tabloda bazı sıkıntılar yaratsa da, 1990'a kadar egemen görünüm özet olarak böyleydi.

Peki, sağlık hizmetleri ne durumdaydı, 1990 öncesinde? 1990 öncesi ODA ülkelerinde, sağlıkta da sosyalizm vardı. Bu ülkeler arasında ekonomik, sosyal, coğrafi, demografik vb. farklar olmakla birlikte, sağlık dahil bir çok alandaki benzerlikler söz konusuydu. "Sağlık hizmetleri 1990 öncesi nasıldı?" sorusuna en özet yanıt, "oldukça kamusaldı" olabilir. Yani, sağlık hizmetleri kamu tarafından, tüm halka ücretsiz ve eşit olarak sunulmaya çalışılmaktaydı. Sağlık hizmetleri finansmanı açısından ise, halkın vergilerinden oluşan genel bütçeden sağlığa ayrılan payla finanse etme yöntemi geçerliydi. 1990 öncesi sosyalist ODA ülkelerinde uygulanan sağlık hizmetleri örgütlenmesinin adı, "Semashko modeli" ydi. Halkın sağlığı, birinci basamaktan esenlendirici hizmetlere kadar, büyük ölçüde devlet tarafından güvenceye alınmıştı. Birinci basamak sağlık örgütlenmesi, sistemin temelini oluşturmaktaydı ve oldukça yaygındı. Finansman, genel ya da yerel düzeylerde toplanan vergilerle yapılmaktaydı. Sağlık hizmetleri, diğer toplumsal alanlara paralel olarak, önemli ölçüde merkezi planlama ile düzenlenmekteydi. Bu merkezi planlama, giderek yerel ölçekli inisiyatif açılımları ile birlikte uygulanmaya çalışılıyordu. Sağlık çalışanları, kamu görevlisi statüsündeydi ve özel çalışma, çok sınırlı olarak yapılmaktaydı. Sağlık çalışanları, ücretlerini sanayi işçilerini temel alan bir ücretlendirme modeli üzerinden almaktaydı ve sanayi işçilerinden az kazanıyorlardı. Özellikle, 1940'lı yıllardan sonra sayıları artan sağlık çalışanları ve hekimlere düşen nüfus, oldukça azdı. Sağlık sektöründe çalışanlar arasında, kadınlar ağırlıktaydı. Sağlık çalışanlarının "feminizasyonu" açısından, dünya sıralamasında en önde gelen ülkeler, ODA ülkeleriydi. **(Ayrıntılı bilgi için; Aksakoğlu 1978, Aksakoğlu 2003, Cengiz 2003, Özkan 2003, Soyer 1995).**

Tüm eksiklerine ve eleştirilere karşın, sosyalist ülkeler, dünyada sosyal politikaların en iyi uygulandığı ülkeler olarak kabul edilir. Hemen tüm sosyalist iktidarların ilk önceliklerinden biri, yaygın, parasız, kamusal bir sağlık hizmeti sağlamaktı. Bu hedefe, 1920'de Sovyetler Birliği'nde , 1945'te de diğer sosyalist ülkelerde önemli ölçüde ulaşılmıştı. Ve de, 1960-70'lere kadar, sosyalist devrim öncesine kıyasla sağlık ölçütlerinde, sağlık çalışanı sayısında, vb. çok hızlı ilerlemeler kaydedilmişti. Aynı başarı, istihdam, eğitim, emeklilik sistemleri için de, söz konusudur.

Özellikle, 1970-90 arasında olmak üzere, sosyalist sağlık örgütlenmesine yönelik en temel eleştiriler- konumuzla ilgisi bağlamında- "maaşlarının yetersizliğini gerekçe göstererek, hekimlerin hastalardan yasal olmayan paralar talep etmesi ve alması", "tıp teknolojisinin, Batı'ya kıyasla daha geri düzeyde olması", "halkın sağlık hizmetlerinin önceliklerinin belirlenmesinde çok söz sahibi olmaması", "1970'lerden sonra, özellikle erkeklerde doğumda yaşam beklentisinin azalması olgusuna yeterli ilgi gösterilmemesi", vb. olarak sıralanabilir **(Deacon ve arkadaşları, 1992; Holmes, 2000)**.

1990 SONRASI EKONOMİDE NE DEĞİŞTİ? SAĞLIKTA NE DEĞİŞTİ?

Öncelikle, en büyük ODA ülkesi Sovyetler Birliği dağıldı. Birçok yeni ülke "doğurdu". En büyüğü "Bağımsız Devletler Topluluğu" adını alan bu ülkelerin yanı sıra, Yugoslavya'nın parçalanarak yeni ülkeler "doğurması", Çekoslovakya'nın iki ayrı ülkeye ayrılması, Demokratik Almanya'nın Federal Almanya tarafından ilhak edilerek "Almanya(lar) nın birleşmesi, vb. ODA ülkelerinin sayısını arttırdı.

Tüm ODA ülkelerinde hızlı "yapısal düzenlemeler/ "reform"lar başlatıldı. Bu "reform"ların en önceliklileri, kamu ekonomisi ve merkezi planlamadan vazgeçilmesi ile kolektif tarımın tasfiyesi oldu. Eski kamusal ekonomi yerine ikame edilmeye çalışılan yeni "pazar" ekonomisi, hızla enflasyon artışı (Örneğin, Azerbaycan'da 1993-94'te %1130-1664, Belarus'ta 1993-94'te %1188-2127, Ermenistan'da 1993-94'te %3732-5273, Estonya'da 1992'de %1069, Gürcistan'da 1993-94'te %7492-7380, Kazakistan'da 1992-94'te %1513-2000, Kırgızistan'da 1993'te %1209, Letonya'da 1992'de %951, Litvanya'da 1992'de %1021, Moldova Cumhuriyeti'nde 1992'de %944, Özbekistan'da 1993'te %1312, Rusya'da 1992'de 1354, Tacikistan'da 1993-94'te 2195-2300, Türkmenistan'da 1993-94'te % 850-1608, Ukrayna'da 1993'de %4735...) **(Holmes, 2000)**, işsizlik, çalışma koşullarında kötüleşme, vb. durumlara yol açtı. Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'na "yapısal düzenlemeler" için başvurmaya koşa koşa giden ilk ülkeler olan Letonya, Litvanya, Hırvatistan, Slovakya'yı diğerleri izledi. ODA ülkeleri, ekonomi alanından sonra, diğer toplumsal alanlarda da "düzenlemeler/ "reform"lar başlattılar. Doğal olarak sağlıkta da... Değişimin adı, özelleştirmeydi. 1989 öncesi, hizmet ve tarımda çok sınırlı olan özel sektör, 1989 sonrası bu ülkelerde ciddi bir ağırlık kazanmaya başladı. ODA ülkelerinde özel sektörün GSYİH içindeki payı 1990'ların ortası için şu oranlardaydı: %65 (Çekya), %55 (Macaristan, Polonya, Slovakya, Estonya, Letonya), %50 (Arnavutluk, Litvanya, Rusya), %40 (Bulgaristan, Hırvatistan, Ermenistan), %35 (Makedonya Cumhuriyeti, Romanya), %30 (Slovenya, Kırgızistan, Ukrayna), %20 (Gürcistan, Azerbaycan, Moldova Cumhuriyeti, Özbekistan), %15 (Belarus, Tacikistan, Türkmenistan) **(Holmes, 2000)**.

Sağlıktaki değişiklikleri de tetikleyen en önemli toplumsal sorun, işsizlikti®. ODA ülkelerinde işsizlik 1990 sonrasında %2.8 ile %12 oranında artış göstermiştir. Çekya %2.8 ile işsizlik oranının en az arttığı ülkelerden biriyken,

Litvanya (%5.2), Letonya (%6.2), Estonya (%7.9), Rusya Federasyonu (%8.3) ve Macaristan (%8.9) onu izlemektedir. Bunların yanı sıra, işsizlik oranının %10'dan fazla artış gösterdiği ülkeler olarak da Polonya (%11.3), Bulgaristan (%11.5) ve Slovakya (%12) öne çıkmaktadır **(Aktaran Afford 2003)**. İşsizlik oranı olarak değerlendirildiğinde, 2000 yılı itibariyle, Avrupa'da işsizlik oranının en yüksek olduğu ülkeler, ODA ülkeleridir. Azerbaycan, Belarus, Moldova Cumhuriyeti, Kazakistan, Kırgızistan gibi çok düşük işsizlik oranlarını dışarıda bırakırsak, Makedonya (%32.2), Sırbistan-Karadağ (%26.1), Slovakya (%18.8), Arnavutluk (%18.4), Estonya (%13.7), Rusya (%13.4), Polonya (%13), Ukrayna (%11.9), Ermenistan (%11.7), Litvanya (%11.5), Gürcistan (%10.8), Romanya (%10.5), Çekya (%9), Letonya (%7.8), Slovenya (%7.6), Macaristan (%7) Avrupa ortalamasının çok üzerinde bir işsizlik oranına sahiptir **(WHO, 2002 a)**. İşsizliğin, belki de en doğrudan ilişkisi "yoksulluk"ladır. Ve, ODA ülkelerinde yoksulluk sınırının altında yaşayan nüfus, 1990 sonrası artmıştır. 1993-95 yılları arasında, günde 4 dolardan az kazanan nüfus oranı, Bulgaristan'da %15, Polonya'da %20, Belarus'ta ve Letonya'da %22, Litvanya'da %30, Estonya'da %37, Rusya'da %50, Romanya'da %59, Türkmenistan'da %61, Ukrayna ve Özbekistan'da %63, Moldova Cumhuriyeti'nde %66, Kazakistan'da %65, Kırgızistan'da %88'dir **(WHO, 2002 b)**.

Sağlık alanındaki değişiklikler, iki başlıkta gerçekleşti: Biri, ekonomik-sosyal altüst oluşun doğrudan etkileri biçiminde, diğeri ise uluslararası kuruluşların yönlendirdiği sağlık "reform"ları biçiminde. İlk aşamada, planlı kamusal ekonomilerin çökertilmesi üzerine, uzun bir süre sağlık alanına yatırım yapılmaması, sağlık alanını oldukça olumsuz etkiledi. Özellikle yataklı tedavi kurumlarında temizlik, ısınma, bakım hizmetleri aksamak durumunda kaldı. Temel ilaçların temin edilmesinde yetersizlikler yaşandı. Bazı sağlık kurumlarında yöneticilerin ve çalışanların atama, yer değiştirme gibi işlemleri durma noktasına geldi. Birçok sağlık kurumlarında maaşların ödenmemesi ya da geç ödenmesi nedeniyle, sağlık çalışanları gelirlerini "rüşvet" veya "cepten ödemeler" den sağlamaya başladı. Sağlık kurumları/hizmetlerinin bu denli tahrip edilmesi, toplumsal altüst oluşla birleştiğinde, belki de ancak bir savaş ya da afet ortamında yaşanabilecek sağlık çıktıları ortaya çıktı. ODA ülkelerinde, bu anlamdaki en önemli çıktı, doğumda yaşam beklentisinin düşmesidir. Özellikle orta yaş grubu erkeklerde, mortalite hızlarında aşırı bir yükselme yaşandı. Toplumsal altüst oluşun yarattığı stres, alkolizm ve artan şiddete bağlanan bu yüksek mortalite, yoğun bir geleceksizlik duygusu ile birlikte seyretmekteydi **(Ayrıntı bilgi için; Aksakoğlu 2003)**.

ODA ÜLKELERİNDE SAĞLIK ""REFORM"LARI"

Ekonomik ve toplumsal altüst oluş yaşayan tüm ülkeler, bir de sağlık ""reform"u" rüzgarı yaşadılar. Bu rüzgarın başlangıç tarihini, 1993 Almaty olarak ifade etmek yanlış olmasa gerek. Dünya Sağlık Örgütü'nün diğer uluslararası kuruluşların da desteği ile Almaty'de yaptığı bir toplantı, tüm ODA ülkelerinde neden, nasıl, hangi takvim çerçevesinde sağlık değişiklikleri yapılacağının çerçevesini oluşturdu. Daha doğrusu, oluşturulan sağlık "dönüşümleri"nin dikte ettirilmesi şeklinde oldu. Bu yıldan itibaren, ODA ülkelerinde hızla sağlık "reform"ları başlatıldı. Bu "reform"ların özetlenmesi nasıl olur denirse, "merkezi yapı yerine "desantralizasyon", vergi temelli finansman yerine cepten ödeme ağırlıklı sosyal sigorta sistemine geçiş ve kamusal hizmet sunumu yerine "özelleştirme" şeklinde bir yanıt yerinde olabilir. Bir de, sağlık çalışanlarının statü ve yaşam koşullarındaki değişiklikler bölümü var ki, o bölüm daha sonra aktarılacaktır.

1. "Desantralizasyon": ODA ülkelerinde 1990 sonrası atılan adımların başında, merkezi planlamanın terk edilmesi gelir. Merkezi planlama yerine, giderek bölgesel ve yerel yönetim-denetim geçirilmeye başlandı. Farklı ülkelerde farklı desantralizasyon biçimleri uygulanmakla birlikte, özellikle Bulgaristan, Çekya, Litvanya ve Romanya'da özelleştirmenin bir şekli olarak gündeme getirilmiştir **(Afford 2001)**.

Aslında, ülkemizdeki "reform" tartışmalarından bildiğimiz üzere, desantralizasyon, ODA ülkelerinde sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılmasının ve bu bağlamda finansman kurumlarının merkezi yapıdan koparılan sağlık kurumlarından hizmet satın almasının bir aracı olarak uygulanmıştır. Örneğin, Ermenistan'da yerelleştirme, kamu hastane ve polikliniklerinin özerkleştirilmesi/işletmeleştirilmesi, kendi gelirlerini halka hizmet satarak ayakta durması şeklinde yaşanmıştır **(Afford 2001)**.

Başka bir adlandırma ile ifade edersek, yönetimin desantralizasyonu, bir özelleştirme yöntemidir. Çekya'da 1990'lı yılların ortalarında, Klaus Hükümeti, yerel yönetimleri hastanelerin satın alınması konusunda özendirme politikası izledi. Ancak, çok sert bir muhalefet ile karşılaştığı için bu politikayı sürdürmekte zorlandı **(PSIRU , 1996)**.

2. Vergi temelli sağlık finansman modelinden, sigorta temelli finansmana geçiş: Merkezi planlamanın terki ile birlikte yaşanan bir diğer önemli adım, vergi temelli finansman modelinin terkidir. Bunun yerine sağlık ya da hastalık sigortası modeli, ODA ülkelerinde çeşitli formlarıyla boy göstermeye başladı. Bu ülkelerde, sağlık primlerinin toplandığı özerk sigorta fonları oluşturuldu. Fonlar, işçi ve patronlardan, ülkelere göre değişen orandaki primlerden ibaretti. Ancak, hemen tüm ODA ülkelerinde, sigorta fonlarına ciddi genel bütçe katkıları yapıldı. Halen de yapılmaktadır. 1990 sonrası yaşanan vergi-temelli yapıdan, sigorta-temelli yapıya geçiş, öz olarak vergilerden ve çalışanlarının ücretlerinin azaltılmasından sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Bu konuda özellikle Bulgaristan, Litvanya ve Rusya Federasyonu tipik örneklerdir **(Afford 2001)**. Nispeten zengin ODA ülkeleri, Çekya ve Polonya, birden fazla sigorta fonu oluşturulması ve bu fonlarının birbirleri ile yarıştırılması tercihini yaşama geçirdiler. Ancak,

sonuçların hiç de iç açıcı olmadığına ilişkin saptamalar söz konusudur **(Telyukov AV 1991)**.

Şu an için geçerli olan, yarı-özerk sağlık sigortalarıdır. Devletlerce oluşturulan, özerk gibi çalışan, ama maddi sıkıntıların aşılamaması nedeniyle devlet organlarının denetiminin eksik olmadığı bir finansman yapısı söz konusudur. Devletçe kurulmasına karşın, sigorta kurumları-devlet ilişkisi gergin bir şekilde sürmektedir **(Holmes, 2000)**.

3. Sağlık hizmetlerinin finansmanında "cepten ödeme" lerin ağırlık kazanması: ODA ülkelerindeki sağlık "reform"ları, birbirlerinden ayrılan finansman kurumu ile hizmet sunan kurumlarının birbirleriyle satın alma ilişkisi içine girmeleri ve bu satın alma sırasında hizmetten yararlananların cepten ödeme/katkı payı yapması ile bütünlenmiştir. Giderek de, sağlık "reform"larının en öne çıkan maddesi, cepten ödemeler olmuştur. Cepten ödemelerde aslan payı ilaç alımlarında ve diş hekimliği hizmetlerinden (Polonya, Litvanya) yararlanmada olmuştur. Ayrıca, bazı tedavi hizmetlerinden yararlanma sırasında cepten ödeme gündeme getirilirken (Kırgızistan, Letonya), Ermenistan gibi bazı ülkelerde ise, hemen tüm hizmet kullanımında cepten ödeme uygulanmaktadır **(Afford 2001)**. "Reform"lar, cepten yasal ödemelerin dışında, başta Moldova Cumhuriyeti ve Rusya Federasyonu olmak üzere, ODA ülkelerinde "informel" cepten ödemelere(= rüşvet) de yol açmıştır. Gerçi, bu tür ödemeler, "reform"lardan önce de söz konusu olmakla birlikte, "reform"larla birlikte ortadan kalkmamış ve yaygınlaşmak durumunda kalmıştır.

Tablo 1. ODA Ülkelerinde Özel Sektörün Sağlık Harcamaları İçindeki Payı 1995-2000 (WHO, 2002 b)

Ülke	1995'te özel sektör payı %	2000'de özel sektör payı %
Arnavutluk	23	37.9
Ermenistan	60.3	57.7
Azerbaycan	22.3	55.8
Belarus	15.2	17.2
Bulgaristan	18.1	22.4
Hırvatistan	19.1	15.4
Çekya	7.3	8.6
Estonya	8.6	23.3
Gürcistan	87.1	89.5
Macaristan	16	24.3
Kazakistan	18.2	26.8
Kırgızistan	11.9	38.3
Letonya	34.6	40
Litvanya	13.7	27.6
Polonya	27.1	30.3
Romanya	34	40.7
Rusya	18.5	35.3
Slovakya	17.9	10.4
Slovenya	21.9	21.1
Tacikistan	39.5	19.2
Makedonya	9.4	15.5
Türkmenistan	22.9	15.1
Ukrayna	16	29.9
Özbekistan	22.7	22.5
Yugoslavya	42.1	49

Özel sektörün, sağlık finansmanı içindeki seyir incelendiğinde, ODA ülkelerinde bu tablo daha anlaşılır olmaktadır.

4. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi: Sağlık "reform"unun kuramcıları, özelleştirmeyi, devletin fonksiyonlarının, kar-amaçlı şirketlere devredilmesi şeklinde yapılan bir desantralizasyon formu olarak tanımlamaktadır **(Saltman ve Figueres, 1997)**. Sağlık hizmetlerinin 1989 sonrası ODA ülkeleri için en net özeti, bir "özelleştirme coşkusu" olarak ifade edilebilir. Özellikle Çekya, Hırvatistan, Letonya, Litvanya, Moldova Cumhuriyeti, Polonya, Romanya, Slovakya'da özelleştirilmiştir. Özelleştirmede öncelik, eczane ve diş hekimliği hizmetlerinde yaşandı. Hastanelerin özelleştirilmesi konusundaki adımlar giderek yoğunlaştırılırken, birinci basamak hizmetlerin özelleştirilmesi, daha geç ve daha sınırlı oldu. Kurumların özelleştirilmesinin dışında bir sınıflandırma yapılırsa, şu özelleştirme biçimleri sıralanabilir: finans mekanizmalarının / fonların özelleştirilmesi, kurumların mülkiyetinin özelleştirilmesi, hizmet sunumunun özelleştirilmesi, istihdamın özelleştirilmesi, destek hizmetlerinin özelleştirilmesi veya sözleşmeyle devredilmesi (= taşeronlaştırma).

4.1. Finansmanın özelleştirilmesi: ODA ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanı, özerk sigorta fonları ile yapılmaktadır. Özel sağlık sigortaları çok yaygın değildir (Çekya gibi bazı ülkeler hariç). Ancak, hizmet satın alırken, cepten yapılan formel ve informel ödemeler de, özel finansman kapsamında değerlendirilmektedir **(Afford 2001)**.

Özel sağlık sigortaları, bazı ülkelerde (Çekya, Macaristan ve Polonya) teşvik edilmiş, bunun üzerine bazı uluslararası sigorta şirketleri bu ülkelere "çıkartma" yapmaya başlamıştır. Örneğin, Polonya'da ABC Medicover adlı bir şirket, sağlık sigortacılığına girmiştir. Henüz sınırlı ve devlet desteğine ihtiyaç duyan özel sağlık sigortacılığı, en çok kaynak kısıtlılığı engeli ile karşı karşıya olduğunu belirlemektedir Polonya'da ABD merkezli bir konsorsyum olan WHN, Hestja adlı iflas etmiş bir sigorta şirketine talip olarak, 9 milyon dolarlık bir yatırım yaptı. Polonya Hükümeti'nin de 3 milyon dolarlık desteğini aldı. 1995'de benzer bir gelişme bir İsviçre-Polonya ortaklığından geldi **(PSIRU 1996)**.

4.2. Sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel şirket ve kişilere devredilmesi: Örneğin Belarus ve Kırgızistan'da eczaneler, Çekya (tümü), Litvanya (%79) ve Polonya'da (%90) diş klinikleri, Çekya'da rehabilitasyon klinikleri, Ermenistan'da görüntüleme merkezleri öncelikle özelleştirilmiştir. Çok yaygın olmamakla birlikte Çekya, Hırvatistan ve Letonya'da birinci basamak sağlık kurumları kısmen ya da bütünüyle özelleştirilmiştir. Bu arada,

Bulgaristan ve Çekya'da bazı hastane yatakları özel sektöre devredilmiştir **(Afford 2001)**.

Eczanelerin özelleştirilmesi, ilaç üretiminin özelleştirilmesinin bir bileşeni olarak uygulamaya sokulmuştur. Bu gelişme, aynı zamanda, reçetelerin "liberalizasyonu" ile paralel seyretmiştir. 1990 sonrası, çok uluslu şirketler, ODA ülkelerinin ilaç sektörüne "el atmış", öncelikle bu ülkelerin ilaç ithalatında bir "patlama"ya yol açmışlardır. Arkasından, ulusal ilaç şirketleri-ağırlıklı kamuya ait olan-satın alınmaya başlamıştır. Polonya'da her 5 ilaçtan biri ithaldir ve bu ithal ilaçlara harcanan para, toplam ilaç harcamalarının yarısı kadardır **(PSIRU 1996)**. İlaç harcamalarının yüksekliği giderek artmakta, bu artış, zaten bir kaynak sorunu yaşatılan sağlık sektöründe, maliyetlerin daha da kısıtlanmasına yol açmakta, ilk elde de personel ücretleri ve halka yönelik hizmetler budanmaktadır. Bu arada, çok uluslu ilaç şirketleri, Macaristan gibi bazı ülkelerde "sağlık eğitimi" amaçlı bazı projeler başlatmış, bunun sonunda eğitimden ziyade, bu alanda sözleşmeli personel istihdamı artmıştır **(PSIRU, 1996)**.

İlaç sektöründe, ithal ağırlıklı harcamaların artışının, vazgeçilmez bir ayağı olan eczanelerin özelleştirilmesi, bu alandaki çalışanları, piyasa güçleri karşısında oldukça korumasız kılmıştır.

Neredeyse bildiğimiz tüm ilaç şirketleri Phoenix, Schering-Plough, Eli Lilly, Glaxo, Sanofi, Servier, Novopharm Macaristan'a hızla girmiş, Macaristan'ın en büyük dört ilaç üreticisinden üçü, bu çok uluslıuların denetimine geçmiştir (Lilly Hungaria Kft, Lilly'ye, Egis ise Servier'e...) Arnavutluk'ta halen kamu, ilaç üretimini sürdürmekle birlikte, hem ülke düzeyinde hem de uluslararası ilaç tekelleri, ilaç üretimine girmiştir. Çekya'da kamu ilaç alanından çekilmiş, bu alan çok uluslıuların denetimine geçmiştir. Romanya henüz hem kamu hem özel sektörün ilaç üretimi yaptığı bir ülke durumunda. Hırvatistan ve Litvanya, üretimin kamuda olduğu ülkeler. Ancak, toptan ilaç satışının/dağıtımının özel sektöre geçtiği ülkeler daha çok; Çekya (tamamen yabancı şirketlerin denetiminde), Litvanya (tamamen yabancı şirketlerin denetiminde), Letonya (tamamen yabancı şirketlerin denetiminde), Arnavutluk ve Romanya (hem özel hem kamu) **(PSIRU 1997)**.

ODA ülkelerinde kişi başına ilaç harcamaları, Batı'ya kıyasla daha az olmakla birlikte (Batı'da 200-400 dolar/kişi), "reformlar"la birlikte ciddi bir artış göstermiştir: Bu konuda en az harcama yapan, kişi başına 10 doların altında, Arnavutluk, Azerbaycan, Kırgızistan, Moldova Cumhuriyeti, Özbekistan, Tacikistan, Türkmenistan ülkelerin yanı sıra, 100-200 dolarlık kişi başına ilaç harcaması olan ülkeler de vardır (Çekya, Macaristan, Slovenya). Diğer ülkelerde ilaç harcamaları, 10-100 dolar arasındadır **(WHO, 2002 a)**.

Eczaneler kadar hızla özelleştirilen ikinci bir alan, özellikle Çekya ve Macaristan'ın en değerli döviz kaynakları olan, kaplıcalardır. Hemen tümü kamusal hizmet sunan bu kaplıcalar, 1990 sonrası, uluslararası şirketlerin satın aldığı otellerin mülkiyeti haline getirilmişlerdir. Çekya'da kaplıcaların 2/3'ü özel sektörün elindedir. Sağlık alanından, turizm ve otelcilik alanına devredilen kaplıcalar, çalışanların sendikalı olması gibi "lüks"lere izin vermemektedirler **(PSIRU, 1996; PSIRU 1997)**.

Sağlık kurumların özel sektöre devri, henüz çok yaşanmasa da, Çekya'da küçük de olsa, bazı spesifik alanların, örneğin doğum kliniği, biyokimya laboratuvarı, vb. özel şirketlerce satın alınması uygulamaları mevcuttur. Henüz sınırlı olan bir başka uygulama da, Macaristan'da bir-iki örnekte başarısız kalan, hastane yönetimlerinin özel şirketlerce yürütülmesidir. Bu olaylarda, yolsuzluk iddiaları sonucu, bu özelleştirme girişimleri "mahkemede" bitmek durumunda kalmıştır **(PSIRU, 1996)**.

4.3. Hizmet sunumunun özelleştirilmesi: ODA ülkelerinde hizmet sunumunda ağırlık halen devlette olmakla birlikte, bazı sağlık hizmetleri özel sektöre devredilmiştir. Örneğin, bu anlamdaki en belirgin değişim, ayaktan bakım hizmetlerinde yaşanmıştır. Genel pratisyenler, diş hekimleri ve ayaktan bakım alanındaki uzmanların sunduğu özel hizmetler, Bulgaristan, Çekya, Hırvatistan, Letonya, Slovakya'da sigorta fonları ile sözleşme yapılarak halka ulaştırılabilmektedir. Polonya ve Romanya'da da, cepten ödeme karşılığı bazı sağlık hizmetlerinin sunulması mümkün olabilmektedir **(Afford 2001)**.

Çekya, Macaristan ve Polonya'da hekimler, sözleşme sistemi aracılığı ile, özel hasta bakma hakkı edinmiş, bu gelişmenin sonucunda, tek tek hekimlik uygulamaları, yerini giderek özel şirketlerin-ulusal ve uluslararası-denetimine geçmeye başlamıştır Sigorta uygulaması ile birlikte gündeme sokulan, bir hizmet özelleştirmesi yöntemi, kamu hastanelerinde özel hasta bakımının yaygınlaşması olmuştur. Özellikle Çekya'da başlayan bu uygulama, özelleştirmenin en tipik örneği durumundadır **(PSIRU 1996)**.

ODA ülkelerinde özelleştirilen sağlık hizmeti alanlarından bir diğer ise, evde bakım hizmetleridir. Çekya'da evde bakım hizmetlerinin neredeyse tümü, Hırvatistan'da önemli bölümü özelleştirilmiştir **(PSIRU 1997)**.

4.4. İstihdamın özelleştirilmesi: İstihdamın özelleştirilmesinin anlamı, kamu çalışanı olarak çalışan sağlık personelinin, kamu dışında sözleşmeli çalışması ya da özel sektör çalışanı olmasıdır. ODA ülkelerinde özelleştirilen eczane, diş klinikleri gibi birimlerde çalışan sağlık personeli, özel sektör çalışanı olmuşlardır. Daha doğrusu, kendi işinde çalışmaya başlayan "esnaf"lar haline gelmişlerdir. Daha çok Çekya, Hırvatistan, Polonya'da bu tarz değişiklik söz konusu olmuştur **(Afford 2001)**. Özelleştirilen birimler dışında, bazı ülkelerde sağlık çalışanları kamuda "sözleşmeli" çalışmaya başlamışlardır. Bu kapsama girenler, daha çok hemşireler ve destek hizmet çalışanlarıdır. Ancak, ODA ülkelerinde halen, kamu çalışanı olmak, ağırlıktadır.

4.5. Taşeronlaştırma: Sağlık hizmetlerinde yaşanan özelleştirmenin en sık görülen şekli, yemek, temizlik, bilgisayar, vb. destek hizmetlerinin özel şirketlere gördürülmesi ve dolayısı ile bu hizmetleri görenlerin sözleşmeli hale getirilmesidir. Daha önce devlet tarafından yapılan bu hizmetlerin özel sektöre gördürülmesi ile, hemen tüm ODA ülkelerinde, ücretlerde ve özlük haklarında gerileme yaşanmıştır.

Bazı taşeronlaştırma işlemleri, teknik gerekçelerle, uluslararası kuruluşlarca destek alarak yapılmıştır. Örneğin, Macaristan ve Polonya'da bilgisayar teknolojisinin geliştirilmesi adı altında Dünya Bankası'nca desteklenen projeler sonucunda, hastanelerin bilgisayar hizmetleri önemli ölçüde taşeronlaştırılmıştır. Bilgisayar alanının bu denli öne çıkmasının nedeni, ödemelerin kişi başına yapılıyor olmasıdır.

Taşeronlaştırma, basit bir özelleştirme formu olarak algılanmamalıdır. Taşeronlaştırma, özü itibariyle çok uluslu şirketlerin, kamu sektörünü istila etmesinin en doğrudan yoludur. ABD ve Batı Avrupa'nın sağlık destek sektörü alanındaki büyük tekelleri ISS (Çekya, Macaristan, Polonya, Slovakya, Slovenya), Sodexho (Çekya, Estonya, Macaristan, Polonya, Slovenya), Compass (Çekya) ODA ülkelerindeki hastanelerde, temizlik, yemek, çamaşır, otopark, vb. hizmetlerini üstlenen sözleşmeler yapmaya başlamışlardır Bunlardan bir Danimarka merkezli şirket olan ISS, -temizlik, yemek, evde bakım ve diğer destek hizmetler konusunda oldukça uzmandır- Çekya, Macaristan, Slovakya ve Slovenya'da 3000 civarında sağlık

Tablo 2. ODA ülkelerinde faaliyet gösteren bazı özel sağlık şirketleri (PSIRU 1996, PSIRU 1997)

Şirket	Sağlık alt sektörü	Açıklama
Gehe (Çekya)	İlaç üretimi	Almanya kökenli bir çok uluslu şirketin Çek ortağı
HCMI (Macaristan)	Sağlık bakımı	İngiliz kökenli bir konsorsiyumun Macaristan'daki formu. Sağlık yönetimi, inşaat, enerji sektörlerinde faaliyet göstermekte. Budapeşte'de bir hastane inşaatı aldı. CM Klinikak diye bir özel sağlık hizmeti sunma girişimi oldu (Başarısız). Mahkemeye yansıyan yolsuzluklar söz konusu.
Lilley-Chinoin (Macaristan)	Sağlık bakımı	Lilly firmasının Macar ortakları Lilly Hungaria ile Elf Aqualtaine ve Sanofi firmasının Macar ortağı Gyogyszeres Vegyeszeti' nin ortak girişimi. Macar diyabet topluluğu ve sağlık bakımına odaklanan eğitim ve hizmet geliştirme faaliyetlerine yöneldi. Lilly'nin insülin pazarını geliştirme amaçlı.
SMS (Macaristan)	Bilgisayar	ABD kökenli bir bilgisayar firması olan SMS'nin Macaristan ayağı. Hastanelerde bilgisayar sistemi kurma faaliyetlerine girdi. 1994'te SMS sistemi Macarca'ya çevrildi, ve Tatabanya' da bir hastaneye uygulandı. Bir "software" şirketiyken, daha sonra "hardware" şirketine dönüştürüldü. 1995'te 700 bin dolarlık bir şirketti. Batı'da bir hastanenin bilgisayar harcamaları, toplam harcamalarının %1-3'ünü geçmezken, SMS'nin çalıştığı hastanelerde, bu maliyet %20 civarındaydı.
ABC Medicover (Polonya)		Sağlık bakımı Batı Avrupa merkezli bir özel sağlık sigortası firmasının Polonya girişimi. Ayrıca gündüz cerrahi merkezleri açma girişiminde bulundu. Avrupa'nın ünlü tekeli Rotschild'lerin desteklediği ifade ediliyor.
Gehe (Polonya)	İlaç	Alman ilaç tekelinin Polonya ayağı.
WHN (Polonya)	Sağlık bakımı	World Health Connection, California' ı hekimlerin sahip olduğu bir uluslararası konsorsyum. Özel sağlık klinikleri ve özel sigortacılık girişimleri oldu. Hestja isimli iflas etmiş bir sigorta firmasını 9 milyon dolara satın aldı, devletten de 3 milyon dolar destek aldı.
Sodexho (Çekya)	Sağlık bakımı, destek hizmetler	Fransız merkezli çok uluslu şirketin Çek ayağı. Çekya' da 5 hastaneyle sözleşme yaptı.
Eurest (Çekya)	Sağlık bakımı	Fransız merkezli, dünyanın en büyük yemek ve destek hizmeti şirketlerinden biri Compass'ın Çekya'daki ortağı. Giderek sözleşme yaptığı hastane sayısı artmakta.
Tamda AB Oy (Letonya)	İlaç	Finlandiya firması Tamro AB' nin Letonya girişimi.

çalışanının doğrudan işvereni durumundadır. **(PSIRU 1997)**.

5. Diğer "reform" adımları: Yukarıdaki adımlara ek olarak/onlarla birlikte sağlık sektöründe bazı yapısal değişiklikler de söz konusu olmuştur. Bunlardan biri, özellikle son yıllarda yaşanan "birinci basamak sağlık hizmetlerindeki "reform"lar dır. 1990 öncesinde, ağırlıklı olarak "uchastok" veya "poliklinik"ler temelinde ekip hizmeti olarak sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri, kendi muayenehanelerinde/ofislerinde pratisyen hekimlerin bireysel olarak hizmet sunmasına dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda, ekip hizmeti anlayışı, ücretlendirme modeli, vb. önemli ölçüde değişmektedir.

Bir diğer gelişme, kamu sağlık sektörüne ayrılan bütçenin giderek azal(tıl)masıdır. ODA ülkelerinin 1990 sonrası içine girdiği ekonomik kriz, milli gelirin azalması, vb. etmenler sonucu, kamuda sağlığa ayrılan para bazı ülkelerde azalmıştır. Arnavutluk, Azerbaycan, Hırvatistan, Estonya, Kazakistan, Kırgızistan, Letonya, Moldova Cumhuriyeti, Slovenya, Ukrayna, Yugoslavya'da 1995-2000 yılları arasında genel bütçe içinde sağlığa ayrılan pay düşmüştür **(WHO, 2002 b)**. Azerbaycan'da 1990-2000 arasında, Belarus'ta 1995-2000 arasında, Estonya'da 1995-2000 arasında, Kazakistan'da 1990-2000 arasında, Macaristan'da 1995-2000 arasında, Moldova Cumhuriyeti'nde 1995-2000 arasında, Rusya'da 1990-1995 arasında (2000'de artış var), Özbekistan'da 1995-2000 arasında milli gelir içinde sağlığa ayrılan pay, düşmüştür Buna karşın Çekya, Letonya, Litvanya, Polonya, Romanya, Slovakya, Slovenya bu açıdan, daha avantajlı görünmektedirler; ulusal gelir içinde sağlık payları 1990-2000 arasında ya aynı kalmış ya da artmıştır). Ancak, yine de ODA ülkelerinde bu oran, Batı Avrupa'ya kıyasla çok daha düşüktür; AB ortalaması %8.5, ODA ortalaması %5.3. Bu oran, Azerbaycan'da %0.9, Tacikistan'da %1.2, Kazakistan'da %1.9, Kırgızistan'da %2.1, Romanya'da %2.6, Arnavutluk'ta %2.8, Rusya'da %2.9, Moldova Cumhuriyeti'nde %3, Özbekistan'da %3, Ukrayna'da %3.5, Bosna-Hersek'de %3.5, ve Litvanya'da %5.1'dir **(WHO 2002b)**. Bu paranın içinde hastanelerin payının oldukça yüksek, koruyucu hizmetlere giden bölümünün ise çok yetersiz olduğunu eklemekte yarar var. Ek olarak, sağlığa ayrılan para içinde, sağlık çalışanlarına ödenen "informel" paranın payının yüksekliği belirtilmektedir.

ODA ülkelerinde sağlık "reform"u denildiğinde akla gelen ortak bir nokta da, Dünya Bankası'nın yönlendiriciliğidir. Hemen her ülke, sağlık "reform"unu uygularken Dünya Bankası'nın açık desteğini almıştır. Almaktadır da. Dünya Bankası 1990 sonrası, Ermenistan ve Gürcistan'da "sağlık hizmeti sunumu ile finansmanın ayrılması", Kırgızistan ve Romanya'da "birinci basamak sağlık hizmetleri "reform"u, Litvanya ve Polonya'da "ilaç pazarının yeniden yapılandırılması", Hırvatistan'da "sağlık kurumlarının fiziksel yeniden yapılandırılması", Kırgızistan, Letonya ve Romanya'da "sağlık sistem "reform"larının geliştirilmesi"nde önemli roller üslenmiştir **(Afford 2001)**. Bulgaristan ve Letonya, ek olarak, IMF'den kredi almış, ekonomik "reform"lar, devletin yeniden yapılandırılması ve özelleştirmeleri yaşama geçirmiştir. Dünya Bankası, Romanya'daki sağlık "reform"unda anahtar rol oynamıştır. 1992'de 150 milyon dolarla işe başlama parası sağlamış, proje zamanında tamamlanmayınca 1996'da 3 yıl daha uzatmış, 2000'de 60 milyon daha vererek desteğini sürdürmüştür.

Dünya Bankası, 1990 sonrası nerdeyse iflas noktasına gelmiş olan, 1990 öncesinde "Semashko modelinin incisi" diye adlandırılan Litvanya sağlık sisteminin sorunlarını "çok kötü örgütlenmiş, düşük nitelikli hastane alt yapısı var; birinci basamakta aile hekimliği yok; birinci basmak ve üst basamak ilişkileri kötü; düşük kurumsal kapasite" olarak tespit ettikten sonra, bu ülke için "hastanın seçme hakkına dayalı, hekime kafa başı ödeme yapılan, 'GP'temelli bir sistem" öngörmektedir **(ILO-PSI 2001)**.

Uluslararası kurumların uzmanları, ODA ülkelerindeki "reform"ları bizzat yönetmiş, ilgili ülkelerin Bakanlıklarına ve Hükümetlerine danışmanlık yapmışlar, ancak, bizzat "reform"ların etkileyeceği kesimlerin temsilcileri ile, özellikle sağlık çalışanlarının sendikaları ile iletişim kurmamışlardır. Bu durum, "stratejik olarak özelleştirmeye karşı olmayan" ILO ve PSI tarafından da kabul edilmektedir **(ILO ve PSI, 2002)**.

SAĞLIK "REFORM"LARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

ODA ülkelerinde sağlık "reform"larının sağlık çalışanlarına etkileri Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Kamu Çalışanları Sendikası (PSI) tarafından yapılan ayrıntılı çalışmalarda (2002'de Vilnius toplantısı), yedi başlıkta ele alınmıştır: işgücü/emek pazarı (labour market) güvencesi, istihdam (employment) güvencesi, iş (job) güvencesi, beceri oluşturma (skill reproduction) güvencesi, çalışma (work) güvencesi, temsiliyet (representation) güvencesi, gelir (istihdam) güvencesi **(Afford 2001, Beck ve arkadaşları 2002)**. Ayrıca, aşağıdaki soruların yanıtları aranmaya çalışılmıştır:

- Sağlık sektöründe çalışanlar arasında artan iş güvencesizliği hangi boyuttadır?

- İş güvencesizliği sorununun nasıl üstesinden gelinebilir?

- Özelleştirme sonucu işlerini kaybetmiş olan sağlık çalışanları, başka iş alanlarında istihdam edilebilirler mi?

- Özelleştirmenin, sağlık çalışanlarının güvence durumlarına etkisi nedir?

- ODA ülkelerinde sağlık çalışanlarının örgütlerinin "sosyal diyalog" içindeki konumu nedir?

- Sağlık çalışanları için, temel tehlikeler nelerdir?

- Sendikalar, özelleştirme ortamında, üyelerinin haklarının korunması için neler yapmaktadır?

- Sendikaların, günlük iş yaşamında, siyasal yaşamda

hangi güçlüklerle karşılaşmaktadırlar? **(ILO ve PSI, 2002)**. Ayrıca PSI'nın "Araştırma Birimi" ile ILO'nun ve ILO ile PSI'nin birlikte yaptığı birçok çalışma, DSÖ'nün ülke "HIT" raporları, sağlık çalışanlarının durumu konusunda gözden geçirilmiştir. Ancak, ağırlıklı değerlendirme, Afford'un 2001 ve 2003 tarihlerinde ILO ve PSI için yaptığı iki temel kaynağa **(Afford 2001 ve 2003)** ve iki ILO-PSI çalışmasına **(ILO-PSI, 2001 ve 2002)** dayandırılmıştır

Biz burada, daha çok söz konusu değerlendirmeleri kendi sistematiğimizle ele almaya çalışacağız. Geçmeden önce, İLO ve PSI'nin özet değerlendirmesi, 1990 sonrası değişikliklerin sağlık çalışanlarının çalışma ve yaşam koşullarını olumsuz etkilediği yönündedir. ODA ülkelerindeki "reform"ların iyi uygulanmadığını tespit eden bu iki kuruluş, bu "reform"ların sonucunda, bazı yerlerde sağlık hizmetlerinin durma noktasına geldiğini saptamışlardır. "Reform"ların sonuçlarının olumsuzluğu bir yana, kaynak yetersizliği, bu ülkelerde, işleri iyice sıkıntıya sokmuştur **(ILO ve PSI 2002)**.

SON ON YILIN "İLK" SONUÇLARI

1. Sağlık çalışanı sayısı azal(tıl)mıştır. Dünyanın birçok bölgesine kıyasla, nüfus/hekim ilişkisinin olumlu olduğu sosyalist ülkelerde, 1990-2000 yılları, hekim başına düşen nüfusun artması şeklinde değişmiştir. Bin kişiye düşen hekim sayısı Gürcistan'da 4.9'dan 4.7'ye, Özbekistan'da 3.4'den 3'e, "yeni bağımsızlığını elde etmiş ülkeler"de 4'den 3.7'ye gerilemiştir. Gerileme sadece bu ülkelerde söz konusu değildir: Azerbaycan, Bulgaristan (1995-2000), Ermenistan, Estonya, Kazakistan, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Makedonya (1995-2000), Moldova Cumhuriyeti, Tacikistan, Ukrayna 1990-2000 arasında nüfusa düşen hekim sayısının azaldığı ülkeler olmuştur. Azalma, sadece hekimler için geçerli değildir, hemşire sayısında da gerileme söz konusudur. Azerbaycan, Bulgaristan, Ermenistan, Estonya, Gürcistan, Kazakistan, Letonya, Litvanya, Makedonya, Moldova Cumhuriyeti, Romanya, Rusya Federasyonu, Tacikistan, Ukrayna aynı yıllarda hemşire sayısının nüfusa göre azaldığı ülkelerdir **(WHO 2002 b)**.

Azal(t)manın bir diğer yolu, sağlık kurumlarının sayısının azaltılması yolu ile, ihtiyaç duyulan sağlık çalışanı sayısının azaltılmasıdır. Son 10 yılda, öncelikle hastaneler olmak üzere, sağlık kurumu sayısı değişmiş, yani azalmış, buna paralel olarak sağlık personeli sayısı da azalmıştır (Kırgızistan ve Slovakya'da hastane sayısında hafif bir artış görülmekle birlikte, Ermenistan'da ve Moldova Cumhuriyeti'nde ciddi hastane kapanmaları yaşanmıştır). Bulgaristan, Çekya, Ermenistan, Moldova Cumhuriyeti, Ukrayna'da sağlık çalışanı sayısındaki değişim, azalma yönünde-işten çıkarmalar nedeniyle- olmuştur. Buna karşın, Hırvatistan ve Letonya'da sağlık çalışanı sayısı-kamuda azalıp, özelde artarak- sabit kalmıştır. Belarus, Kırgızistan ve Polonya'da 1990 sonrası sağlık çalışanı sayıları artmıştır. Litvanya'da da 1990 sonrası artış yaşanmasına karşın, 1996'dan sonra bu sayıda azalma görülmeye başlamıştır **(Afford 2001 ve 2003; Saltman ve Figueres, 1997)**.

2. Eski istihdam modeli bütünüyle değişmiştir. İstihdamda ağırlık, kamudan özele kaymaktadır: ODA ülkelerinde 1990 öncesi, devlet güvenceli tam istihdam modeli geçerliydi. Bu model 1990 ile birlikte değişmeye başlamıştır.

Litvanya'da, sağlık çalışanlarının statüsü, 1990 ile birlikte değiştirilmiştir. Eskiden Sağlık Bakanlığı'nın personeli olan çalışanlar, yerel yönetimlere devredilmişlerdir. Sigorta fonunun, kamu ya da özel ayırdetmeksizin hizmet satın almasına dayalı her "reform" gibi, bu fona hizmet satan sağlık kurumlarındaki çalışanlar, sözleşmeli statüye geçirilmişlerdir. Aynı süreç, Romanya için de geçerlidir. Sigorta fonu, 6 bölgeye ayrılmış bu ülkede, her bölgede hizmet satın alma modeline oturmuştur **(ILO-PSI 2001)**.

Kamu istihdamı azalmış, özel sektör istihdamı artmıştır. Örneğin, Çekya'da 229 bine yakın sağlık çalışanının %55'i kamuda istihdam edilirken, %45'i özel sektördedir. Tamgün sözleşmeli hekim sayısı 37 bin civarındadır. Bunların %57'si özel sektörde çalışırken, 104 bin kadar paramedikten %37'si özel sağlık sektöründe istihdam edilmektedir. Hizmetli sağlık personeli oranı %3.5, yardımcı sağlık personeli oranı ise %8.5 kadardır. Ülkede sağlık personelinde ağırlık, hemşirelerdedir. Sağlık çalışanlarının yarısı hastanelerde istihdam edilirken, ¼'ü de ayaktan bakım merkezlerinde çalışmaktadırlar. Toplam sağlık çalışanlarının %30-40'ı ise sendikalıdır Çekya'da 67 binin üzerinde yatağa sahip, toplam 203 hastane mevcuttur; hekimlerin ¼'ü, diğer sağlık profesyonellerinin %42'si hastanelerde çalışmaktadır. 3.5 milyonluk Litvanya'da 4650 hekim, 1168 diş hekimi, 10500 hemşire birinci basamakta çalışmaktayken, 36 bin civarında yatağı olan 187 hastane mevcuttur. Yatak sayısı giderek azaltılmaktadır. **(ILO-PSI 2001)**.

Litvanya'da "hizmet satın alma" uygulamasına geçildikten sonra, özel sektörde de hafif bir gelişme görülmüştür. Çok yaygın olmayan özel sektör, Litvanya'da daha çok zengin hastalara hizmet vermekte, özel yatırımların 2/3'ü diş hekimliği alanında yapılmakta, onun dışında estetik cerrahi, psikoterapi, jinekoloji alanlarındaki özel klinikleri kapsamaktadır. Ama, sağlıkta asıl özel sektör, ilaçtadır ve toptan ticaretin tümünü, perakende ticaretin ise ¾'ünü kontrol etmektedir. İlaç harcamaları 1995'de toplam sağlık harcamalarının %37'sini, 1997'de %28'ini oluşturmaktadır. Pahalılığın, 1990 öncesinin ucuz Sovyet-kökenli ilaçlarının yerini, Batı-kaynaklı ilaçların almasından kaynaklandığı ifade edilmektedir Romanya'da ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %33'üdür. **(ILO-PSI 2001)**. Litvanya'da 1996-2000 yılları arasında, özel sektörde çalışanlar 1.7 kat artmış, özelde çalışma diş hekimlerinde % 79, diğer tıbbi uzmanlarda %26 artmıştır Romanya'da birinci basamakta çalışıp, sigorta fonuna hizmet satan hekimlere kendilerine kayıt olan kişi sayısına göre ödeme yapılmaktadır. **(ILO-PSI 2001)**.

Hırvatistan'da 1990-1999 yılları arasında, sağlık çalışanı sayısında binin üzerinde azalma yaşanmıştır. 1995-97 arasında hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire ve ebe

sayısında hafif bir artış olurken, 1990 sonrası kadın sağlık çalışanlarında da çok az bir artış yaşanmıştır. İdari ve destek personel hakkında yeterli bilgi yoktur. İstatistikler, Hırvatistan'da sağlık çalışanı istihdamının çok değişmediğini göstermekle birlikte, ayrıntılı bir bakış, kamudan özele geçiş olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Örneğin, Hırvatistan'da özel sağlık sektöründe çalışanların oranı toplam içinde %2.2 iken, bu oran 10 yıl sonra %14.5 olmuştur **(Afford 2001)**.

3. "Değişim"in bir başka temel bileşeni, sağlık çalışanı işsizliğidir: İşsizlik istatistikleri ile ilgili ODA ülkelerinde çok net bilgi olmamakla birlikte, son yıllarda Bulgaristan, Ermenistan, Moldova Cumhuriyeti ve Ukrayna'da ciddi bir işsizlik artışı olduğu belirtilmektedir. Polonya'da ise bunun tersi, sağlık çalışanı sayısında bir artıştan söz edilmektedir. İşsizlik artışında, sağlık sektörünün yeniden yapılanması ve özelleştirmenin etkili olduğu ileri sürülmektedir. Özellikle, Letonya ve Polonya'da hizmetlerin ücretlendirilmesinden sonra, işsizlik artışı görülmüştür **(Afford 2001)**.

İşsizliğin beklenenden az olması, sağlık çalışanlarının "ucuz emek" haline getirilmesi ile açıklanmaktadır. Buna tipik bir örnek olarak da, Belarus gösterilmektedir. Tıp fakülteleri ve hemşirelik okulları, çok sayıda mezun vermesine karşın, hepsinin sistemde iş bulması, işsizliğin az olması, bu çalışanların ücretlerinin çok düşük olması ile ilişkilendirilmektedir **(Afford 2001)**.

İşsizlik ve işgüvencesizliği, bazı sağlık çalışanları için, diğerlerine kıyasla daha yakıcı hissedilmiştir: Epidemiyologlar, çevre sağlığı uzmanları, halk sağlığı uzmanları, "san-epid" bünyesinde çalışan diğer personel daha çok işsiz kalan, daha az iş bulma olanağı olan meslek gruplarıdır **(Afford 2003)**. Diş hekimleri, eczacılar ve birinci basamakta çalışan hekimler piyasanın "unsurları" haline getirilmişlerdir. Özelleştirilmiş iş yerlerinde tam ya da yarım-gün çalıştırılan, tek başına ya da grup pratiği yapmak durumunda bırakılan, sözleşmeli çalıştırılan ve iş güvencesini yitiren en öncelikli meslek grupları bunlar olmuştur **(Afford 2003)**. Hem özelleştirme, hem de sigorta teminat paketi dışına çıkarma nedeni ile, bazı hizmetleri icra eden personel, örneğin fizyoterapistler, fizik tedavi çalışanları, vb. işsizlik ve güvencesizlikten en çok etkilenenler olmuşlardır. Sosyal çalışma, sosyal bakım gibi sağlığın sosyal alanında faaliyet gösteren personel, bir diğer iş-güvence mağduru kesimdir. Sosyalizm döneminde, kırsal yörelerin koruyucu, teşhis-tedavi edici yükünü sırtlayan feldsherler de, işsizlikle karşı karşıya kalmışlar, giderek öne çıkan yataklı tedavi hizmetlerine yönlendirilir olmuşlardır. Sanatoryum ve tüberküloz hastanelerinde çalışan hekim, hemşire ve tüm personel, uğraşlarının "para getirmediği" gerekçesi ile, işsizlik/iş bulma riski altındaki diğer bir kesimdir. Ayrıca, yerelleşen, bilgisayarlaşan, yeni yönetim modellerine geçen sağlık kurumları, artık "yeni" becerilere sahip yöneticilere/ yönetim personeline ihtiyaç duymaktadır; bir bölümü fazladır, bir bölümü de gereksiz!... **(Afford 2003)**.

Tablo 3 . Murmansk Bölgesi' nde sağlık personeli arz-talep durumu 1990-1999 (Stepantchikova ve arkadaşları, 2001)

Meslek	Başvuru sayısı	Boş kadro sayısı	Başvuru sayısı	Boş kadro sayısı
Doktor	2	690	30	170
Veteriner hekim	6	5	12	5
Kadın-doğumcu	2	8	3	11
Paramedik	18	96	36	43
Hemşire	64	1196	223	229
Tıbbi sekreter	0	5	23	5
Laborant	0	6	0	18
Tıbbi istatistikçi	0	2	1	12
Eczacı	0	8	18	68
Diş teknisyeni	0	0	5	0
Erkek hemşire	30	1233	815	195
Toplam	122	3249	1166	756

İşsizliğin, bazı bölgelerde/işlerde çalışmak istemeyen, -oradaki koşulları gerekçe göstererek- sağlık çalışanlarından kaynaklandığı da belirtilmektedir. Örneğin, Rusya Federasyonu'nun kuzey-doğu bölgesinde (Murmansk) iş olanağı olmasına karşın, çalışmak isteyen sağlık çalışanı sayısı çok yetersizdir. Ancak, iş bulma olanağının azalması ile, böylesi mahrumiyet bölgelerinde bile çalışma isteği artmak durumunda kalmıştır. Sosyalist dönemde asgariye indirilen sağlık çalışanlarının ülke düzeyinde eşitsiz dağılımı, 1990 sonrası ciddi bir sorun haline gelmiştir **(Stepantchikova ve ark, 2001)**.

4. Tam-zamanlı iş yerine, esnek çalışma formları ağırlık kazanmaya başlamıştır: "Reform" un diğer etkileri konusunda, yarım-zamanlı işler, kısa süreli işler ve çalışma sürelerinin uzunluğu değerlendirilmiştir. Yarım zamanlı işler konusunda yeterli bilgi bulunmadığı tespitinin yanı sıra, yarım-zamanlı işlerin Batı Avrupa'ya kıyasla daha az olduğu belirlemesi söz konusudur. Örneğin Hırvatistan, Letonya ve Slovakya'da yarım-zamanlı çalışma oranının çok düşük olduğu, Çekya'da 1990-2000 yılları arasında gerileme gösterdiği, Polonya'da ise büyük bölümü kadın olmak üzere oranın %40 kadar olduğu ifade edilmiştir **(Afford 2001)**.

Kısa süreli çalışmalara ilişkin veriler incelendiğinde, bu verilerin benzer sorunlar taşıdığı bilinerek, bu şekilde çalışanlarda artış olduğu görülür. Örneğin, 1990'da %2 olan kısa süreli işlerde çalışma oranı, Ermenistan'da 2000'de 10 kat artmıştır. Gürcistan'da 1999'da sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı ücret ödenmeden veya kısmen ödeme yapılarak çalıştırılırken, aynı yıl Kırgızistan'da personelin %12'si zorunlu idari izine çıkarılmıştır. Ermenistan'da %5 ve Moldova Cumhuriyeti'nde %7.5 oranında personel, ücretle ilgili sıkıntılara bir çözüm olarak, idari izine çıkarılmıştır. Bu noktada, zorunlu idari iznin, düşük ulusal gelir düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir **(Afford 2001)**.

5. Çalışma saatleri uzamıştır ve düzensizleşmiştir: 1990 öncesinde sağlık çalışanlarının ortalama haftalık

çalışma süresi Bulgaristan'da 42.5 saat (riskli koşullarda "tüberkülozla çalışanlar, radyoloji, enfeksiyon, kanser bölümlerinde" çalışanlar için 35 saat), Çekoslovakya'da 42.5 saat (yasada 46 saat), Macaristan'da 42 saat (riskli işlerde 35 saat, acil servislerde daha uzun), Romanya'da 44-46 saat (hekimler için günde 7 saat), Sovyetler Birliği'nde 41 saat (riskli işlerde 36-38.5 saat) olarak uygulanmaktaydı. Fazla mesainin ücretlendirilmesinde de, adalet ilkesi gözetilmeye çalışılmaktaydı: Bulgaristan'da hafta sonu ve bayram tatillerinde nöbet tutanlara, günlük saat ücretinin %200'ü kadar fazla çalışma ücreti verilirken, Macaristan'da fazla çalışmanın ilk 2 saati için %125, daha sonraki 2 saat için %150, sonraki her saat için %200 ödenirdi ve fazla çalışmaya denk sürede dinlenme hakkı tanınırdı. Sovyetler Birliği'nde de ilk 2 saat için %150 ödenen fazla mesainin sonraki her saati için de %200 oranında ücret verilirdi. Çekoslovakya'da vardiyada çalışan bir sağlık çalışanına 40 saat izin verilirdi **(ILO 1985, Soyer 1993)**.

Fazla mesai, 1990 öncesinde, hem yasal olarak, hem de uygulamada sınırlandırılmıştı. Bulgaristan'da fazla çalışma, birbirini izleyen iki gün içinde 4 saat, haftada 10 saat, yılda 150 saat ile sınırlandırılırken, Macaristan'da haftada 10, dört haftada 25, yılda 200 saatle sınırlıydı Haftalık izin, nispeten düşüktü. Macaristan ve Sovyetler Birliği'nde 1 günken, Çekoslovakya'da 32 saat, Demokratik Almanya'da 2 gündü. Yıllık ücretli izinler de 15 gün (Macaristan, Romanya, Sovyetler Birliği) ile 3 hafta (Çekoslovakya) arasında değişmekteydi **(Soyer 1993)**.

ODA ülkelerinin son yıllarına damgasını vuran, sağlık sektörü ile ilgili en tipik olgulardan biri de, uzun çalışma saatleridir. Örneğin, 1999'da Gürcistan'da sağlık çalışanlarının %40'ı,, Rusya Federasyonu'ndakilerin %50'si fazla mesaiye kalmak durumunda kalmıştır. Çekya, Letonya, Rusya Federasyonu ve Ukrayna'da çalışma saatleri, giderek artmıştır. Polonya'da hekimlerin %90'ı haftada 66-90 saat çalışmak durumundayken, Letonya ve Ukrayna'da bu süre 60 saat civarındadır. Bu süre, Rusya Federasyonu'nda 68, Moldova cumhuriyeti'nde 58, Belarus'ta 52 saattir. Trendin aksine, Litvanya'da ortalama süre 30-40 saat kadardır. Bu arada, sağlık çalışanları, özellikle hekimler, gelirlerinin önemli bölümünü ek iş ya da ek gelir kaynakları ile sağlamaktadırlar. Örneğin, Polonya'da bu şekilde gelirlerini sağlayan hekimlerin oranı, %50'dir **(Afford 2001)**.

Hekimlerin çoğu, sözleşmelerinin gereği, fazla çalışmak zorunda kalmaktadır. Örneğin, Çekya'da hekimlerin %93'ü, Letonya'daki hekimlerin %60'ı ve Ermenistan'dakilerin %30'u fazla çalışmaktadırlar. Hırvatistan'da haftada 8 saatten fazla çalışmak durumunda kalan hekimlerin oranı ise, %70'dir. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları için de durum çok farklı değildir; Letonya'da hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının 2/3'e yakını (%65 ve %60) fazla çalışırken, Rusya Federasyonu'nda hemşirelerin tamamına yakını benzer durumdadır (%98). Belarus'ta hekimlerin %54'ü, hemşirlerin %58'i fazla mesai yapmaktadır **(Afford 2001)**.

6. Bir yandan sağlık çalışanları erken emekliliğe zorlanırken, diğer yandan emekli maaşları yetersiz olduğu için ek iş yapmak zorunda kalan emeklilerin sayısı artmaktadır: ODA ülkelerinde, emekliler, halen sağlık sektöründe önemli rol oynamaktadırlar. Giderek, emeklilerin sağlık çalışanları içindeki payı azalmakla birlikte, örneğin Rusya Federasyonu'nda emekli sağlık çalışanlarının toplam sağlık çalışanları içindeki payı %40 civarındadır. Düşük emekli maaşlarının yetmemesi üzerine, ek gelir amacı ile çalışmak durumunda kalan emekli sağlık çalışanlarının oranı, değişik ülkelerde şu oranlardadır: Gürcistan %28, Kırgızistan %18, Belarus %15, Litvanya %12, Polonya %6, Bulgaristan %2 **(Afford 2001)**.

7. Çalışma koşulları kötüleşmiştir: Çoğu ülkede, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları-verimlilik adına-eskisinden çok daha kötü hale getirilmiştir. Çekya'da çalışma saatlerinde "ayarlamalar" yapılmış, ortalama ve günlük çalışma saatleri uza(tıl)mış, personele fazla mesai ödemeleri kısılmıştır. İşçi çıkarmalar artmış, çıkarılan işçilerin işçileri kalanlara yüklenmiş (ekstra-yük), ama bunun karşılığı verilmemiştir.Sonuç, sağlık çalışanlarının iş düzeninin bozulması, yükünün artması ve gelirinin azalmasıdır, ki bu sektöre olan ilgiyi düşürmüştür. Buna karşın, iş sağlığı ve güvenliği alanında, sağlık çalışanlarının sesi yansımamaktadır **(ILO-PSI 2001)**. Romanya'da personel maaşı düşüklüğü, hemşirelerde statü düşmesi, hekim maaş ve statülerinin düşüklüğü çok belirgindir. Ukrayna'da da hekimler ve diğer sağlık çalışanları çok yetersiz ücret almakta, Bükreş dışındaki illerde çoğu zaman sağlık çalışanlarının aylıkları ödenmemektedir.

8. Sağlık çalışanlarının önemli bölümü, ülkelerinden başka ülkelere göç etmek durumunda kalmıştır: ODA ülkelerindeki "reform"ların önemli bir yüzü de, sağlık çalışanlarının göçüdür. ODA ülkelerindeki sağlık sistemine en zararlı etkilerden biri olan bu göç, bazı ülkelerde bir "yoksunluk" tablosu yaratmış gibidir: Moldova Cumhuriyeti'nde 6900 sağlık çalışanı, Bulgaristan'da yeniden eğitilen personelin %25'i, Hırvatistan ve Gürcistan'da personelin 1/3 kadarı ülkelerini terk etmişlerdir. Bu göç, özellikle Batı Avrupa'nın hemşire ağırlıklı sağlık personeli açığını giderme amaçlı olarak öne çıkmaktadır **(Afford 2001)**.

Çekya'da sağlık çalışanlarının en önemli sorunlarından biri, dışarıdan ve içeriden hastanelere göçtür. Dışarıdan, eski "partner" Slovakya'dan göç belirgindir. Çünkü, Çekya'daki çalışma koşulları, Slovakya'dan oldukça iyidir **(ILO-PSI 2001)**.

9. Sağlık çalışanlarının daha önce sahip olduğu kazanımlar, özellikle de iş güvencesi, "tarihe karışmaktadır": ODA ülkelerinin 1990 öncesi istihdam açısından en temel özelliği ne diye sorulsa, en somut yanıt, tam istihdam ve iş güvencesi olurdu. "Reform"ların ilk el attığı da, bu istihdam meselesi olmuş, bunu merkezin yetkilerinin yerele devredilmesi suretiyle sağlamışlardır. Yereller, personel alımı dahil, merkezin yetkilerini alınca, iş güvencesi tarihe karışmıştır. Sonuç, ilk elde, işten

çıkarmalar ve işten çıkarmalarla ilgili mevzuatın değiştirilmesidir. İşten ayrılma tazminatı ile ilgili süreler, bir aydan (Ermenistan, Letonya), altı aya kadar değişmektedir (Polonya).

İş güvencesini etkileyen en temel etmen, sözleşmeli personel uygulamasına geçiştir. Sözleşmeler, güvencenin düzeyini oldukça olumsuz etkilemektedir. İstihdam güvencesinin en zayıf olduğu ülkelere örnek, Kırgızistan, Letonya ve Polonya verilirken, Moldova Cumhuriyeti henüz sözleşmeliliğin yaygın olmadığı bir ülke ve Çekya da sözleşmeliliğin nispeten azaldığı bir ülke. Örneğin, Letonya'da sağlık çalışanlarının %90'ı sözleşmeli statüdeyken, bu oran Kırgızistan ve Polonya'da %25 civarındadır. Belarus ve Litvanya, bu konudaki en uç örnekler olarak öne çıkarken (sağlıkçıların hemen tümü sözleşmeli), Gürcistan'da %86'lık bir sözleşmeli sağlıkçı oranı ile ön sıralarda durmaktadır. Bu noktada, İLO ve PSI'nin en net yorumu, "istihdam güvenliğinin, ODA ülkelerinde tehlikede olduğu" yolundadır **(Afford 2001)**. Son yıllardaki "reform" ların, sağlıkçıların kazanımları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacı ile, analık izinleri incelenmiştir. Bu izin, Belarus'ta 4 ay, Bulgaristan'da 24 ay, Çekya'da ortalama 28 hafta (bu süre, bir çocuk içindir; anne yalnız ve iki ile daha fazla çocuk söz konusu ise süre 37 hafta; ölü doğumda 14 hafta, vb. değişiklikler var), Ermenistan'da 140 gün, Kırgızistan'da 3 hafta, Letonya'da 112 gün, Moldova Cumhuriyeti'nde 4.2 ay, Polonya'da 26-39 hafta, Rusya Federasyonu'nda 18 ay, Slovakya'da 7 ay kadardır. Bu izin, 1990-1999 arasında, sadece Kırgızistan'da gerilemiş, diğer ülkelerde ya aynı kalmış ya da artmıştır **(Afford 2001)**.

10. Maliyet gerekçesi ile, bazı sağlık görevleri, daha alt düzeylere devredilmeye başlamıştır. 1990 öncesinde ODA ülkelerinde sağlık çalışanı başına düşen nüfus oldukça azaltılmıştı. Yani, sağlık çalışanı sayısı diğer ülkelere kıyasla fazlaydı. "Reform"lar, sağlık çalışanı sayısının azaltılmasını hedef olarak önüne koyarken, bunu tıp eğitimine ve sağlık çalışanı eğitimine girişi sınırlayarak düzenlemeye kalktı. Bu gidişi meşrulaştırmak için, sosyalizm döneminde verilen diploma ve sertifikaların, bu diploma ve sertifika sahiplerinin sahip olması gereken beceri ve eğitim için yetersiz olduğu belirlemesi gündeme sokuldu. Önce öğrenci sayısı azaltıldı (Belarus, Letonya, Macaristan, Moldova Cumhuriyeti, Rusya Federasyonu, Slovenya ve Özbekistan , her 100 bin nüfusa düşen tıp öğrencisi sayısının 1995-2000 yılları arasında gerilediği öncelikli örneklerdir. Aynı durum-Slovenya hariç- diş hekimliği öğrencileri için de geçerlidir. Hemşirelik eğitimi açısında ise, Belarus, Macaristan, Rusya Federasyonu, Slovenya artış yaşayan, Letonya, Moldova Cumhuriyeti, Özbekistan ise azalış yaşayan ülkeler olarak belirmişlerdir), sonra tümüyle ücretsiz olan tıp eğitimi, ücretsiz olmaktan çıkarıldı. Ya kamuda katkı payı vererek ya da özel okullarda okuyarak tıp eğitimine giriş mümkün kılındı. Bu ülkelerde, 1990 öncesi, ayrım olmadan halkın tüm kesimlerinin çocukları, istediği eğitimi yapabiliyorken, para engeli ile, 1990 sonrası, tıpkı Batı'daki gibi giriş sınırlandırılmış oldu. Hemşirelik eğitiminde, pratik uygulamanın az olduğu saptamasından yola çıkarak, "kalitenin yükseltilmesi" amacı ile özel okullar açıldı: Ermenistan, Gürcistan, Moldova Cumhuriyeti. Eski mezunlar için de, "eski becerilerinin, bugünün ihtiyaçlarına yanıt vermediği" gerekçesi kullanılarak, mezuniyet sonrası kurslar, yeni beceri edindirme eğitimleri yaygınlaştırıldı. Bir "AB standardıdır" tutturularak, kıdemli sağlık personeli, yeniden eğitme zorlandı. Özellikle Çekya, Litvanya, Polonya ve Slovakya'da bu tür eğitim, hızla yaygınlaştırıldı. Söz konusu eğitime, çok uluslu ilaç şirketlerinin el atması da, sürecin tam bir tamamlayıcısı oldu. Bazı eski uzmanlık alanları, AB tarafından kabul edilmediği için iptal edilmiş, AB'ye uygun yeni uzmanlık alanları oluşturulup, sağlık çalışanları bu alanlara yönlendirilmiştir **(Afford, 2001, Afford 2003, WHO 2002)**.

Maliyet gerekçesi ile, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimlerin yaptığı bir kısım iş, hemşirelere devredilmiştir. Bu gelişmenin bir sonucu, birinci basamaktaki pratisyen hekimlerin iş güvencesi problemini daha yoğun yaşamasıdır. Pratisyen hekimlerle ilgili bir diğer gelişme, ODA ülkelerinde yıllardır birinci basamak sağlık hizmetlerini başarı ile veren bu hekimlerin, eğitimleri ve becerilerini yetersiz görüp, "aile hekimliği" sistemi için yeniden eğitilmeleri ve uzmanlaşmalarını zorlayan süreçtir. Bu süreç, eskiden bu alanda çalışan çok sayıda pratisyen hekimin, yetersizlik gerekçesiyle, birinci basamaktan dışlanmasına yol açmıştır.

Bir diğer saptama, sağlık sektöründe yeni teknolojilerin gerektiği, bu yeni teknolojinin de yeni becerileri gerektirdiği şeklindedir. Sağlık temelli hizmet anlayışından, hastalık temelli hizmet anlayışına geçiş, doğal olarak teknolojiyi ön plana çıkarmış, sağlık çalışanlarının "yeterliliği" sorgulanır hale getirilmiştir. Bu noktada bazı işlerin meslekler arasında yer değiştirmesi gerektiği öne çıkarılmış, hekimlerin bazı görevlerinin hemşirelere devredilmesi ve destek personelinin rolünün artırılması gündeme getirilmiştir. Teknoloji meselesinde öne çıkansa, bilgisayar ve bilgisayar-temelli tıp teknolojisi olmuştur. Bilgisayar öğrenmek ya da bilgisayarlı tıbbi cihazı kullanmak olarak öne çıkartılan ihtiyaç, bir çok çok uluslu bilgisayar firmasının, ODA ülkelerine üşüşmesine neden olmuştur. Bu gelişte de, her adımı fiyatlandırılan hastane ve diğer tedavi hizmetlerinin maliyet denetimi belirleyici olmuştur. Diğer yeni alanlar, maliyet muhasebesi, finansal analiz, işletme yöneticiliği, yeni ilaç teknolojisinin gerektirdiği işler ve "reform"ların gerektirdiği diğer işler olarak belirmiştir.

Aslında işin özü, maliyetlerle ilgilidir. Sermayenin yetersiz olduğu durumlarda ya da maliyet kısıntısına gidilmesi gündeme geldiğinde, emek yoğun tercihler öne çıkmakta, bu tercihler de, teknik gerekçelerle sunulmaktadır.

Farklı ülkelerde, farklı gereklilikler, iş kategori sayısının değişimine yol açmaktadır. Belarus, Kırgızistan ve Litvanya'da iş kategorisi sayısı artarken, Gürcistan, Ermenistan, Hırvatistan ve Letonya'da bir değişim olmamıştır. Bulgaristan'da devlet sektöründe iş kategorisi

sayısı artarken, özel sektörde azalma olmuş, Slovakya'da tam tersi bir durum yaşanmıştır **(Afford 2001)**.

Hekim sayısını azaltarak, hekimlerin bazı görevlerini daha "alt" düzeylere ve başka mesleklere kaydırmak, teknik ve mali gerekçelerle gerekçelendirilerek, önemli bir "reform" hedefi haline getirilse de, çok "başarılı" olmamıştır. Hemşire/hekim oranı artmak bir yana, ODA ülkelerinde 1990-2000 arasında düş(ürül)müştür. Bu konudaki en dramatik düşüş, Bulgaristan'da olmuştur; 1990'da 2.42 olan hemşire/hekim oranı, 2000'de 1.37'ye gerilemiştir. Gürcistan (1.99'dan 0.99'a), Tacikistan (3.17'den 2.20'ye), Litvanya (2.73'ten 2.0'ye), Rusya Federasyonu (2.45'ten 1.90'a), Kazakistan (2.225'ten 1.72'ye), Çekya (3.21'den 2.73'e), Letonya (2.09'dan 1.62'ye), Ermenistan (1.86'dan 1.41'e), Azerbaycan (2.47'den 2.07'ye), Moldova Cumhuriyeti (2.76'dan 2.42'ye), Hırvatistan (2.38'den 2.12'ye), Slovakya (2.49'dan 2.31'e), Estonya (2.12'den 1.96'ya), Ukrayna (2.74'den 2.60'a), Romanya (2.25'den 2.13'e), Kırgızistan (2.67'den 2.56'ya), Makedonya (2.36'dan 2.32'ye) onu izlemiştir. Hedefine ulaşabilen, sadece Belarus, Özbekistan ve Slovenya olmuştur **(Afford 2003)**.

11. Sağlık çalışanlarının sağlığı-istatistiklerdeki bazı düzelmelere karşın-giderek bozulma göstermiştir: İşle/çalışma ile ilgili yaralanmalarda, belirgin bir düşüş olduğu ifade edilmektedir. Bu yaralanmaların, örneğin Ermenistan'da, Kırgızistan'da, Letonya'da, Moldova Cumhuriyeti'nde, Slovakya'da ve Ukrayna'da azaldığı tespiti söz konusudur. Buna paralel olarak, yaralanmalara bağlı işe gelmemelerin de azaldığı belirtilmektedir: Belarus, Ermenistan, Kırgızistan, Moldova Cumhuriyeti, Rusya Federasyonu, Ukrayna. Örneğin, Letonya'da azalma, %80 kadardır.

İşle ilgili hastalıklar konusunda az veri olmakla birlikte, hastalık nedeni ile kaybedilen gün sayısında da azalma, Letonya ve Ukrayna örneği, söz konusudur. Çekya'da yaralanmalarda azalma olmasına karşın, yaralanmalardan dolayı işe gelmeme durumunda artış mevcuttur. Moldova Cumhuriyeti'nde işle ilgili hastalıkların az da olsa arttığı rapor edilmiştir.

Tablo 4. Rusya Federasyonu' nda sağlık ve sanayi çalışanlarında görülen iş kazası sıklığı (1990-1999)

Yıl	Sağlık çalışanlarında görülen iş kazası sayısı	Sağlık çalışanlarında iş kazası sıklığı (on binde)	Sanayi çalışanlarında iş kazası sıklığı (on binde)
1990	161	0.49	1.96
1991	135	0.25	2.08
1992	134	0.59	1.68
1993	209	0.67	1.85
1994	205	0.57	1.81
1995	261	0.71	1.89
1996	267	0.74	2.33
1997	318	0.88	2.32
1998	415	1.66	1.85
1999	434	1.74	1.77

Yaralanmalar-cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde, Belarus'ta erkekler, Ermenistan'da kadınlar öne çıkmaktadır **(Afford 2001)**.

Sağlık çalışanları arasında iş kazası bilgileri, Rusya Federasyonu gibi bazı ülkelerde genel eğilimin tam tersidir. Rusya Federasyonu'nda sağlık çalışanlarında görülen iş kazası sıklığı, 1990-1999 arasında artmış, hatta giderek sanayide çalışanlarda görülen iş kazası sıklığına yaklaşmıştır **(Stepantchikova ve ark, 2001)**.

Hastalık ve sakatlık ile ilgili kazanımların, ODA ülkelerinde, "reform"lar sonrası çok değişmediği tespiti yapılmaktadır. Sakatlıkla ilgili ödemelerin miktarı, maaşın %10'u ile (Hırvatistan), %100'ü arasında (Ermenistan, Gürcistan, Kırgızistan) değişmektedir. Ama ağırlıklı oran, %80-100 arasındadır. Bu miktar, genellikle, kişi tamamen iyileşene kadar ödenmektedir.

İşe gelmeme istatistikleri incelendiğinde, son yıllarda bir azalma olduğu görülmektedir. Gerçi, ODA ülkelerinde 1990-95 arasında işe gelmemenin arttığı, 1995-2000 arasında azaldığı görülse de, farklı ülkelerde farklı durumlar mevcuttur. İşe gelmeme, en çok Slovakya ve Çekya'nde görülürken, Belarus, Ermenistan, Polonya ve Ukrayna'nın rakamları oldukça düşüktür. Ermenistan, Ukrayna işe gelmemenin azaldığı ülkelerken, Belarus, Hırvatistan (1995-1999), Çekya (1990-95), Litvanya (1995-99), Polonya (1990-95), Romanya, Rusya Federasyonu (1995-1999) ve Slovakya işe gelmemenin artış gösterdiği ülkelerdir.

İşe gelmeme gerekçeleri de çeşitlidir: Ermenistan'da maaşlılar daha fazla gelmediklerini ifade ederken, ücretlerin sadece hasta ödemelerinden elde edildiğini belirtmekteler; Kırgızistan'da parasal güdülenme; Litvanya'da iş kaybetme ve az kazanma korkusu; Moldova Cumhuriyeti'nde parasal ihtiyaçlar. İşe gitmemenin azalması konusunda gösterilen gerekçeler ise şöyle sıralanmaktadır: Ermenistan'da para kazanma isteğinin artması; Letonya'da iş kaybetme korkusu; Moldova Cumhuriyeti'nde yaşam için kazanma ihtiyacı; Polonya'da atılma korkusu ve hastalıkta verilen ücretin günlük ücretten düşük olması.

12. İş stresi belirgin bir biçimde artmıştır. Ekonomik zorluklar, işi kaybetme korkusu, rekabet vb., stresi artıran başlıca etmenlerdir. İstihdamın azalması ile, iş kaybetme korkusunun paralel gittiği söylenebilir. Kaynakların kısıldığı durumlarda, sağlık alanında çalışmak, personel açısından oldukça yüklü bir durum yaratmaktadır. Bu bağlamda, Letonya'da ciddi hastalıkları olanların sayısında bir artış yaşanmış, Ukrayna'da ani ölümler çoğalmıştır. Slovakya'da "hastalar için sorumluluk", Bulgaristan'da ise ilaçların bulunmaması, sağlık çalışanları için stres kaynağı olmuştur.

Bu genel trendin yanı sıra, farklı ülkelerde, farklı konular, stresi artırıcı etki yapmaktadırlar: Ukrayna'da

yolsuzluk, Polonya'da özelleştirme, Rusya Federasyonu'nda yüksek toplumsal ödemeler ve sosyal dengesizlik, birer stres kaynağı olarak belirmektedir. Ermenistan'da cepten ödeme sistemi, özellikle hastanın ödeme gücü olmadığında, sağlık çalışanlarında anksiyeteye yol açmaktadır **(Afford 2001)**.

Sağlık çalışanlarında artan stres ile, "reform"larla gündeme getirilen çalışma (ve yaşam) koşullarının çok yakın ilintisi vardır. Örneğin Ermenistan'da sağlık çalışanlarının stresini artıran etmenler olarak, "işten çıkarılma korkusu, sözleşmeli sisteme geçiş, ücretlerin ödenmemesi, hastaların çoğunluğu karşısında duyulan acz duygusu" gösterilmiştir. Bu etmenler, Bulgaristan'da "kötü çalışma koşulları, tıbbi kurumlarda yaşanan kriz, özellikle ilaç yokluğu", Hırvatistan'da "1990-95 arasında savaş durumu, işten atılma korkusu", Litvanya'da "işten atılma korkusu, azalan veya ödenmeyen ücretlere ilişkin korku, ülkenin ekonomik durumu, nitelikli hizmet verme isteğinin yarattığı gerilim", Moldova Cumhuriyeti'nde "iş güvencesinin olmaması, yoksulluk ve aileye destek olmanın olanaksız hale gelmesi, geleceğin belirsiz olması", Rusya Federasyonu'nda "düşük gelir, yüksek toplumsal ödemeler, sosyal dengesizlik", Ukrayna'da "hastanın aniden ölmesi, personel azaltılması politikasına bağlı beklenmeyen işten çıkarmalar, yolsuzluk" gösterilmiştir **(Afford 2001)**.

13. Sağlık ve güvenlik alanında bir şeyler yapılabilmesi konusunda, sendikalar ve diğer örgütler yetersiz kalmaktadır: Bunca sıkıntı, ancak güçlü örgütlerle/sendikalarla aşılabilir. Oysa, ODA ülkelerindeki sağlık ve güvenlik alanında bazı katılım mekanizmaları tarif edilmiş olsa da, güç ve yetkiler oldukça sınırlıdır. Uzun süre kamu yatırımlarının kısılması, eski teknoloji, yatırım yapılmayan sağlık kurumları, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı riskleri arttırırken, etkili olamayan sendikalar sorunun derinleşmesini getirebilmektedir. Örneğin Ermenistan, Moldova Cumhuriyeti, Polonya ve Slovakya'da sendikaların çabalarına rağmen, sağlık kurumlarındaki sağlık ve güvenlik durumu kötüleşmiştir. ILO ve PSI, bu kötüleşmeyi, yetersiz yatırım ve eski donanıma bağlamaktadır. Ermenistan'da kamu kurumları ve sendikalar, sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliği konusunda birlikte hareket ettiklerini ve bu alanda ortak komiteler kurduklarını beyan etmelerine karşın, bu çaba, toplam hastanelerin sadece 1/10'u için geçerlidir.

Bir başka etmen olarak, hastanelerin zorunlu denetiminin olmaması gösterilmiştir. Bu konuda, Kırgızistan örneği verilmektedir. Çekya'da durum biraz daha olumlu görünmektedir; "her birimden seçilen iş sağlığı ve güvenliği konusundaki kamu temsilcileri/ denetçileri" işi izlemektedir ve bu durum toplu sözleşmelerde yer almıştır. Ayrıca yasal olarak da, bu denetim güvenceye alınmıştır.

Çalışma sırasındaki yaralanmalar, istatistiklerde azalmış görünmekle birlikte, çalışma koşulları çok fazla değişmemiştir, hatta birçok ülkede kötüleşmiştir: Belarus, Bulgaristan, Moldova Cumhuriyeti, Polonya, Slovakya. Bu kötüleşmeye, sendikaların çabası da engel olamamıştır **(Afford 2001)**.

14. Sendika ve örgüt sayısı artmasına karşın, örgütlerin gücü giderek gerilemiştir: 1990 öncesi sendikalarının güç kaybettiği, hatta bittiği, onların yerine meslek birliklerinin ikame edildiği bir tablo hakim olmuştur. ODA ülkelerinde 1990 öncesi sendikalaşma oranı %100'dü. Bu oran, 1990-1999 arasında çok hızla düştü. Örneğin, Çekya'da %93.5'ten %32.5'e, Ermenistan'da %80'den %30'a, Letonya'da %99'dan %50.2'ye, Litvanya'da %100'den %20'ye, Polonya'da %40'tan %20'ye gerileyen sendikalaşma oranı, Gürcistan, Kırgızistan ve Ukrayna'da aşağı yukarı 1990 düzeyinde kaldı (%94-98). Rusya Federasyonu ve Slovakya'da sendikalaşma oranı nispeten yüksektir: %81.2 ve %75.2

Çekya, Ermenistan, Litvanya ve Polonya'da sendika üyelerinin sayısı azaltılırken, Gürcistan'da hem kamuda, hem özelde sendika üyeliğinde düşüş söz konusu olmuştur. Bu düşüşte, özelleşen yönetimlerin sendikalara düşmanlığının etkisi söz konusu. Gerçi, bazı ülkelerde kamu kurumu yönetimlerinin sendika düşmanlığı söz konusu olsa da, asıl sorun, özel sektörün sendika düşmanlığıdır.

1990 öncesi, sendika sayısı ODA ülkelerinde, genel olarak tekti. Bu sayı, Belarus, Ermenistan, Moldova Cumhuriyeti ve Kırgızistan'da yine tektir. Ancak, Hırvatistan (1'den 10'a), Litvanya (1'den 8'e), Polonya'da (1'den 7'ye) artmıştır. Bu artış, yeni meslek birlikleri veya eski merkezi yapının parçalanması ile oluşan yeni sendikalar nedeniyledir. Bu, sağlık çalışanlarının küçük çıkar grupları ve meslek gruplarına bölünmesinin bir sonucudur. Bu konuda en tipik örnek, Çekya'dır **(Afford 2001)**.

Litvanya'daki sağlık çalışanlarının örgütleri şunlardır: Litvanya Doktorlar-Yöneticiler Sendikası/Birliği, Litvanya Sağlık Çalışanları Sendikası, Litvanya Doktorlar-Sağlık Sektörü İdarecileri Sendikası, Litvanya Genç Doktorlar Birliği, Litvanya Tıp Çalışanları Sendikası, Litvanya Hemşireler Birliği, Litvanya Uzmanlar (Hasta Bakımını Üstlenen) Sendikası, Litvanya Sağlık Departmanı altında Birlik. Görüldüğü gibi, hem sağlık sektöründeki farklı meslek grupları ayrı örgütlenmiş, hem de aynı meslek grupları farklı örgütlenmelere yönelmişlerdir. Sonuç, çok parçalı bir yapıdır. Polonya'da da, Solidarnosc'un (Dayanışma Sendikası), yanı sıra, hekimlerin, anestezi çalışanlarının, hemşire ve ebelerin, teknisyenlerin, radyoloji çalışanlarının, diş çalışanlarının ayrı sendikaları vardır. Slovakya'da ise Slovak Sağlık Sendikası ve Tıbbi Sendika Birlikleri adlı iki sendika, Slovak Tabip Odası, Slovak Dişhekimleri Odası, Slovak Eczacı Odası, Slovak Paramedikal Personel Odası, Slovak Üniversite Mezunu Sağlık İşçileri Odası adlı 5 meslek birliği, Slovak Hastaneler Birliği, Bağımsız Poliklinikler Birliği, Orta Düzey Sağlık Okulları Birliği, Devlet Sağlık Enstitüleri Birliği, Özel Doktorlar Birliği adlı 5 işveren-yönetici-kendi hesabına çalışanlar örgütü olmak üzere 12 sağlık çalışanı örgütü mevcuttur **(ILO 2001)**.

ODA ülkelerinde, 1990 sonrası örgütlenmede en tipik gelişmelerden biri, 1990 öncesi var olmayan/sınırlı sayıda var olan bu meslek birliklerinin kurulmasıdır. Örneğin Çekya, Hırvatistan, Litvanya ve Slovakya'da meslek birlikleri sayısı hızla artmıştır. Üstelik, üye sayıları da, hızla artmıştır: Letonya'da %60, Litvanya'da %85, Moldova Cumhuriyeti'nde %79, Slovakya ve Rusya Federasyonu'nda %80. Bu gelişme, hem sağlık sektörünü alt gruplar, çıkarlar ve meslekler üzerinden daha da bölmüş, hem de herkesi kucaklamayı hedeflemiş "genel" sendikaları zayıflatmıştır. Özellikle Letonya, Litvanya ve Polonya sağlık çalışanlarının sendikalardan uzaklaşarak, meslek birliklerine-net biçimde-yöneldiği ülkeler olmuşlardır. Sendika üye sayısı, ODA ülkelerinin çoğunda dramatik biçimde düşmüştür. Örneğin, 1991'de 225 binden fazla olan sağlık sendikası üyesi, 1990'lı yılların ortasında yarıdan fazla azalmış, 103 bine düşmüştür. Aynı süre zarfında sağlık çalışanı sayısı 50 binden fazla azalmıştır. Hırvatistan'da 1989-1994 arasında sağlık çalışanı sayısı, 68.5 binden 74 bine artarken, sendika üyesi sayısı, sadece 1990-92 arasında 60 bin azalmıştır. Letonya'da 1989-94 yılları arasında, sağlık çalışanı sayısı 23 bin düşerken, sendika üyesi sayısı 33 bin azalmıştır. Litvanya'da 1989-94 arası sağlık çalışanı sayısı 10 bin azalmış, buna karşın sendika üye sayısı 5 bin sayısına-5 bin azalarak-inmiştir **(PSIRU 1996)**.

Bu konudaki bir başka olgu da, bir sağlık çalışanının, birden fazla örgüte üyeliğidir. Dolayısı ile, sendika ve meslek örgütlerinin üyelikleri genellikle çakışmaktadır. Örneğin, Letonya'da sağlık çalışanlarının %26-50'si, iki sendikaya üyedir. Aynı oran, Moldova Cumhuriyeti, Polonya ve Slovakya'da %76-100 arasındadır. Sadece, Polonya'da meslek birliklerine üye olanların sayısı, bu süre zarfında azalmış, %40'a düşmüştür **(Afford 2001)**.

Tablo 5. Bazı ODA ülkelerinde sağlık sektöründe sendika ve meslek birliği üyelik oranları-2001 (Afford 2001, ILO 2001)

Ülke	Üyelik oranı (%)	
	Meslek birliği	Sendika
Letonya	60.0	50.2
Litvanya	85.0	20.0
Moldova Cumhuriyeti	79.0	89.2
Polonya	40.0-45.0	20.0
Rusya Federasyonu	80.3	81.2
Slovakya	80.0	75.2

Bu meslek birlikleri, neyle uğraşmaktadırlar? ODA ülkelerinde "geçiş dönemi" diye adlandırılan bu süreçte, meslek birlikleri, hekimlik, diş hekimliği, eczacılık alanlarında, standartların belirlenmesi, lisans verilmesi gibi konularda rol oynamışlar, Bulgaristan, Çekya, Gürcistan, Hırvatistan, Letonya, Litvanya, Polonya, Romanya, Rusya Federasyonu ve Slovakya'da etkili olurlarken, Ermenistan, Kırgızistan gibi ülkelerde çok etkin olamamışlardır. Sendikalar ise, daha çok ücret ve kazanımlara odaklanmış olarak faaliyet göstermektedirler. Örneğin Bulgaristan, Ermenistan, Kırgızistan, Letonya ve Moldova Cumhuriyeti'nde sendikalar ücretler, kazanımlar ve eğitimle ilgilenirken, Çekya, Polonya, Slovakya ve Ukrayna'da daha çok ücretler ve kazanımlara yönelmişler, Belarus, Hırvatistan ve Litvanya'da ise hemen hemen tek uğraş alanı olarak ücretlere odaklanmışlardır. Fazla mesai ücretleri Rusya Federasyonu'ndaki sendikaların önemli bir ilgi alanı olurken, pazarlık güçleri de ülkeden ülkeye, sektörden sektöre değişmiştir. Ancak, temel olarak, sendikaların -Çekya ve Polonya-, kamu sektöründe ücret ve kazanımların belirlenmesindeki güçleri azalmıştır. Bazı ülkelerde, -Ermenistan, Litvanya, Polonya, Slovakya- sendikalar, hastane yönetimlerine katılım mekanizmalarına dahil edilmişlerdir.

15.Sağlık çalışanlarına yapılan ödeme biçimleri, önemli ölçüde değişirken, aldıkları ücretler de, son yıllarda belirgin şekilde gerilemiştir: 1990 öncesinde ODA ülkelerinde sağlık çalışanlarının ücretleri arasındaki farklılık, diğer ülkelere kıyasla daha azdı. Örneğin 1980'li yıllarda bir hekim 100 birimlik bir ücret alırken, kıdemli bir hekimin eline 162 birim, kıdemli bir hemşirenin eline 115 birim, yeni mezun bir hemşirenin eline 60 birim, yardımcı sağlık personelinin eline 56-74 birim ücret geçmekteydi. Macaristan'da ise bir hekim 100 birim ücret alırken, hemşire 47, yardımcı sağlık personeli 59 birim ücret almaktaydı **(Soyer 1993)**.

ODA ülkelerinde hekim ve sağlık çalışanlarına yapılan ödeme biçimi, çok sadeydi: Çalışılan yıl, yani kıdem bir ölçütken, diğer ölçüt eşit ve ölçülebilir olduğu savı ile, çalışılan saatti. Her sağlık çalışanı, günde çalıştığı saat temelinde, kaç yıllık kıdemi varsa o kadar ücret almaktaydı. Sosyalist dönemde, ODA ülkelerinde sağlık çalışanlarına verilen ücretin, diğer temel kriterleri şunlardı: Sağlık çalışanının eğitim düzeyi, mesleki niteliği, pratik bilgisi, hizmet süresi, sağlık kurumunun büyüklüğü. Örneğin, Bulgaristan'da 1980'lerde bir sağlık çalışanına, çalıştığı her 5 yıl için %4'lük bir artış verilirdi. Çekoslovakya'da sağlık çalışanlarına dört temel kategori üzerinden ücret ödenmekteydi; hizmetli, yardımcı sağlık personeli, hemşire-ebe, üniversite mezunu sağlık personeli. Her birine süre, eğitim ve kurum büyüklüğü üzerinden ödeme yapılmaktaydı. Demokratik Almanya da, sağlık çalışanlarını yüksek okul mezunu olanlar ve olmayanlar olarak ayırıp, yüksek okul mezunlarını 3 mesleki gruba ayırdıktan sonra herbirini süreye göre 15 alt gruba ayırarak ödeme yapan bir ülkeydi. İkinci grubu ise, yedi gruba ayırıp, işlev, sorumluluk, mesleki deneyime ve hizmet süresine göre ücretlendirmekteydi **(Soyer 1993)**.

1990 öncesi, sağlık çalışanlarının ücretlerinin, sanayi işçilerine göre ayarlandığını ve genel olarak sağlık çalışanlarının ortalama ücretlerinin, sanayide çalışanların ortalamasının ¾'ü kadar olduğunu biliyoruz. Ancak, bu ortalama rakamdır; örneğin Macaristan'da imalatta çalışan işçinin ortalama ücreti 100 birimken, kıdemli bir hekim 203 birim, bir hemşire 96 birim , Çekoslovakya'da bir kıdemli hekim 174, yeni mezun bir hekim 107, kıdemli bir hemşire 123 ve yeni mezun hemşire 64 birim ücret almaktaydı. Burada önemle vurgulanması gereken ve 1990 sonrası yok olmaya yüz tutan ciddi bir kazanım dizgesi söz konusudur: yukarıdaki ücretleri alan çalışanlara,

Tablo 6 . Rusya Federasyonu'nda ortalama sağlık çalışanı ücretinin, ortalama sanayi çalışanı ücretine oranı 1961-2000 (Stepantchikova ve ark. 2001)

Yıl	1961-70	1970-80	1980-90	1990-92	1992-99	1999-2000	2000-
Ortalama sağlık çalışanı ücreti/ortalama sanayi çalışanı ücreti	72	75	75	68	64	51	46

eğitim, sosyal güvenlik gibi hizmetler ücretsiz verilmekte, temel gıda maddeleri, ulaşım, kiralar düşük fiyatlarla sağlanmaktaydı. Dolayısı ile, bugün sadece ücretlerin azalması değil, bu kazanımların da yok olması bir değişim dinamiği olarak değerlendirilmelidir **(ILO 1985, Soyer 1993)**. Ayrıca, mahrumiyet bölgelerinde çalışanlara ek ücret ödenmesi (Bulgaristan), özel bir ikramiye ödenmesi (5 yıl çalışmayı kabul edenlere-Çekoslovakya), ev kredisi verilmesi veya ucuz ev teminedilmesi, ücretsiz konut/lojman sağlanması, ücretsiz ısınma-aydınlatma sağlanması, emeklilikte bazı haklar sağlanması (10 yıl mahrumiyet bölgesinde çalışanlara), %10-100 ek ücret sağlanması, ek yıllık izin verilmesi (Sovyetler Birliği) gibi haklar tanınarak, hem coğrafi eşitsizlikleri azaltmak, hem de ücret dışı sosyal kazanımlar sunmak suretiyle sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirme uygulaması mevcuttu **(ILO 1985, Soyer 1993)**.

Ancak, bugün gelinen nokta, sağlık çalışanları ücretlerinin çok gerilemiş olduğu gerçeğidir. Örneğin, Rusya Federasyonu'nda 1960-1990 arasında bir sanayi işçisinin ortalama ücretinin %72-75'si kadar kazanan bir ortalama sağlık çalışanı, 2000'de ancak %46'sı kadar kazanabilmektedir.

1990'lı yılların ortalarına ilişkin verilere göre, ODA ülkelerindeki sağlık çalışanlarının ortalama ücretleri, Batı'da Doğu'ya azalan bir şekilde 40-550 dolar arasında değişmektedir. Arnavutluk, Bulgaristan, Çekya, Letonya'daki ücretlere baktığımızda, hekimler arasında en düşük ortalama aylık ücretin, Arnavutluk'ta (63 dolar), en yüksek ücretin ise Çekya'da (555 dolar) olduğunu, Bulgaristan'da ortalama hekim ücretinin 100, Letonya'da 160 dolar olduğunu görürüz. Hemşireler açısından da, en düşük kazananlar Arnavutluk'ta (40-46 dolar), en yüksek kazananlar ise Çekya'da (278 dolar) bulunmaktadır. Bu ortalama, Bulgaristan'da 60, Letonya'da 80-130 dolar arasındadır **(PSIRU 1996, PSIRU 1996)**.

Litvanya'da sağlık sektöründeki kriz, hizmet yararlanan-sağlık çalışanı ilişkisinde enformel ödeme denilen rüşveti patlatmıştır. Ortalama ücretler, Litvanya'da AB ortalamasının çok altındadır. Sağlık çalışanlarının ücretleri, ülke ortalamasının %83'üdür. Buna karşın, IMF, sektördeki ücretleri yüksek bularak, sınırlanması için hükümetlere baskı yapmaktadır ve personel azaltılması, tıp öğrencilerinin azaltılması, 65 yaş üstü hekimlerin emekli edilmesi gibi önerilerde bulunmaktadır. Romanya da, hekimlerin "yasal olmayan" paralar aldığı bir başka ülke. Toplam harcamaların 1/3'e yakını yasal olmayan paradır. **(ILO-PSI 2001)**.

Ücretlerin düşmesi, öz olarak, ödeme biçimindeki-ve onu belirleyen hizmet sunum mantığındaki- değişimle ilgilidir. Kıdem ve çalışma süresi temelli ödeme biçiminden, performansa göre ücrete geçiş, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasıyla birlikte yaşama geçirilmiştir. Sade bir hizmet modelinden karmaşıklaştırılan bir hizmet modeline geçiş, hizmet sunan kurumlar ile hizmeti finanse eden kurumların birbirinden ayrıştırılması ve "hizmet satın alma" modelinin oturtulması ile mümkün olmuştur. Artık, ödemeyi sağlık çalışanını istihdam eden kamu değil, hizmeti finansmanından sorumlu sigorta kurumu (ile anlaşmalı yerel otorite) yapmaktadır. Gerçi, bu yeni ücretlendirmede bir geçiş dönemi yaşanmaktadır: bir kısım personel sadece maaş alırken, çoğu personel için hizmet başına ödeme ile maaş-temelli ödeme birlikte uygulanmaktadır. Bir kısım personele ise, sadece maaş dışı ödeme yapılmaktadır. Birinci basamakta, tamamen kamuda çalışarak, maaş alan personelin önemli bölümü, özellikle pratisyen hekimler, kendilerine kayıt olan hasta/kişi sayısına göre ücret almaya başlamışlardır. Hekimlerin bir bölümü işsiz kalırken, bir bölüm hemşirenin ve diğer sağlıkçıların istihdamı, kendisini "çalıştıran" hekimin inisiyatifine bırakılmıştır. Hastanelerde ise, hizmet/işlem başına ödeme öne çıkmaktadır. Bu karmaşa, sağlık çalışanları arasında bir şaşkınlık, hatta bir moral bozukluğu yaratmıştır. Aslında, bu tablo, istihdamın parçalanmasını göstermektedir. Sendikaların güçsüzleşmesinin yanı sıra, bu parçalı istihdam yapısı, sendikaları, yeni istihdam koşulları karşısında şaşkın bırakan bir etmendir **(Afford, 2001)**

SONUÇ YERİNE, BİR ARAŞTIRMA SONUÇLARI

Bu sorunların bir özeti niteliğinde bir ILO-PSI ortak araştırmasından söz ederek bitirelim. 2001 tarihinde, ILO ve PSI, Çekya, Litvanya, Romanya ve Ukrayna'da sağlıktaki (ve toplumdaki) son gelişmelerin, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarındaki etkisini araştırmıştır. Katılanların %80'den fazlasının kadın, %70'ten fazlasının meslek yaşamı boyunca kamu çalışanı, %60'tan fazlasının yıldan uzun sağlık çalışanı olduğu bu çalışma, söz konusu 4 ülkedeki sözleşmeli sağlıkçı oranını, %20'nin altında tespit etmiştir. Bu ülkeler arasında, sözleşmelilik tipleri açısından da farklılık tespit edilmiş, örneğin Çekya'da 3 yıldan az, diğer 3 ülkede 3 yıldan uzun süreli sözleşmelerin ağırlıkta olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları, yukarıda ifade edilmeye çalışılan sorunların, bir özeti olarak okunabilir;

1. En temel sorunlardan biri, uzun çalışma saatleridir. Haftalık ortalama çalışma süresi 37.7 (Litvanya) ile 46 (Çekya) saat arasında değişirken, fazla mesai yapan

personel oranı Çekya'da %90'ın üzerinde, Litvanya'da %60, Romanya'da %70, Ukrayna'da %85'in üzerindedir.

2. Fazla mesai için ücret ödenmesinde sorun vardır. Litvanya'da fazla mesai karşılığı hiç ücret alamayanların oranı %80'den fazlayken, bu oran Romanya'da yarı yarıya, Ukrayna'da %40'dan fazla ve Çekya'da %30 kadardır.

3. Sağlık çalışanlarının kazançları da, oldukça sıkıntılıdır. Ülke ortalamasının altında kazancı olan sağlık çalışanı oranı Çekya'da %65, Litvanya'da %60, Romanya'da %25, Ukrayna'da %45 kadardır. Özellikle Ukrayna'da sağlıkçıların %40'ı ülke ortalamasının yarısından az kazanmaktadırlar.

4. Çalışma koşulları kötüdür. Çekya'dakilerin %60'ı, Litvanya ve Romanya'dakilerin %55'i, Ukrayna'dakilerin %80'i çalışma koşullarının kötü olduğunu ifade etmişlerdir.

5. Son 5 yılda çalışma koşulları daha da kötüleşmiştir. Her iki Çek sağlık çalışanından biri, her 3 Litvanyalı sağlık çalışanından 2'si, her 3 Romen sağlık çalışanından biri, her 10 Ukraynalı sağlık çalışanından 7'si, son 5 yılda çalışma koşullarının daha da kötüleştiğini belirtmişlerdir.

6. Sosyalist döneme kıyasla bugün daha mı kötüdür sorusuna, Çek ve Romen sağlık çalışanları 1/3, Litvanyalılar %45, Ukraynalılar ½ oranında "evet" demişlerdir.

7. Çalışma saatlerinden memnun olmama oranı nispeten düşüktür. Çek sağlık çalışanları %30, Litvanyalı sağlık çalışanları %45, Romen sağlık çalışanları %10, Ukraynalı sağlık çalışanları %25 oranında çalışma saatlerinden memnun değillerdir. Üstelik sağlık çalışanlarının %40 (Çekya) ile %70'i (Romanya) daha fazla çalışma saatlerinde esneklik istemektedirler.

8. Çok çalıştıkları halde bundan şikayet eden sağlık çalışanı çok fazla değildir. Fazla çalışmadan en çok şikayetçi olanlar Çekya'daki sağlık çalışanları (%30) olmuş, diğer ülke çalışanları bu konuda daha az şikayet ifade etmişlerdir.

9. Sağlık çalışanları çoğunlukla ücretlerinden memnun değildirler. %83-90 arasında sağlık çalışanları, ücretlerinden memnun olmadıklarını belirttiler.

10. Sağlık çalışanları 5 yıl öncesine kıyasla, enflasyon hesaba katılarak, daha az ücret almaktadırlar. Romanya, Litvanya ve Ukrayna'da bu tespiti yapan sağlık çalışanı oranı ¾'ten fazlayken, Çekya'da %60 kadardır.

11. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu, kazandıkları para ile geçim zorluğu çekmektedirler. Bu oran, Romanya'da %90, Litvanya'da %88, Ukrayna'da %85 ve Çekya'da %65 kadardır.

12. Sağlık çalışanlarının azımsanmayacak bir bölümü, maaşlarını sürekli biçimde zamanında alamamaktadır. Her 4 Ukraynalı sağlık çalışanından biri bu durumdayken, Romanya'da %16, Litvanya'da %14 ve Çekya'da %8 civarındadır. Zaman zaman ödemede gecikme yaşayanların oranı daha yüksektir: Ukrayna %49, Litvanya %39, Romanya %27, Çekya %5.

13. Sağlık çalışanlarının işteki görevleri, son 5 yılda ciddi bir şekilde değişmiştir. Çekya'da bu değişim %60'ken, Litvanya, Romanya ve Ukrayna'da 1/3 kadardır. ¼ (Romanya) ile ½ (Litvanya) oranında, sağlık çalışanları son 5 yılda işyerlerinin önemli ölçüde yeniden yapılandığını ifade etmiştir. Bu yeniden yapılanmanın gelecekte çalışma koşullarını olumsuz etkileyeceğini saptayan Romanyalı (%72) ve Litvanyalı (%60) sağlık çalışanlarının yanı sıra, Çek ve Ukraynalılar daha az kötümserdir: %28 ve %35.

14. Hükümetlerin sağlık uygulamaları konusunda, sağlık çalışanları çok iyimser görünmemektedirler. Litvanyalı sağlık çalışanlarının %70 kadarı bu konuda karamsarken, diğer üç ülkede karamsarların oranı %40 civarındadır.

15. Sağlık çalışanlarında ciddi bir işini kaybetme duygusu gelişmiştir. Litvanya'da ve Ukrayna'da %40'tan fazla olan bu korku, Romanya'da %33, Çekya'da %20 dir. "Bir yıl içinde işini kaybetmekten korkanlar"ın oranı ise yine en çok Litvanya'dadır (%43). Ukrayna'da %17, Romanya'da %11 olan korku, Çekya'da sadece %2'dir. "İşini kaybetme" olasılığı 5 yıla çıkarıldığında, oranlar artmaktadır: Litvanya %61, Ukrayna %23, Romanya %16, Çekya %5.

16. İşleri dışında başka bir iş bulma olasılıklarını az bulmaktadırlar. Başka bir iş bulamayacağını ifade edenlerin oranı Litvanya'da 2/3'ken, Romanya'da %58, Ukrayna'da %44 ve Çekya'da %16'dır.

17. İşten atılınca, kendi mesleklerini icra edemeyecekleri korkusu mevcuttur. Litvanya'da %60 olan bu korku, Ukrayna'da %42, Çekya'da %22, Romanya'da %18'dir

18. Bu sıkıntılı ortamda sağlık çalışanları, sendikalarına güven duymakta mıdırlar? Sendikalarına en çok Romanyalı sağlıkçılar güvenmektedir: %76. Bu güven, Çekya'da %46, Litvanya'da %32 ve Ukrayna'da %26'dır. Romanyalı sağlık çalışanları, %71 oranında sendikalarının, çalışma koşullarının iyileştirilmesi için mücadele ettiğine inanırken, diğer üç ülkede bu inanç %22-27 arasında kalmaktadır. Çalışma koşullarının savunulmasında, sendikalarını başarılı bulanlar, biraz daha az: %56 ile Romanyalılar en baştayken, Ukrayna'da %14, Çekya'da %19, Litvanya'da %23'dür.

19. Sağlık çalışanları, sendikalarının son 5 yılda zayıfladığını belirtiyorlar. Ukraynalı çalışanların yarıya yakını, Romanyalıların %40'ı, Litvanyalıların %28'i, Çekya'dakilerin %13'ü sendikalarının bu süreçte zayıfladığını ifade etmiştir.

20. Yöneticilerin, sağlık çalışanlarının sorunları ile, 5 yıl öncesine kıyasla daha az ilgilendiklerini söylemişlerdir.

Daha çok bu 4 ülkede, kentlerdeki hastane çalışanlarının ağırlıkta olduğu sağlık çalışanları, özetle şu değerlendirmeleri yapmışlardır:

- Kendi çalışma koşullarının iyi olmadığını,
- 5 yıl öncesine kıyasla daha az kazandıklarını,
- Maaşlarını zamanında almada problem yaşadıklarını
- Yeniden yapılanmanın, çalışma koşullarını daha da bozacağını,
- İşlerini kaybetmekten korkularının olduğunu,
- İşten atılırlarsa başka bir iş bulmada ve kendi işlerini yapmada zorlanacaklarını,
- Yönetimlerin eskiye kıyasla sorunları daha az ilgilendiğini belirtmişlerdir.

Sonuç; ODA ülkeleri, 1917 ve 1945 sonrası, dünyada "eşitliğin mümkün olamayacağı" savını çürüten değişimleri yaşayan coğrafyaların adıdır. Bu coğrafyalar, 1980'li yıllarda, ciddi bir altüst oluş yaşamış, iktisadi, sosyal ve siyasal değişiklikler gündeme gelmiştir. Doğal olarak, bu değişiklikler, sağlık alanına ve sağlık çalışanlarına da yansımıştır. Halen de yansımaktadır.

Sağlık çalışanları, kendi yaşam ve çalışma koşullarını, genel olarak "olumsuz" etkileyen değişimi yaşarken, zaman zaman bu değişime itiraz etmekte, hatta bu itiraz dozunu yükseltmektedir. 1917 ve 1945'leri yaşayan coğrafyalar, diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık alanında da grevler, iş yavaşlatmalar, diğer değişik mücadele yöntemlerini bugün de yaşamaktadır. Hükümetler, bu yöntemleri, yasal ve/veya güç kullanarak engellemeye çalışmaktadır. Bir kapışma söz konusudur, yani. ODA ülkelerindeki "reform"ların hızını ve de yönünü etkileyen de, bu kapışmanın boyutudur. Biz burada, bir "2000 ara değerlendirmesi" yapmaya çalıştık; 1980'lerden gelen değişimi temel alarak. Dünya çapında sermayenin ve örgütlerinin yüklenmesinin, bir ODA kesiti, aynı yüklenmeyi yaşayan bizim coğrafyamızda işlerin olumsuz gittiğini, bu gidişi durdurmanın tek yolunun, bu değişimin önünü kesip, bu dünyada eşitsizliğin mümkün olmadığı savını, bir kez daha geçersiz kılmaktan geçtiğini bize göstermektedir.

KAYNAKLAR

Afford, CV., (2001), Failing Health Systems: Failing Health Workers in Eastern Europe, SES Papers (ILO-PSI Affiliates), Geneva.

Afford, CV., (2003), Corrosive Reform: Failing Health Systems in Eastern Europe, ILO-PSI, Geneva.

Aksakoğlu, G., (1978), "Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri", Toplum ve Hekim, 7-8.

Aksakoğlu, G., (2003), "Sovyetler Birliği Özelinde Sosyalist Ülkelerde 'Sağlık "reform"u', Toplum ve Hekim, Cilt 18, 1, Ocak-Şubat 2003.

Beck, M. ve arkadaşları, (2002), Health Care "reform", Privatization and Employment Conditions in Central and Eastern Europe: A Four-Country Study, SES Papers, Geneva.

Cengiz, B., (2003), "Orta Avrupa'da Özgün Bir Sağlık Sistemi Deneyimi: Çekoslovakya", Toplum ve Hekim, Cilt 18, 1, Ocak-Şubat 2003.

Deacon, B., ve arkadaşları, The New Eastern Europe, Sage, London.

Holmes, L., (2000), Post Komünizm, Mavi Ada Yayınları, İstanbul.

ILO (1985), Employment and Conditions of Work in Health and Medical Services, ILO, Geneva.

ILO, (2001), East European Healthcare in Crisis, Press Release 10.12.2001, ILO, Geneva.

ILO-PSI (2001), Health Care in Central and Eastern Europe: Reform, Privatization and Employment in Four Countries, A Draft Report, ILO-PSI (SES Papers), Geneva.

ILO ve PSI, (2002), Health Care Privatisation: Workers'Insecurities in Eastern Europe, ILO-PSI Workshop Report, ILO, Geneva.

Özkan, Ö., (2003a), "Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Sağlık Hizmetleri", Toplum ve Hekim, Cilt 18, 1, Ocak-Şubat 2003.

Özkan, Ö., (2003b), "Sosyalizmin Sağlık Alanındaki Bir Başka Zaferi: Bulgaristan Halk Cumhuriyeti Örneği", Toplum ve Hekim, Cilt 18, 1, Ocak-Şubat 2003.

PSIRU (Public Service International Research Unit), (1996), Privatisition in Health Services in Central and Eastern Europe, PSPRU for PSI.

PSIRU (1997), Privatisation of Health Services across Europe, Report-September 1997.

Saltman R. ve Figueres J., (1997), Avrupa Sağlık "reform"u, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Sol Meclis Sağlık Komisyonu, (2002), Sosyalist Türkiye'de Sağlık, Nazım Kültürevi Kitaplığı, İstanbul.

Soyer, A., (1993), Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Sorunları, TTB Yayını, Ankara.

Soyer, A., (1995), "Dünden Bugüne Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri", Toplum ve Hekim, Cilt 9, 64-65.

Stepantchikova, N ve arkadaşları (2001), Socioeconomic Status of Health Care Workers in the Russian Federation, ILO-PSI (SES Papers), ILO, Geneva.

Telyukov, AV., (1991), "A Conceptof Health-financing "reform" in the Soviet-Union", Int. J. of Health Serv., 1991, 21.

WHO (2000), World Health Report 2000, Geneva.

WHO (2002 a), The European Health Report 2002, Copenhagen.

WHO (2002 b), The World Health Report 2002, Geneva.