

SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ'NDE DÖNÜŞÜMÜN KADINLARA ETKİSİ: GELİNEREN DURUM

Melda YAMAN ÖZTÜRK*

GİRİŞ

2009 yılı sosyal güvenlik ve sağlık sisteminde gerçekleştirilen dönüşümün sonuçlarının dolaysızca hastalara ve sağlık çalışanlarına yansıdığı bir yıl oldu. Sağlık hizmeti giderek kamusal hizmet olmaktan çıkarılırken, sağlık hizmetleriyle birlikte sağlık çalışanları da piyasanın işleyişine teslim edilmekte.

Yeni düzenlemelerle, katkı payından eczanelerdeki uygulamalara kadar muayene, ilaç ve tedavi aşamaları hastanın üzerinde bir yük haline getirildi. Örneğin, 1 Ekim 2009 tarihinden itibaren yürürlüğe giren Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkındaki Tebliğe göre hasta katkı payı resmi sağlık kurumlarında 2 ile 8 lira arasında, özel hastanelerde ise 15 lira oldu.

İzlenen politikalar sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını da olumsuz etkilemekte. Özel sağlık işletmelerinde olduğu gibi kamusal sağlık kurumlarında da çalışma koşulları ağırlaşıyor, güvencesiz işler yaygınlaşıyor. Yaşanan dönüşüm, sağlık çalışanlarında hak kaybı, çalışan ve toplum sağlığında bozulma gibi sonuçlar doğurmaktadır.

Türkiye'de son on yıldır sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik sistemi yeniden yapılandırılıyor. Getirilen düzenlemelerle kamu kurumlarının payı küçültüldü, sermayeye bireysel emeklilik ve çeşitli sağlık kurumları biçiminde yeni değerlendirme alanları açıldı ve çalışanların katkısı artırılırken kazançları azaltıldı.

Dönüşümün ilk adımları 2000'li yılların hemen öncesinde atılmıştı. İlk olarak 1999'da İşsizlik Sigortası kuruldu. Sonra, 2001 yılında sosyal güvenlik reformunun önemli ayaklarından biri olarak kabul edilen ve gönüllülük esasına dayanan Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi oluşturuldu. Ardından 2008 yılında Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası yürürlüğe girdi.

* Yrd. Doç Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sosyal güvenlik sisteminde dönüşümün üç temel ayağı bulunuyor: 1. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un bir çatı altında toplanması; 2. Aile Hekimliği uygulamasının başlatılması; 3. Kamu Hastaneleri Birliği Tasarısı. Bu dönüşümün birinci ayağında Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur, Genel Sağlık Sigortası çatısı altında birleştirildi. Bu dönüşüm, tüm yurttaşları sosyal güvenlik şemsiyesi altına almayı iddia ederken, sistemin kazanımları daraltılarak, hizmetler karşılığında ek ödeme yapma zorunluluğu getirildi. Yaşanan dönüşümün bir diğer ayağı olan 'Aile Hekimliği' kurumu ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları yerine aile hekimlerine bırakılmasını öngörüyor (bkz. Yaman Öztürk vd., 2010). Üçüncüsü ise, Kamu Hastaneleri Birliği Tasarısı. Bu tasarı ile amaçlanan kamu hastanelerini, özel hastaneler gibi, kâr amacı güden şirketler haline getirmek. Bu dönüşümle sağlık kurumlarına idari ve mali özerklik getirilerek, hastanelerin yönetim kurullarınca yönetilmesi amaçlanıyor. Böylece Sağlık Bakanlığı'nın da sağlık hizmetlerini sağlayan kamu kurumu olmak yerine, 'sağlık piyasasını' koordine eden bir kurum haline gelmesi öngörülüyor.

Yaşanan dönüşüm sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerini meta ilişkilerine konu ederken, bu hizmetlere erişimi çok güç hale getirmiştir. Özellikle kadınlar, emek etkinliklerinin büyük bölümü sosyal güvenlik sisteminde yer bulmadığı için sistem dışı kalıyorlar. Kadınlar bu süreçten dolaysız ve dolaylı olarak iki biçimde etkileniyorlar. Dolaysız olarak etkileniyorlar çünkü kadın istihdamının düşük olması ve kadınların ev içinde ücretsiz olarak yaptıkları işler ile bakım emeğinin sosyal güvenlik sisteminde karşılık bulmaması, kadınların çoğunu zaten sistem dışı bırakıyor. Özgül sağlık hizmetine gereksinen kadınlar bu dönüşümden, ayrıca, sağlık hizmeti alıcısı olarak da etkileniyorlar. Yine, düzenlemeler eski yasada yer alan hakların bir kısmını geri alarak kadınları -ve erkekleri- olumsuz biçimde etkiliyor. Örneğin 7000 gün olan prim ödeme süresinin 9000'e çıkarılması sosyal güvenlik sisteminde kazanımları azaltmayı hedefleyen bir değişiklikti. Güçlü bir muhalefetle karşılaşınca 7200 güne çekilmek zorunda kalınmıştı.

Kadınlar dönüşümden dolaylı olarak da etkileniyorlar: Toplumda çocuk, yaşlı ve hastaların bakımından sorumlu tutuldukları için sosyal güvenlik sisteminde ve sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm dolaylı olarak onlara da yansıyor. Devlet özellikle yaşlı ve hasta bakımından elini çektiğçe, kalan boşluğu kadınların doldurması bekleniyor. Türkiye'de kamusal sağlık harcamalarının 'gelişmiş' ülkelerin gerisinde olması da bu durumu ağırlaştırıyor.

Bu dönüşüm sürecinden kadınlar sağlık çalışanı olarak da olumsuz biçimde etkileniyorlar. Kadın emeğinin yoğunluklu olarak istihdam edildiği alanlardan biri olan sağlık hizmetleri bugün giderek güvencesiz iş alanına dönüştürülüyor.

2009 yılı boyunca sağıkta dönüşümün, başta hemşireler olmak üzere sağık çalışanlarınca protesto edildiğine tanık olduk.

Sonraki bölümlerde önce patriyarkal toplumda kadın emeğinin konumu çerçevesinde kadınların sosyal güvenlik sistemindeki yerine bakacağız. Sonra sağık sistemindeki dönüşümün kadınlara etkilerini ele alacağız.

Kadın İstihdamı ve Sosyal Güvenlik Sisteminden Dışlanma

Türkiye’de kadınların büyük bölümü sosyal güvenlik sisteminde doğrudan içerilmiyor. Bu durum birinci olarak kadın istihdamıyla bağlantılıdır. Türkiye’de kadınların işgücüne katılımı Batı Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında çok düşüktür (bkz. Toksöz, 2007; TÜSİAD 2008). 2006 yılı itibariyle kadınların işgücüne katılım oranı şehirlerde yüzde 19.9, toplamda yüzde 24.9’dur. Aynı yıl, bu oran AB ülkelerinde yüzde 57’dir (TÜSİAD, 2008: 115, 123). Kadın istihdamının düşük olması, kadınların büyük bölümünü sosyal güvenlik sisteminden dışlıyor. Bu durumda kadınlar kocalarına ya da babalarına bağlı olarak sosyal güvenlik sistemine katılabiliyorlar. Bu yapı kadınların babaya ya da kocaya bağımlılığını artırıyor; örneğin evlenmek, pek çok kadın için tek seçenek haline gelebiliyor.

Ücretli çalışanlara baktığımızda da olumlu bir tablo çizmek olanaklı görünmüyor: Kadın istihdamının enformel, esnek ve güvencesiz işlerde yoğunlaşması, kadınların sosyal güvenlik sisteminde yer bulmalarını engelliyor. Çünkü kadın emeği esnek üretim süreçleri için ‘ideal’ emek biçimi olarak görülüyor. Böylece kadınların ücretli işle birlikte, ‘aile sorumluluklarını’ ve ev işlerini yerine getirebileceği garanti altına alınmış oluyor (bkz. Yaman Öztürk, 2010). Bu durum, sermayenin patriyarkayla dayanışmasını açık bir biçimde gözler önüne sermektedir: Kapitalistler kendi ihtiyaçları için ideal olan kadın emeğini, patriyarkal cinsiyetçi işbölümüne zarar vermeden kullanmaya çalışıyor; böylece kadınların bir yandan ev işlerinden sorumlu olmayı sürdürmeleri, öbür yandan esnek işlerde ucuza istihdam edilmeleri bekleniyor.

Günümüzde iş güvencesinin ve sosyal güvencenin sağlandığı iş bulmak neredeyse olanaksız hale geldi.¹ Özel şirketlerde yaygınlaşan enformel istihdam, güvencesiz iş biçiminde kamu kurumlarını da kuşatmış bulunuyor. Sağık ve eğitim sektörü başta olmak üzere kamuda da sözleşmeli çalışanların sayısı gün geç-

1 Enformel kadın istihdamı ise Türkiye’de özellikle 2000 sonrasında giderek yaygınlaşmaktadır. Türkiye’de 2000-2006 arasında tarım dışı istihdamda enformel işler iki kat artmıştır. 2006 yılında, Türkiye’de çalışan kadınların yüzde 68’i, erkeklerinse yüzde 44’ü iş güvencesinin ve sosyal güvencenin bulunmadığı enformel işlerde çalışıyorlar (bkz. Toksöz, 2007: 36).

tıkçe artıyor. Serkan Öngel'in (2009) KESK'e hazırladığı rapora göre 2009 yılında kamuda Kamu İktisadi Teşekkülleri, Belediyeler ve İl Özel İdareleri hariç serbest kadro sayısı 2007 yılına göre sadece yüzde 1.8 artış gösterirken, sözleşmeli personel sayısı 120 binden 202 bine çıkarak yüzde 67 oranında artmıştır. Eğitim ve sağlık hizmetleri kadınların yoğunluklu olarak istihdam edildiği alanlar olma özelliği taşıyor.

Tarımın çözülmesiyle kırdan kente göçün hızlanması da enformel istihdamı tetikliyor. Kentlere göç eden yığınlar barınma, iş bulma, eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşmada önemli sorunlar yaşıyorlar. Özellikle kadınlar kentlerde ücretli işlerin gerektirdiği vasa sahip olmadıkları için, kadın işsizliği ve enformel istihdam giderek büyümektedir.

Dolayısıyla, kadınlar için esnek işlerin ve enformel istihdamın günden güne yaygınlaştığını ve norm halini aldığını söylemek olanaklı. Bu eğilim, kadınların sosyal güvenlik sisteminden dolaysızca yararlanmasının önündeki başlıca engellerden birini oluşturuyor.

Kadınların sosyal güvenlik sistemince içerilmemesinin nedenlerinden biri de, kadınların ev içinde temizlik, yemek hazırlama, çocuk ve hastaların bakımı gibi işlerinin sosyal güvenlik kapsamına alınmamasıdır. Bu durum kadınlar için iki olumsuzluk yaratıyor: Birincisi ücretli işte çalışmayan kadınların ev içindeki emek süreçleri sosyal güvenlik sisteminden dışlanıyor. İkincisi ücretli bir işte çalışsa dahi ev işlerinin ve bakım işlerinin yüklendiği kadınların 'ikinci vardiyası' sosyal güvenlik sisteminde yer bulamıyor.

Günümüz toplumunda ücretli işle ev işi ayrılmıştır. Patriyarkal normlara göre, ücretli iş 'erkek işidir'; ev içinde ücretsiz bir biçimde yerine getirilen ev işleri ve bakım işleri ise 'kadın işi' olarak nitelenir: Kadınlar ev içinde ücretsiz olarak yemek hazırlar, çamaşır, bulaşık yıkar, çocuklara, hasta ve yaşlılara bakarlar. Ancak ne var ki kadınların ev içinde karşılıksız olarak sağladığı hizmetler değersiz bulunur; 'iş' olarak bile nitelenmez. Evde bütün gün bu işlerle uğraşan kadınlar 'ev kadınıdır', toplumun çalışmayan kesimine dahil edilir. Toplum tarafından değersiz görülen ve iş kapsamına alınmayan ev işi ve bakım işi, devlet katında da işten sayılmaz. Bu işler devlet istatistiklerinde görülmez, bütçe kapsamına alınmaz, yasalara yansımaz; ayrıca, sosyal güvenlik sisteminde de yer bulmaz.

Sağlık Sisteminde Dönüşümün Kadınlara Dolaysız Etkisi

Hemen her toplumsal alanda olduğu gibi sağlık ve kadın konusunda da 'nötr' ve 'toplumsal cinsiyet bakışsız' bir yaklaşım söz konusudur. Oysa ki kadın-

lar gerek toplumsal cinsiyet rollerinden gerekse kadınlık özelliklerinden kaynaklı sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinmektedirler (bkz. Yaman Öztürk vd., 2010).

Kadınlar öncelikle toplumun bireyleri olarak artan sağlık hizmeti maliyetlerinden olumsuz etkileniyorlar. Tetkik ve tedavilerde hastaya katkı payının getirilmesi özellikle alt sınıflardan kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayıcı bir etkidir. Ayrıca, çoğu ücretli bir işte çalışmayan, çalışanların büyük çoğunluğunun da düşük ücret aldığı kadınların özel sağlık hizmetlerinden ya da özel sağlık sigortalarından yararlanması olanaklı görünmemektedir.

Öte yandan kadınlar, kadının bedenine ve kadının üremedeki özgül işlevine bağlı olarak özgül sağlık hizmetlerine gereksinim duyuyorlar. Gebelik, doğum, doğum sonrası komplikasyonlar, istenmeyen gebelikler ile isteyerek yapılan düşüklükler, menopozal semptomlar, enfeksiyonlar, meme, yumurtalık ve rahim kanserleri vs. kadınların sağlığını özel bir ilgiye zorunlu kılıyor. Sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ve/veya güçlüğüle erişildiği durumlarda, gebelik ve doğum, kadınların sağlığı ve yaşamı açısından ciddi riskler barındırabiliyor. Örneğin gebeliğe bağlı ölümlerin 'gelişmiş' ülkelere oranla Türkiye'de 10 kat fazla görülmesi, Türkiye'de kadınların yetersiz sağlık hizmetinden ötürü yaşadığı sağlık sorunlarını açık bir biçimde ortaya koymaktadır² (bkz. Yaman Öztürk, 2010). Ayrıca, kadınların fiziksel ve psikolojik şiddete maruz bırakılması, ev içi şiddet ile 'töre' cinayetleri kadın sağlığını ve yaşamını ciddi biçimde tehlikeye sokuyor.

Sağlık hizmetlerinin paralı hale getirilmesi kadınların bu kritik bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılamalarını güçleştirmektedir. Kadınların çoğu daha az sıklıkta doktora görünmekte, tedaviyi ertelemekte, sağlık personeli dışında bireysel ilişkilere başvurmaktadır.

Sağlık Sisteminde Dönüşümün Dolaylı Etkisi: Yaşlı ve Hasta Bakımı

Günümüz patriyarkal toplumunda öbür ev işleriyle birlikte evde bakım işi kadınların sırtına yüklenmiştir. Ev içindeki kadınlar, bakım gereksinimlerini kendi başlarına sağlayamayan çocukların, yaşlıların ve hastaların bakım işlerinden sorumlu tutulurlar. Çocuklarla anneler ilgilenir; yaşlılara kızlar, gelinler, kız kardeşler bakar; hastalar hane içindeki kadınların ellerine teslim edilir.

2 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırmasına göre ülkemizde anne ölüm oranı, 100.000 canlı doğumda 28.5'tir. Bu rakam kent merkezlerinde 20.7 iken, kırsal alanda 40.3'tür. Bölgeler arasında belirgin fark görülmekte olup, Batı Anadolu'da bu oran 7.4 iken, Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu'da 68.3'tür (DPT, 2008: 204).

Kadınlar bu işler karşılığında ücret almazlar; tersine bakım işleri kadınlara finansal bir yük getirir. Hastaların ve yaşlıların bakımında, sosyal güvencenin yetersiz olduğu durumlarda, masraflar ailelere yüklenir. Masraflar yetişkin kardeşler arasında bölüşülürken, çoğu durumda cinsiyetçi işbölümü devreye girmekte; para kazanan erkek kardeş masrafların büyük kısmını üstlenirken, yoğun ve zahmetli emek gerektiren bakım işi kız kardeşe kalmaktadır.

Türkiye’de kamusal sağlık harcamaları çok düşüktür. Sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı 2001 yılında yüzde 3.2 iken, 2007 yılında yüzde 4 olarak gerçekleşmiştir. 2008 tahminlerinde bu oranın yüzde 3.9 olması beklenmekteydi. Batı Avrupa ülkeleriyle kıyasladığımızda Türkiye’de kamusal sağlık harcamalarının çok düşük olduğunu görüyoruz; bu oran AB ülkelerinde yüzde 6.7, OECD ülkelerinde ise yüzde 6.5’tir (DPT, 2008: 204).

Türkiye’de hasta ve yaşlı bakımına yönelik kamu kurumları da yetersizdir. Sosyal hizmetler kapsamında yaşlılara yönelik hizmetlere baktığımızda, 2010 yılında, SHÇEK’e ait 8214 kişilik kapasiteye sahip toplam 82 huzurevi bulunduğunu görüyoruz.³ Büyük şehirlerde özel bakım kurumları da bulunmakla birlikte, yaşlıların büyük çoğunluğunun fiyatların yüksek olduğu özel bakım kurumlarında bakım görmesi olanaksızdır. Bütün bu bakım işleri kadınlara yüklenmiştir.

Uzun bir dönem boyunca ‘genç nüfus’ olarak değerlendirilen Türkiye’de son dönemde yaşlı nüfusunun artması hastalanan ya da bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bakımını gündeme taşımıştır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) yaşlıların koşullarını incelemek üzere 2007 yılında Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı raporunu hazırladı. Rapor Türkiye’de yaşlı nüfusun arttığını ortaya koyuyor. Raporda 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)’nın bulgularından hareket ediliyor ve buna göre yaşlı nüfusun tüm nüfus içerisindeki payının 2005 için yüzde 5.6 civarında olduğu belirtiliyor. Buna göre Türkiye yaklaşık 5 milyon yaşlı ile bazı ülkelerin toplam nüfusundan daha fazla yaşlı nüfusa sahiptir⁴ (DPT, 2007: 9). Yaşlılar bakım ihtiyaçlarının karşılanması için çoğu durumda yetişkin çocuklarının yanına taşınıyor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün 2003 tarihinde yaptığı Nüfus ve Sağlık Araştırması, her on yaşlıdan ye-

3 Bunlara ek olarak, dernek ve vakıflar ile azınlıklara ait, toplam 8507 kişi kapasiteli 153; belediyeler ve belediyelerin bünyesinde 4578 kapasiteli 28 huzurevi vardır. SHÇEK kapsamında, 2010 yılı itibarıyla Ankara, Çanakkale, İzmir ve Eskişehir’de toplam 901 kişi 712 kadının üye olduğu 5 adet Yaşlı Hizmet Merkezi hizmet vermektedir (SHÇEK, 2010)

4 TNSA-2003’ün sonuçlarına kentsel alanlarda yüzde 6 olan yaşlı nüfus oranı, kırsal alanlarda yüzde 9’dur. Genç nüfusun kentsel alanlara göç etmesi, bu farklılığın temel nedeni olmakla birlikte emeklilik sonrası göç de göz ardı edilmemelidir (DPT, 2007: 9).

disinin ya çocukları ile aynı evde ya da çocukları ile aynı binada, sokakta veya mahallede oturduklarını göstermektedir (bkz. TÜSİAD, 2008: 16).

Bakım işleri ev içinde kadınların önemli bir zaman dilimini kapladığı gibi, duygulanımsal emek harcamayı da gerektirir. Kadınların bakım işlerini sevgili ve duygulu bir biçimde yerine getirmeleri beklenir. Mesaide zaman sınırı yoktur ve gündüz gece yaşlı ve hastaların bakım ihtiyaçları giderilmeye çalışılır. İğne ya da pansuman yapmak gibi tedaviye yönelik hizmetlerin yanında, hastanın konforunu ve rahatını düzenlemek, onu hoş tutmak da epey zaman ve çaba gerektirir.

Dolayısıyla, sağlık sisteminde yeni bir düzenleme ya da sağlık hizmetlerine yönelik yeni bir uygulama, bu işlerden sorumlu tutulan kadınları dolaylı bir biçimde etkilemektedir. Son düzenlemelerle sağlık hizmetlerine erişimde katkı payı uygulamasının getirilmesi, hasta ve yaşlılarla birlikte onların bakımının yüklendiği kadınlara olumsuz bir biçimde yansımaktadır. Ayrıca pek çok yeni uygulama kadınların hem zamanını hem de emeğini artırmaktadır: Örneğin, aynı gün içerisinde gidilen ikinci poliklinik tetkikleri bütünüyle paralı hale getirilmiştir. Pek çok hastalığı olan yaşlılar söz konusu olduğunda, kadınların bakmakla yükümlü oldukları bu hastaları her bir poliklinik muayenesi için başka bir gün hastaneye getirmesi gerekmektedir. Bu durum, ek zaman harcamak olduğu kadar ek maliyet de anlamına gelmektedir.

Sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sisteminde gerçekleştirilen dönüşümde kadınların bakım emeğinin özgül bir işlevi daha vardır: Bu hizmetler paralı oldukça ve devlet kurumsal ve maddi desteğini azalttıkça, bu boşluğu kadınların doldurması beklenmektedir. Böylece kadınlara, sağlık sistemindeki dönüşümün yol açtığı toplumsal gerilimi yumuşatıcı bir rol de yüklenmiştir.

Ayrıca şunu da eklemek gerekir ki, sosyal güvenlik sistemine erişim güçleştikçe; esnek ve enformel istihdam yaygınlaştıkça, çalışanların emekli olması ve emekli aylığı edinmesi de güçleşmektedir. Bunun yaratacağı olumsuz sonuçlardan birisi de yaşlıların giderek ailelerine, (çocuklarına ya da yakın akrabalarına) yaslanması olacaktır. Temel ihtiyaçlarını karşılayacak gelirden bile mahrum bırakılan yaşlılar, kamusal bakım kurumlarının çok yetersiz olduğu Türkiye’de, oğullarının ya da kızlarının bakımına muhtaç hale gelecektir. Aileye yaslanmak aslında kızlara, gelinlere, yakın akraba kadınlara yaslanmak demektir; yani kadınların iş yükünün giderek ağırlaşması anlamına gelmektedir.

Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Kadın Sağlık Çalışanları

Sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olmaktan çıkarılması ve piyasa kurallarına göre işleyen bir sisteme dönüştürülmesi sağlık çalışanlarını da olumsuz bir bi-

çimde etkilemektedir. Sağlık sektörü kadın emeğinin yoğunluklu olarak istihdam edildiği alanlardan biridir. Kadınları toplumsal cinsiyet normlarına sıkıştıran hemşirelikte olduğu gibi sağlık hizmetleri yoğun ve zorlu emek sürecine dayanmakta; profesyonel tedavi ve bakım işlerinin yanında duygulanımsal emek harcamayı da gerektirmektedir. Bununla birlikte sağlıkta yaşanan dönüşüm bu zorlu işleri güvencesizleştirmekte ve değersizleştirmektedir.

Sağlık hizmetinin metalaştırılması, her meta üretiminde olduğu gibi, emek maliyetlerinin en aza indirilmesini beraberinde getirir. Bunun dolaysız sonuçlarından biri sağlık çalışanlarının ücretlerinin düşürülmesi olacaktır. Ücretlerin düşürülmesinin yanında çalışma koşullarının kötüleşmesi, çalışma süresinin uzaması, iş yükünün ağırlaştırılması da olası sonuçlar arasındadır. En önemlisi sağlık sektörü, iş güvencesinin olmadığı, sosyal güvencenin sağlanmadığı işlere yönelmiş durumdadır.

Bu sürecin kamu sağlık kurumlarına yansımaları destek hizmetlerde dışa iş verme ile sonuçlanmıştır. Bugün bütün kamu hastanelerinde temizlik, mutfak ve güvenlik hizmetleri taşeron firma eliyle yürütülmektedir. Bunun yanında, hükümetin kadro vermemesi nedeniyle hemşire, laborant, radyoloji teknisyeni, tıbbi sekreter ve hasta bakıcı kadrosunda işe alınanlar da (temizlikçi adı altında) ihale yoluyla istihdam edilmektedir. Pek çok hastanede bu şekilde çalışanların sayısı devlet memuru statüsünde çalışanların sayısını geçmiştir (bkz. Çerkezoğlu, 2009).

Bunlara ek olarak aile hekimliği uygulaması ile koruyucu hekimliğin sona ermesi sağlık çalışanlarını yalnızlaştırmakta, örgütlenmeyi güçleştirmekte, ekip çalışmasını ortadan kaldırmakta ve angaryayı artırmaktadır. Aile sağlığı elemanlığı uygulaması ise hemşire, ebe ve sağlık memurluğunu ortadan kaldırmakta, iş tanımını belirsizleştirmekte, kuralsız çalışmayı getirmektedir (bkz. <http://www.personelsaglik.net/haber/11205/calisma-yasami-ve-hemsirelik-sempozyumu-sonuc-bildirgesi-haberi.html>).

Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak kadın istihdamının yüksek olduğu sağlık sektöründe yoğun emek süreci içeren çalışma koşulları kötüleşmekte, hak kayıpları yaşanmakta, iş güvencesi ve sosyal güvence ortadan kalkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün en can alıcı sonuçlarından biri de sağlık çalışanlarının ve hasta sağlığının bozulmasıdır.

SONUÇ

Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerine erişim temel insan hakkıdır. Devlet, herkese ücretsiz sağlık hizmetlerini sunmak ve iş, emeklilik ve gelir sağlamakla yü-

kümlüdür. Sosyal güvenlik sisteminin dışında kalmak demek, ilk olarak kamusal sağlık hizmetlerinden yararlanamamak anlamına geliyor. İkinci olarak bireylerin topluma belirli süre hizmet sağladıktan sonra yaşını aldığında düzenli gelirden mahrum olması demek.

Türkiye’de kadınların istihdama katılımı çok düşük olduğu ve ayrıca, kadın istihdamı esnek ve güvencesiz işlerde yoğunlaştığı için, kadınlar sosyal güvenlik sistemine dolaysızca katılmıyorlar. Türkiye’de iş güvencesinin ve sosyal güvenenin sağlandığı iş bulmak günden güne zorlaşıyor; yakın bir geçmişe dek en güvenli istihdam sağlayıcı olarak görülen kamu sektörü dahi sözleşmeli personel alınmasına yöneldi ya da taşeron şirketlere iş veriyor. Hastanelerde, okullarda, üniversitelerde ofis personelleri ve temizlik işçilerinin çoğunu sözleşmeli taşeron çalışanları oluşturuyor. Vekil ve sözleşmeli öğretmen istihdamı da giderek yaygınlaşıyor; başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının da sözleşmeli işçi olarak istihdam edilmeye başladığını görüyoruz. Bu iş kolları genellikle kadınların yaygın olarak çalıştığı alanları oluşturuyor.

Toplumun üretiminde en temel işler, bakım işleri, kadınlara yüklendiği halde, değersiz görüldüğü, ücretlendirilmediği gibi, ‘çalışma’ kapsamına alınmadığı için sosyal güvenlik sisteminde karşılık bulamıyor. Kadınlar bu işlerden ücret alamıyor, emekli olamıyor, ‘gelecek ücreti’nden de mahrum bırakılıyorlar.

Sosyal güvenlik ve sağlık sistemindeki dönüşümlerin de en çok kadınları etkilediğini görüyoruz. Sağlık hizmetlerine erişimde katkı payı uygulamasının getirilmesiyle tedavi, devlet hastanelerinde bile, çok külfetli bir hal aldı. Bundan ötürü, kadın olmalarından kaynaklı özel sağlık hizmetine gereksinim duyan kadınların, tersine, bu dönemde sağlık kurumlarına gitme, doktor muayanesi ve tedavi görme sıklığının azalması şaşılacak bir durum değil. Yaşanan dönüşümün en ağır yükünü çeken kadınların, bir de, devletin elini çektiği kamusal bakım hizmetlerinin yerini alması bekleniyor. Hastanede bakım masrafları yükseldiği, kamusal bakım kurumları yetersiz olduğu için, hasta ve yaşlı bakımı kadınlara yükleniyor.

Bütün bunlara karşılık biz kadınların söyleyecek sözümüz var. Evde ve emek piyasasında eşitlik istiyoruz. Çocuk bakımından, yaşlı ve hasta bakıma bütün işleri erkeklerle paylaşmak, emek piyasasında erkeklerle aynı şansa sahip olmak istiyoruz. Bu uzun ve zahmetli bir süreci gerektiriyor; bu nedenle biz kadınlara yüklenen bakım ve ev işi yüklerinin sosyal politikalarda, sosyal güvenlik sisteminde, iş yasalarında yer bulması gerekiyor. Toplumsal eşitsizliği görmezden gelerek ‘görünürde eşitlik’ varsayan ya da varolan eşitsizlikleri yeniden üreten uygulamalar yerine; kadınlarla erkekler arasındaki toplumsal eşitsizlikleri dikkate alan, bu eşitsizlikleri azaltmayı hedefleyen politikalara ihtiyacımız var.

KAYNAKÇA

- Çelik S. (2007), Türkiye İşgücü Piyasasının Esnekliği ve Esnek Çalışma Önündeki Engeller, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü
- Çerkezoğlu A. (2009), Sağlık Çalışanlarını Bekleyen Tehlike: Güvencesizlik ve Ucuz İşgücü, Hekim Forum Dergisi Seçkisi, Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II – Sağlıkta Dönüşüm, H.Demirdizen ve A.Akalin (der.), İstanbul Tabip Odası
- DPT (2007), Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Sosyal Sektörler Koordinasyon Genel Müdürlüğü
- DPT (2008), Dokuzuncu Kalkınma Planı, (2007-2013), 2009 Programı, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- Karadeniz O. ve Yılmaz H. (2007), Türkiye’de Kadının İşgücü Piyasası İçindeki Konumu ve İşgücü Piyasasına Katılımını Etkileyen Faktörler, İş Dünyasında Kadın içinde, Türkconfed Yayını, İstanbul : 23-41
- KEİG (2008), Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı Kadınlara Nasıl Bir “Sosyal Güvenlik” Vaat Ediyor? Rapor, Kadın Emegi ve İstihdamı Girişimi
- Lilly M.B., Laporte A. ve Coyte C. (2007), Labor Market Work and Home Care’s Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor, Force Participation Rates, Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work, The Milbank Quarterly, Vol. 85, No. 4, 641–690
- MacDonald M. (1998), Gender and Social Security Policy: Pitfalls and Possibilities, Feminist Economics (4), 1
- Öngel S. (2010), Güvencesiz Çalışma, KESK Çalışma Raporu
- SHÇEK (2010), <http://www.shcek.gov.tr/huzurevleri.aspx>, indirim tarihi 03.02.2010
- Toksöz G. (2007), Türkiye’de Kadın İstihdamının Durum Raporu, ILO.
- Turkstat (2007), Results of Time Use Survey 2006
- TÜSİAD (2004), Türk Emeklilik Sisteminde Reform: Mevcut Durum ve Alternatif Stratejiler: Özet Bulgular
- TÜSİAD (2008), Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri
- Ulutürk S. ve Dane K. (2009), Sosyal Güvenlik: Teori, Dönüşüm ve Türkiye Uygulaması, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Yaz-2009 C.8 29 (114-142)
- Yaman Öztürk M. (2010), Ücretli İş ve Ücretsiz Bakım Hizmeti Ekseninde Kadın Emegi: 1980’lerden 2000’lere, Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emegi: Türkiye Örneği içinde, SAV Yayınları, yayın sürecinde
- Yaman Öztürk M., Ergüneş N. ve Özkaplan N. (2010), 2001 Krizinin Ardından Yaşanan Dönüşüm: İş Yaşamı, Sağlık ve Eğitim Alanında Yeniden Yapılanmalar ve Kadınlara Üzerindeki Etkileri, yayın sürecinde