

Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi

Betül URHAN*
Nilay ETİLER**

Özet: Sağlık sektörü, tarihsel olarak kadınların çoğunlukta olduğu bir sektör olmanın yanı sıra giderek daha fazla feminize olan bir sektördür. Sağlık hizmetleri içinde temel sağlık hizmetleri kapsamında olan koruyucu sağlık hizmetlerinde ve tedavi hizmetinin yoğunlukta olduğu hastane hizmetlerinde kadınlar ezici bir çoğunlukta. Bu sektör, aynı zamanda mesleki cinsiyet ayrımcılığı ve ayrışma açısından da tipik örnekler içermektedir. 2003 yılından itibaren uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın özelleştirmeyi hızlandırdığı, özel sağlık sektöründe çalışan sayısının kamu sektörüne göre daha hızlı arttığı görülmektedir. Bu artış özellikle, kadınların yoğunlukta olduğu hemşirelik, ebelik ve sağlık teknisyenliği mesleklerinde ciddi bir boyutta gözlenmektedir.

The gender analysis of women's labour in health sector Summary:

Health care sector is historically women-densed besides increasingly feminizing. The proportion of women is overwhelming in both primary health care services which contains mainly preventive health services and hospital services which contain mainly curative services. The sector has also got typical samples of segregation and separations at work.

The Health Transition Programme that has been implementing since 2003, has accelerated the term of privatization and increased the number of workers more rapidly in private sector comparing with public sector. The increase of number in nursery, midwifery and health technicians in those women-dense works is important size.

Giriş

1970'li yıllar özellikle de 1980 sonrası dönem, ekonomi ve siyasetin yeniden yapılandırıldığı bir süreçtir. Bu dönemde artan uluslararası rekabetin meydan

* Yard. Doç. Dr. Kocaeli Üniversitesi, İ.İ.B.F., Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

** Doç. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

okumalarına ve kar oranlarında görülen gerilemeye karşı firma düzeyinde üretim sistemi yeniden yapılandırılırken, uluslararası ticaret ve finans kesiminin önündeki engellerin kaldırılmasına yönelik girişimler önem kazanmış, uluslararası işbölümü yeniden yapılandırılmıştır. Neo-liberal politikaların neredeyse tüm dünya ülkelerinin egemen ideolojisi haline gelmesi, özelleştirme politikaları yoluyla kamu kesiminin daraltılmasına ilişkin stratejilerin tüm ülkelerin krizi aşmasının önemli bir aracı olarak görülmesi, refah devleti anlayışının terk edilerek devletin ekonomideki müdahale alanlarının daraltılması ve yeni üretim sisteminin gerektirdiği işgücünü düzenlemeye yönelik makro politikaların uygulamaya sokulması, yeni yapılanma ve iş bölümünün gerekleri olarak benimsenen genel eğilimler olmuştur. Böyle bir süreçte sermaye zaman ve mekan üzerindeki esnekliğini artırarak ve işgücü piyasasını yeniden yapılandırma olanağını yaratarak rekabet avantajını düşük işgücü maliyetlerine dayandırma stratejisini benimsemiştir. Nitekim işgücü piyasasını yeniden yapılandırmaya yönelik yasal ve kurumsal düzenlemeler aracılığı ile formel kesimde esnek çalışma uygulama olanaklarını artırmış, bunun sonucu olarak da örgütlü ve sosyal güvenlik kapsamındaki çalışanların sayısı giderek gerilemiş, kayıt dışı istihdam ise işgücü piyasasının yapısal bir unsuruna dönüşmüştür. Özellikle bu süreçte işverenlerin, yasalardan ve ücretlerden doğan maliyetleri minimize ederek ucuz işgücü kullanmak ve talep dalgalanmalarının yarattığı risklerden kaçınmak için üretim sürecini parçalayarak işleri taşeronla verdiği, fason üretim ile eve iş verme sistemini kullandığı, bu yolla geçici, mevsimlik, evde çalışma, kısmi zamanlı çalışma gibi istikrarsız ve çoğu zaman kadınlarla özdeşleştirilmiş güvencesiz çalışma biçimlerini yaygınlaştırdığı görülmektedir.

Hemen hemen tüm ülkelerde ortaya çıkan bu gelişmelerle birlikte geç kapitalistleşen ülkelerde hayata geçirilen yapısal uyum programları çerçevesinde kırsal alanın çözülmesi, çok sık tekrarlanan ekonomik krizler, bazı dönemlerde yüksek büyüme oranlarına karşılık yeterli istihdam yaratılmaması gibi genel makro ekonomik olguların emek piyasasında yarattığı koşullar, güvencesizlik, düşük gelir ve örgütsüzlük bağlamında kadın-erkek tüm çalışanları olumsuz etkilemiştir. Ancak, özellikle kadın emeğinin işgücü piyasasındaki konumu, özellikleri ve kullanım biçimi ucuz işgücü arayışında olan sermaye için önemli bir potansiyel haline gelmesine neden olmuştur.

Kadınların işgücü piyasası dışındayken ucuz ve piyasaya kolayca çekilebilecek bir emek kaynağı oluşturması, kadın emeğinin değerinin düşük, toplumsal olarak elde ettiği gelirin “ikincil gelir” olarak algılanması, ev içindeki sorumluluklarının çoğu zaman değişmeden sürmesi nedeniyle bu sorumlulukları ile uyumlu evde çalışma, kısa çalışma gibi atipik çalışmayı kolayca kabullenmesi, sabır ve tekrara dayalı işlerde yoğunlaşması, örgütsüz ve itaatkar olmaları, kolayca vazgeçilebilir olması gibi özellikler sermaye bakımından kadın işgücünü cazip hale getirmektedir. Tüm bu özellikler gelişmekte olan ülkelerin yapısal uyum programlarının işgücüne dayandırılmasına neden olmuştur. Nitekim yapısal uyum programlarının

uygulandığı gelişmekte olan ülkelerde kadınların kitleler halinde işgücü piyasasının katılmaları, işgücünün feminizasyonu şeklinde bir kavramsallaştırmayı beraberinde getirmiştir. Kadınların ücretsiz ve düşük ücretli emeğinin geç kapitalistleşmiş olan bir çok ülkede, ihracata dayalı sanayileşme program ve politikalarının merkezini oluşturduğu ve kapitalist gelişmenin bu aşaması için hayati öneme sahip olduğunu gözlemleyen pek çok araştırma söz konusudur (Acosta ve Bose, 1990:299-320, Abramo ve Valenzuela 2005:369-399, Standing 1999:583-584). Tüm bu ekonomik ve endüstriyel eğilimler küresel düzeyde kadınların ücretli işlerdeki istihdam oranlarını artırmıştır. Kadın istihdam oranlarındaki bu artış eğilimi işgücünün feminizasyonu¹ olarak adlandırılmıştır. Ancak küresel düzeyde farklı gelir düzeyindeki birçok ülkede kadınların işgücüne katılım oranlarında bir artış gözlemlenmesine rağmen, Ortadoğu'nun pek çok ülkesinde olduğu gibi Türkiye bu feminizasyon eğiliminin görülmediği ender ülkelerden birisi olmuştur. Kuşkusuz Türkiye'de özellikle kentlerde ve bazı sektörlerde kadın istihdamında artış görülmesine rağmen, bu gelişmenin işgücünün feminizasyonu şeklindeki kavramsallaştırmayı haklı kılabilecek bir gelişme olmadığı, ancak göreceli bir feminizasyondan bahsedilebileceği söylenebilir (İlkkaracan 2010:29).

Dünya ölçeğinde kadınların işgücüne katılma oranı 2009 yılı verilerine göre %51,6, iken Türkiye'de bu oran %27 civarındadır ve yıllar içerisinde düşme eğilimindedir. Nitekim 1989 yılında %36 olan kadınların işgücüne katılım oranı 2009 yılında %27'ye düşmüştür (Sosyal-İş 2010:13). Ayrıca Türkiye'de kadınların işgücüne katılım oranı diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça gerilerde olduğu göze çarpmaktadır. Nitekim 2010 yılında Küresel Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Raporu'nda, cinsiyet eşitsizliği bileşenlerinden biri olan ekonomik katılım ve fırsatı bakımından Türkiye 134 ülke arasında en eşitsiz 130. ülke konumundadır (Hausmann vd 2010). Bu durum kadınların işgücüne katılım oranının düşük olmasına bağlanabilir.

Türkiye'de kadınların işgücüne katılım oranlarının düşük olmasının nedenleri bu makalenin konusu değildir. Makalenin amacı, dünyada ve Türkiye'de emek piyasası sektörler itibarıyla analiz edildiğinde bazı sektörlerin, niteliği gereği kadın yoğun olduğu ortaya çıktığına ilişkin gözlemden hareketle, kadınların emek piyasasında karşılaştıkları her türlü ayrımcılığın, emek yoğun ve kadınların erkeklere göre daha fazla istihdam edildiği sağlık sektöründeki durumu bağlamında ele alınmasıdır. Böylece evin içinde ve dışındaki kadın emeğine atfedilen özelliklere göre işlerin kadın işi ve erkek işi olarak ayrışması, bu ayrışmanın tarihsel olarak ve günlük pratiklerle yeniden üretilmiş ve yapılandırılmış olmasının kadınların eğitim düzeyi yükselse de, nitelikli olsa da ve sayısal olarak artsa da, işe alımlarda, meslek seçmede ve yükselmelerde ayrımcılık düzeyinin değişmeden kaldığı, çalışanların yarısından fazlasının kadın olduğu sağlık sektörü özelinde irdelenmiş olacaktır.

¹ "İşgücünün feminizasyonu, yazında genelde işgücünün yarısı hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşmasıyla özdeşleştirilmiş bir olgudur." (İlkkaracan, 2010:29)

Makalede ayrıca 2003 tarihinden itibaren hayata geçirilen sağlıkta reform uygulamalarının sağlık sektöründeki cinsiyet ayrımcılığına ve kadınların istihdam biçim ve koşullarına olan etkisi de göz önünde bulundurulacaktır.

I. Sağlık Sektöründe İşgücü

a) Sağlık Sektöründe İstihdam ve Tabakalaşma

Sağlık sektörü, hem tıbbi hizmeti verenler hem de destek hizmetlerde çalışanları kapsayan, pek çok farklı meslek grubunu barındıran bir sektördür. Bunlar; hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyenleri (anestezi, radyoloji, çevre sağlığı vb) gibi tıbbi hizmetleri sunanlar ve büro işleri, temizlik, bilgi-işlem, güvenlik vb destek hizmet çalışanlarıdır. Sağlık sektörü emek yoğun bir karaktere, bu nedenle de büyük bir istihdam hacmine sahiptir. Gerek kullandığı kaynakların miktarı gerekse istihdam ettiği emek gücünün büyüklüğü bakımından ekonominin en önde gelen sektörlerinden birisidir (Belek 2001:33).

Sağlık sektörüne ilişkin farklı istatistiklerden bahsetmek olanaklıdır. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı istatistikler mevcutsa da bu veriler cinsiyet temelinde ayrıştırılmamıştır. Bu nedenle Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) hanehalkı iş gücü anketlerinin sonuçları bu konuda önemli veriler sağlamaktadır.

TÜİK Hane Halkı İşgücü İstatistiklerine göre 2009 yılında sağlık sektöründe istihdam edilenlerin sayısı 601 bin kişidir. Toplam 21.277 bin olan istihdam edilenlerin %2,8'inin sağlık işlerinde istihdam edildiği ortaya çıkmaktadır. 2004 yılında sağlık işlerinde istihdam edilenlerin oranı %2,3'ten 2009 yılında %2,8'e yükselmiştir. Bu oranların diğer ülkelerle kıyaslandığında düşük olduğu görülmektedir. Nitekim Almanya'da toplam istihdam edilenlerin %6,8'i, Litvanya ve Rusya'da %7'si, İspanya'da %4,3'ü, Polonya'da ise %14,6'sı sağlık çalışanlarından oluşmaktadır (Weinbrenner ve Buse 2006; Padaiga vd 2006; Danishevski 2006; Lopez-Valcarel vd 2006; Strozik 2006).

Sağlık sektöründe istihdam parçalı bir yapıya sahiptir. Çok uzun süre profesyonel eğitime gerek duyan ve ileri düzeyde uzmanlaşmış ve ikame edilme olanağı olmayan bir emek gücü sektörün önemli bir bileşeni iken, yarı vasıflı ve nitelik gerektirmeyen işlerde istihdam edilenler de önemli bir oranı oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık sektörü birbirinden oldukça farklı çok sayıda emekçinin bir arada çalıştığı bir sektördür. Bu durum şimdiye kadar algılanın aksine sağlık sektöründe bir meslekler birlikteliğine değil, farklı çıkar-çalışma şartlarına sahip bir çalışanlar topluluğuna işaret etmektedir (Soyer 2011). Kuşkusuz bu tabakalaşma ve hiyerarşik düzende kadınlar hemşirelik mesleğinde olduğu gibi karar verici ve yöneten olmaktan çok, kararları uygulayan ve yönetilen durumundadır. Bu nedenle de hiyerarşinin alt basamaklarında yer almaktadır.

Sağlık hizmeti kesintisiz, yirmi dört saat yerine getirilmesi gereken bir hizmet olması özelliği nedeniyle düzensiz çalışma biçimlerinin uygulanmasına ortam

hazırlamaktadır. Nöbet usulü ve icapçılık² gibi esnek çalışma biçimlerinin yanı sıra kısmi süreli çalışmayı da zorunlu kılmaktadır. Diğer özellik, psikolojik açmaz olarak tanımlanabilecek bir durumdur. Sağlık bakım alanı, yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesini kapsamaktadır. Hasta kişilere yardım etmeyi gerekli kılan bir psikolojik ve mesleki faaliyet ile karakterize edilen sağlık bakım hizmeti çalışanları stresli durumlarla çok sık karşılaşabilmektedir. Bu nedenle sektör çalışanlarının diğer iş ortamlarından daha fazla stres yaşadıkları söylenebilecektir (Belek 2006:222-224, THD 2008:5).

Bu tip sorunların sektörde fazla görülmesinin nedenlerinden birisi son dönemlerde sağlık hizmeti talebinin artıran gelişmeler olmasına karşın işgücü kapasitesinin bu artışa cevap verememesidir. ³ Sağlık Bakanlığı'nın 2009 yılı istatistiklerine göre tüm sektörlerin çalışan hekim sayısı 118.641, hemşire sayısı 105.176 bin, ebe sayısı 49.357, sağlık memuru sayısı ise 92.061'dir (Sağlık Bakanlığı 2011). Veriler hekim başına bir hemşirenin bile düşmediği sektörde personel dağılımının dengesizliğini ve yetersizliğini göstermektedir. Kuşkusuz bu durum iş yükünü artırmakta ve örneğin hemşire ve ebelerin kendi işleri olmayan bir çok işi yapmalarına, nöbet yüklerinin artmasına ve işlerinin daha yıpratıcı bir hale gelmesine neden olabilmektedir (Sağlık Sen 2010).

b) Sağlık Sektörünün Feminizasyonu

Genellikle işgücünün yarısı, hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşmasıyla özdeşleştirilmiş bir olgu olan işgücünün feminizasyonu, sağlık sektörü için de geçerlidir. Nitekim TÜİK (2009) verilerine göre tüm sektörler için istihdam edilenlerin %28'i kadın iken, bu oran sağlık işlerinde %55'e çıkmaktadır. Türkiye'de toplam istihdam edilen kadınların %5,6'sı ise sağlık işlerinde yer almaktadır.

Diğer ülkelerde olduğu gibi, sağlık işlerinde çalışan kadınların sayısında bir artış olduğu gözlemlenmektedir. TÜİK'e göre sağlık işlerinde istihdam kadın sayısı 2004 yılında 227 bin iken 2009 yılında 330 bine yükselmiş, böylece sağlık sektöründe istihdam edilen kadınların payı %50'den %55'e çıkmıştır. Diğer bütün yıllardan farklı olarak ilk kez krizin yaşandığı 2008'den krizin sonuçlarının

² Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın yol açtığı sosyal ve psikolojik sağlık sorunları için bkz. Türk Hemşireler Derneği, Hemşirelerin Çalışma Koşulları", Ankara, 2008, s.9

³ Toplam nüfustaki artış ve yapısal dönüşümle birlikte sağlık hizmetlerine erişimin geçmişe oranla daha kolay olması, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmıştır. Ancak sağlıkta işgücü kapasitesi bu artışa karşılık verebilecek bir büyüklüğe sahip olmaktan uzaktır. Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü 2010 raporuna göre Türkiye'de 100 bin kişiye düşen hekim sayısı 153, AB ortalaması 322, Avrupa Bölgesi ortalaması ise 340'tur. Yine AB ortalaması 745, Avrupa Bölgesi ortalaması 727 olan 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye'de 141'dir.

hissedildiği 2009'a gelindiğinde sağlık işlerinde istihdam edilen kadınların sayısında bir düşme görülmüştür. Erkeklerin sayısında ise böyle bir düşme yaşanmamıştır. Kuşkusuz bunun nedeni araştırılmaya değerdir. Ancak kriz dönemlerinde kadınlar arasında yükselen işsizlikten sağlık sektöründe çalışan kadınların yüksek derecede etkilendiği açıktır.⁴

Sağlık sektöründe kadın sayısının fazla olmasında hemşirelik ve ebelik mesleklerinin geleneksel olarak kadın işi olmasının önemli bir payı vardır (Altuğ Özsoy ve Başla İz 2005:255). Çoğu ülkede hemşirelerin %90'dan fazlası kadındır. Buna karşın pek çok ülkedeki tablo, hekimler arasında kadınların oranının giderek arttığı yönündedir.

TÜİK verilerinin sağlık personelinin yaptığı işlere göre bir sınıflandırmasının olmaması, Sağlık Bakanlığı istatistiklerinin ise sağlık personelinin cinsiyet temelinde ayrıştırılmaması nedeniyle bu konuda bir veriye ulaşılmamıştır. Ancak sektörde istihdamı giderek artan hemşirelerin ve ebelerin, Sağlık Bakanlığı'nın 2009 verilerine göre toplam sağlık çalışanlarının %38'ini oluşturduğu, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde istihdam edilen hekimlerin %34'nün kadın olduğu bilinmektedir (Kuzucu 2007:44)

İspanya, İngiltere, Fransa gibi Avrupa ülkelerinde hekim nüfusunun giderek yaşlandığı önemli bir sorun olarak görülmektedir. Cinsiyetlerin yaş ortalamalarına bakıldığında kadın hekimlerin daha genç olmaları, ayrıca tıp fakültelerinde okuyan öğrenciler arasında kadın öğrenci sayısının artışı hekimlik mesleğinin feminizasyonuna işaret eden bulgulardır. Bu bulgular Türkiye'deki sağlık sektörü için de geçerlidir. Gerçekten tıp fakültelerinde okuyan kadın öğrencilerin sayısı da yıllar itibarıyla artmaktadır. 2005-2006 öğretim yılında tıp fakültelerinde okuyan kadın öğrencilerin sayısı %41 iken, 2009-2010 öğretim yılında bu oran %43'e yükselmiştir (ÖSYM 2010).

Her ne kadar kadın hekimlerin yaş ortalamalarına ilişkin bir veri yoksa da kadınların daha ağırlıkla istihdam edildiği sağlık sektörünün diğer sektörlere ve bu sektörde istihdam edilen kadınların da erkeklere göre daha genç olduğu açık bir şekilde görülebilmektedir. TÜİK verilerine göre sağlık sektöründe istihdam edilenlerin %55'i 35 yaşın altındadır. Bu oranın erkekler arasında %41, kadınlar arasında ise %66'ya çıkması sağlık insan gücünün feminizasyonunun Türkiye için de geçerli olduğuna işaret etmektedir (TÜİK 2009).⁵ Kamudaki hekimlere yönelik yapılan bir araştırmada da kamuda çalışan kadın hekimlerin %40'ının, erkeklerin ise %25'inin kıdeminin 10 yıldan az olduğunu saptanması diğer ülkelerde kadın hekimlerin daha genç olmalarına ilişkin gözlemi desteklemektedir (Etiler ve Urhan 2008).

⁴ Türkiye'de farklı dönemlerde yaşanan krizlerin kadın istihdamına olan etkisi için Bkz.İzdeş, 2010:133-182.

⁵ TÜİK 2009 Hane Halkı İşgücü anketlerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

II. Sağlık Sektöründe Cinsiyet Ayrımcılığı

a) Mesleklerin Cinsiyetlendirilmesi ve Sağlık Sektöründe Durum

1) *Mesleki Cinsiyet Ayrımcılığı*

Ülkelerin işgücü piyasaları analiz edildiğinde mesleklerin cinsiyete göre ayrıştığı gözlemlenebilir. Mesleki ayrışmadan kast edilen belli mesleklerde kadınların ya da erkeklerin daha fazla yoğunlaşmasıdır.

Toplumsal cinsiyet temel alınarak yapılan çalışmalar, toplumsal ilişkilerin işyerindeki üretim ve üretim dışı her türlü ilişkiyi belirleyerek kadınların bazı mesleklerde ve işlerde yoğunlaştığını ve çalışma koşullarını belirlediğini göstermiştir. Buna göre toplumsal cinsiyet ayrışması bir meslek veya iş içinde bir defa kristalleştikten sonra cinsiyete göre sınıflanıp tanımlanmakta, bundan sonra piyasa üzerinde kuvvetli bir normatif baskı oluşmakta, arz ve ücret koşulları değişse bile, kadınların erkeklerin yerini almasına karşı konulmaktaydı. Toplumsal cinsiyete göre sınıflama, işe alma süreçlerini normatif olarak etkilemekte, kadın ve erkeklerin bir işi yapabilmek için yetenekli olup olmadıklarına bakılmaktan çok, onlar için uygunluğu ve uygun olmaması vurgulanmaktaydı. Uygunluk, aynı zamanda dedikodu ve alaya alma gibi mekanizmalarla da desteklenmekteydi. Meslekler teknik gerçeklerle değil, kadına ve erkeğe uygunluk nosyonlarıyla ayrışmakta ve meslek yapısını oluşturmaktaydı (Ecevit 1998: 270-271).

Mesleklerin cinsiyetlendirilmesi mesleksi kimlikler ile cinsel kimliklerin birbirine girmesine neden olmakta, olabildiğince kadınların kendilerine uygun görülen işlerde çalışmaları desteklenmekte, erkek işleri yapan kadınların ise erkeksi tavırlar göstermesi ve hatta kadınlığını kaybetmiş kişiler olması beklenmektedir. Toplumsal mekanizmalarla tarihsel olarak üretilmiş olan bu değerler, yargılar ve sonuçlar, işgücü piyasasına yeni girecek olan kadın ve erkeklerin davranışlarını etkileyecek biçimde nesilden nesile taşınmaktadır (Ecevit 1998: 271).

Gerçekte toplumsal işbölümü iki düzenleyici ilke tarafından şekillendirilmektedir. Bunlardan biri kadın ve erkeklerin işlerinin farklılığına vurgu yapan “ayrılma ilkesi”; diğeri ise erkek işlerinin kadın işlerinden daha değerli olduğuna vurgu yapan “hiyerarşi ilkesi”dir (Kergoat 2009:95). Kuşkusuz emek piyasasında işlerin tarihsel olarak kadın işi ve erkek işi olarak ayrışması ve kadınların ne tür iş yaptıkları toplumda var olan cinsiyet ideolojilerinden bağımsız değildir. Nitekim annelik ve kadınlık ideolojisinin şekillendirdiği cinsler arasındaki farklılıklara ilişkin kültürel ön kabuller ve inançlar sosyal yaşamın ve dolayısıyla emek piyasasının örgütlenmesinde de önemli bir rol oynamaktadır. Bu kabuller hem kadınların işyerinde dışlanmasını hem de onların belli mesleklerde yoğunlaşmasının nedenini oluşturmaktadır. Bu konuda sosyal yaşamda kendini gösteren, çeşitli mekanizmalarla yeniden üretilen ve emek piyasasına yansıyan üç kültürel kabulün önemli olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki kadınların yerinin evi ve

esas sorumluluğunun ev içindeki işler olduğuna yönelik kalıp yargı, diğeri ise toplumda kadın-erkek arasındaki ilişki ve kişiliklerine ilişkin yargılar, üçüncüsü ise cinsler arasında görülen farklılıkların ve özelliklerinin biyolojik/doğal olarak kabul edilmesidir (Reskin ve Hartman 1986:38-42).

Kadınların aile üyelerinin yeniden üretimi için harcadıkları görünmeyen karşılıksız emekleri, kamusal alana, topluma ve emek piyasasına “anne ve eş” kimliği ile katılmalarına neden olmaktadır. Bu durum kadının doğal olarak yerinin evi olduğuna ilişkin söylemle meşrulaştırılmaktadır. Bu söylem ve kabul, kocaların, eşlerin, kanun yapıcıların ve kadınların kendilerinin, çalışma ile kadın arasında kurulan ilişkiye yönelik tutumlarının temelini oluşturmaktadır. Kuşkusuz ekonomik gelişmeler kadınların evin dışına çıkıp çalışmasını zorunlu kılmış ve kadınların evin dışında ücretli çalışmasına yönelik yargılarda bir değişime neden olmuştur. Ancak bu değişim kadınların ev içi (yeniden üretim) rolleri konusundaki katı inancı ortadan kaldıramamış, bunun bir yansıması olarak da emek piyasasında kadınların aleyhine yatay ve dikey bir hiyerarşi ve ayrışma oluşturmuştur (Acar-Savran 2010:24-31). ‘Cam duvarlar’ olarak da adlandırılan yatay ayrışma, kadın ve erkeklerin işlerinin ayrışması olarak tanımlanmaktadır. Yatay ayrışmaya, sosyal hizmet işlerinde çalışanlar daha çok kadın, otoban devriye memurları erkek olması; ya da postanede ofis memurları daha çok kadın iken postacıların erkek olması örnek olarak verilebilir (Ellen Guy ve Newman 2004:292).

Kadınlar farklı işleyen toplumsal mekanizmalarla evdeki rol ve sorumluluklarının adeta bir uzantısı olan işler için teşvik edilerek ve zorlanarak, daha değersiz olan kadın işlerine mahkum edilmektedirler. Gerçekte kadınlar az ücretli ve düşük statülü işlerde çalışmaya gönüllü değildirlere. Ya bu meslekler kadınlar çalıştığı için düşük statülü olur veya düşük statülü oldukları için kadınlara tahsis edilirler. Başka bir deyişle, kadınlar kendi mesleklerini seçmekte özgürdürler, fakat bu özgürlüğü kullanmayı başardıkları her yerde, bu meslekler kadın çalışanların sayısındaki artışla doğru orantılı olarak düşük ücretli ve düşük statülü olmaktadır (Benholdt-Thomsen 2008:184). Dolayısıyla işlerin toplumsal cinsiyete göre ayrıştığı bir piyasada kadınlar kendileri için önceden belirlenmiş olan işler arasından seçim yapmak durumunda kalmaktadırlar.

Kadınların bazı sanayi ve hizmet dallarında yoğunlaşmışken, genel olarak yönetimle ilgili bilimsel bilgi, sermaye ve teknolojinin kontrolünün gerektiği dallardan dışlanmış olmaları; yardımcılığa dayanan işler, rutin işler, sosyal refah, toplum sağlığı, bakım ve hizmet işleri ile ilişkilendirilmeleri; çoğu kez yöneten değil, yönetilen yani başkalarının aldığı kararları yerine getiren konumda olmaları ücretli kadın emeğinin evrensel temel özelliklerindedir. Özellikle kadınların işgücü piyasasına girerken ve bir mesleği tercih ederken kendilerini, kabul edilme şansları olduğu ve erkeklerle rekabetin daha az olduğunu düşündükleri iş ve işkolları ile sınırlamaları mesleki ayrışmayı ve kadın işlerinin değersizliğini artıran bir etkiye sahip olmaktadır (Ecevit 1998:277). Böyle olunca ülkeler arasında kadınların

yoğunlaştıkları sektörler çeşitli etkenlere bağlı olarak farklılaşsa bile kadınların prestiji ve kazancı daha düşük yardımcı işlerde ve işkollarında yoğunlaştıkları gerçeği ortak bir özellik olarak ortaya çıkmaktadır.

TABLO 1: Seçilmiş Meslek Grupları İçerisinde Kadın Çalışanların Yüzdesi, 2009

<i>Meslek grubu</i>	<i>Tüm sektörler</i>	<i>İmalat Sanayi</i>	<i>Kamu yönetimi</i>	<i>Eğitim hizmetleri</i>	<i>Sağlık işleri</i>	<i>Diğer toplu msal hizmetler</i>
Kanun yapıcılar üst düzey yöneticiler ve müdürler	10,2	10,3	10,8	13,9	23,5	15,9
Profesyonel meslek mensupları	40,2	25,6	17,4	51,4	48,0	26,9
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	32,2	31,7	22,3	60,4	72,0	17,1
Büro ve müşteri hizmetler inde çalışan elemanlar	42,8	35,6	34,4	55,1	62,9	37,7
Hizmet ve satış elemanları	22,4	25,4	4,4	33,3	51,9	39,0
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	11,7	20,8	0,0	37,5	0,0	36,8
Tesis ve makina operatörl eri ve montajcılar	8,9	17,5	0,0	0,0	0,0	5,3
Nitelik gerektirmeyen işler de çalışanlar	32,9	25,5	3,8	22,8	32,5	45,2
Toplam	27,6	21,6	14,6	46,6	54,9	35,8

Kaynak: 2009 Hane Halkı İşgücü Anketi verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

Nitekim Türkiye’de tüm sektörler göz önünde bulundurulduğunda kadınların %42,8 ile büro ve müşteri hizmetlerinde yoğunlaştıkları görülmektedir (Tablo 1). Ancak profesyonel meslek mensupları arasında istihdam edilen kadınların oranının diğer alanlarla karşılaştırıldığında yüksek olduğu (%40) görülmektedir. Kuşkusuz bu durum kadınların işgücü piyasasındaki genel durumlarının özgün bir yanını oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe istihdam edilen profesyonel meslek mensuplarının %48’inin kadınlardan oluşması ve bu oranın Türkiye ortalamasının da üstünde olması konumuz açısından bu olgunun açıklanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu konuya ilişkin yapılan gözlem ve çalışmalar istihdam edilen kadınların önemli bir oranının profesyonel meslek mensuplarından oluşmasının önemli bir nedeninin Türkiye’nin kuruluşu aşamasında kurucu kadroların hedef ve projelerinin kadına bakışı ve kadına biçtikleri rolle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Buna göre Cumhuriyetin ilk dönemlerinde yönünü ve amaçlarını batılılaşmaya dönmüş, liberal demokratik ve laik bir toplum yaratma hedefine kilitlenmiş Cumhuriyetin kurucu kadroları, kadınları hem modern Cumhuriyetin simgeleştirdiği bedenler hem de Cumhuriyetin gelişen sanayi ve bürokrasinin ihtiyaç duyduğu işgücü olarak görmüşlerdir. İlerleme ve gelişme yolunda verilen mücadeleye dahil edilen kadınların eğitimine olumlu bakılması ve

yeni Cumhuriyetin hızlı büyüme koşulları altında ilk kadro yetiştirme tarzı, sadece öğretmenlik gibi daha uygun oldukları düşünülen mesleklerde değil, sağlık, hukuk, mimarlık gibi erkeklerin çoğunlukta olduğu alanlarda da eğitim görmeleri ve hizmet vermeleri konusunda özendirilip desteklenmelerine neden olmuştur. Bu nedenle Türkiye Cumhuriyeti'nde sadece kadınlar arasında değil genel olarak profesyonelliğin kuruluşunun tepeden inmece bir biçim gösterdiği, bu yanıyla özgün ve yeni bir olgu olduğu ifade edilmektedir. Bu teze göre Türkiye'de profesyonellik olgusunun profesyonel mesleklerde seçkinler grubu oluşturacak kadar uzun bir geçmişinin olmaması, batıdaki örneklerden farklı olarak profesyonel mesleklerin kadınlara yaraşmayan özenilmeyecek meslekler olarak bellendiği uzun bir sosyalleşme dönemi geçirmiş kuşakların varlığını sınırlamış ve kadınların profesyonel alanlara girişini görece kolaylaştırmıştır (Bayrakçeken Tüzel 2010:134-136).

Türkiye'de kadınların profesyonel mesleklere girişlerinin esas olarak sınıf eşitsizliklerinin ve hızlı büyüme koşulları altındaki kadro yenilenmesinin bir sonucu olduğunu iddia eden Öncü, kadınların bu mesleklere girişi için destek sistemlerinin varlığının kolaylaştırıcı ve gerekli olduğunu ancak bu durumun talep değil arz yaratacağını ifade etmiştir. Profesyonel meslek mensubu kadınlara yönelik talebin büyümesi ise gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mesleklerin farklı evrimlerinin bir göstergesi olarak değerlendirilmelidir. Buna göre az gelişmiş ülke hükümetlerinin esas amacı ülkeye gelişmiş sanayi tekniklerinin sokulmasını yönlendirecek eğitilmiş kadroyu hızla yaratmaktır. Üst ve orta sınıftan kadınlar meslek okullarına girmeye başlamaz ise işçi ya da köylü kökenli kişilerin hızla genişleyen bu uzmanlaşmış ve teknik eğitilmiş seçkin kadroya devşirilmesi gerekecektir. Genellikle seçkinlerin en saygın ve yüksek gelir getiren mesleklere girmesi aynı sosyal kökenden gelen kadınların da bu mesleklerin saflarına katılması ile sağlanmıştır (akt. Kandiyoti 1996:44-45).

Tüm bu gelişmeler kadınların profesyonel alanlardaki katılımın eşit nitelikler taşıması sonucunu doğurmamıştır. Kemalist devlet bir yandan katılımı gerekli kılan yasal düzenlemeleri gerçekleştirerek kadınları meslekler alanından alıkoyan ataerkil pratiklerin yerini eşitlik politikalara bırakmasını sağlarken (Bayrakçeken Tüzel 2010:136) diğer yandan kadının birincil işlevlerinin doğurganlık ve çocuk bakımı olduğunu vurgulayarak, kadını geleneksel evcil rolü ile tanımlamaya devam etmiş ve bu rolü toplumsal yaşamda yüklenmesini beklemiştir. Kadınlarla erkeklerin eşiti ve tam ortakları yerine, modernleşmenin ve batılılaşmanın simge ve araçları olarak yaklaşan Kemalist reformlar, kadının toplumsal konumunda fazla bir değişiklik yapmayı amaçlamamıştır (Arat 1998:68).

Ancak Kandiyoti Türkiye'de kadınların profesyonel mesleklere girişinin tarihsel özgüllüğü içerisinde kendi dinamiğini yarattığını, mesleklerin cinsiyete göre tasnifini zayıflattığını ve herhangi bir "erkeksilik" atfı olmaksızın kapılarını kız öğrencilere açık tutmaya devam ettiği görüşündedir (1996:45).

Eğitim ile istihdam arasındaki olumlu ilişki bilinmesine karşın halen kadın-erkek arasındaki eğitim farklılığının devam etmesi kadınların yüksek eğitim gerektiren profesyonel mesleklere girişini görece düşürmektedir. Buna rağmen profesyonel meslek mensupları arasında kadın oranının görece yüksek olması kadınların bu mesleklere var oluşlarının sorunsuz olduğu anlamına gelememektedir. Nitekim yapılan çalışmalar profesyonel mesleklere çalışan kadınların aile içi rolleri ve sorumlulukları ile iş yaşamlarını dengeleme zorunluluklarının aynı kaldığını, bu nedenle özel yaşamları ile çalışma yaşamları arasında ciddi bir çatışma yaşadıklarını, mesleki terfi, yükseltme ve ücret olguları bakımında önemli eşitsizliklere maruz kaldıklarını, özetle işgücü piyasasındaki diğer kadın gruplarının farklı şekillerde yaşadıkları yatay ve dikey ayrımcılığın uzman meslek alanlarında yer alan kadınlar için de geçerli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum eğitim ve vasıf düzeyi ne olursa olsun toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin yansımalarının, farklı düzeylerde, tüm çalışan kadın grupları için geçerli olduğunu göstermektedir.

Her halde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en belirgin şekilde ortaya çıktığı alan yönetim kademesinde yer alan kadın oranının düşük olmasıdır. Nitekim Tablo 1 kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler kategorisi içerisinde istihdam edilenlerin yalnızca %10'unun kadınlardan oluşması bunun açık göstergesidir.

2) Sağlık Sektöründe Mesleki Cinsiyet Ayrımcılığı –Yatay Ayrışma

Daha önce de ifade ettiğimiz gibi sağlık sektörü, kadınların yoğun olarak istihdam edildiği bir sektördür. Ancak sektör aynı zamanda mesleki cinsiyet ayrımcılığı ve ayrışma açısından da tipik bir örnektir. Bunun önemli nedenlerinden birisi sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin ve bu hizmetlerin gerektirdiği emek gücünün nitelikleridir.

Sağlık hizmeti, toplumun varlığını sürdürebilmesi için gerekli olan hizmetlerden biri olarak özünde kamusal bir niteliğe sahiptir. Marksist yaklaşıma göre sağlık hizmeti “emeğin yeniden üretimi” açısından işlev görmektedir. Bu anlamda kadının ev içinde görünmeyen emeğinin niteliği ile benzerlikler taşıdığı hatta bir anlamda örtüştüğü görülmektedir. Tarihsel süreçte ayrışan toplumsal cinsiyet rollerine göre, ev halkı üyelerinin “bakım”ı kadının işidir. Bu kişiler, başta çocuklar, kocalar, yaşlılar, hasta kişilerdir. Dolayısıyla kadının ev içinde gerçekleştirdiği görünmeyen hizmet, bir anlamda toplumun yeniden üretimidir. Bu nedenle dünyanın her yerinde “bakım hizmeti” ve “bakım rolü” çok eski dönemlerden beri varlığını sürdürmüş, günümüz dünyasındaki işbölümü içinde ortaya çıkan mesleklere de yansımaları bulmuştur. Evin içindeki hastalara kadınlar bakım verirken, ev dışındaki hasta bakımı işlerinin de tarihsel olarak erkeklerin işi olduğu görülmüştür. Bu cinsiyetçi yapı, sağlık sektöründeki yatay ayrışma olarak kendini göstermektedir.

Tablo 1 değerlendirildiğinde sağlık sektöründe diğer sektörlerle kıyasla oldukça farklı bir görünümün ortaya çıktığı görülmektedir. Sektörde yardımcı

profesyonel meslek mensuplarının (laborant, sağlık teknisyeni vb) %72'sini, büro ve müşteri hizmetlerinde istihdam edilenlerin %62,9'unu, hizmet ve satış elemanlarının ise %51'ini kadınlar oluşturmaktadır. Daha az prestijli ve meslek hiyerarşisinin genellikle alt düzeylerini oluşturan, “ilişkisel/müşteriyle yüz yüze ilişkileri” kapsayan, özellikleri nedeniyle de kadın işi olarak tanımlanan bu tür işlerde istihdam edilen kadınlar, sağlık sektöründe toplam istihdam edilen kadınların %69'unu oluşturmaktadır (TUİK 2009).

Daha önce de değindiğimiz gibi sağlık sektöründe istihdam edilen profesyonel meslek mensuplarının %48'i kadınlardan oluşmaktadır. Bu tip işlerde istihdam edilen kadınlar sektörde istihdam edilen toplam kadınların %25,4'ünü oluşturmaktadır. Bu oranlar Türkiye ortalamasının üzerindedir. Kuşkusuz bu durum bir önceki kısımda yer verdiğimiz Türkiye'de profesyonelliğin özgüllüğünden bağımsız düşünülemez. Sağlık sektöründe uzman mesleklerde kadınların görece yüksek oranları olumlu bir durum olarak görülebilir. Ancak uzman mesleklerde kadın oranının yükselmesi o mesleklerin kendi alt dallarında cinsiyete dayalı bir ayrışmanın yaşanmadığı anlamına gelmemektedir (Toksoz 2007:43). Gerçekten hekimlerin uzmanlık alanlarının çok net bir şekilde cinsiyet bakımından ayrıştığı ve kadınların bazı alanlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Bu konuyla ilgili farklı ülkelere ait veriler durumun evrensel bir olgu olduğunu göstermektedir.

Diğer ülkelerden farklı olarak eski sosyalist ülkelerde hekimler arasında kadınların oranı yüksektir. Bunun önemli bir nedeni devrim öncesinde kadınların tıp fakültesine girmesinde uygulanan ayrımcılığın devrim sonrasında sonlandırılmasıyla çok sayıda kız öğrencilerinin tıp fakültelerine başvurusunun sağlanmış olmasıdır (Akalin 2010:142-143). Örneğin günümüzde Litvanya'da kadın hekimlerin toplam hekimlerin içindeki oranı %69'a ulaşmıştır. Buna rağmen kadın hekimlerin keskin bir şekilde bazı dallarda yoğunlaştıkları görülmektedir. Örneğin bu ülkede çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının %92'si, pratisyen hekimlerin %85'i kadın olmasına karşın genel olarak cerrahi dallarda kadınların oranı %9'a kadar düşmektedir. Cerrahi dallardan en fazla kadın hekim %34'lük oran ile çocuk cerrahisindedir (Padaiga vd 2006). Litvanya örneği, kadınların yoğunlukta olduğu bir sağlık sisteminde bile ayrışmayı göstermesi açısından dikkat çekicidir. Çocuk cerrahisi alanındaki yüksek oran ise yine kadın işi olan çocuk bakımının bir uzantısı gibi görünmektedir. Uzmanlaşma oranı cinsiyetler arasında benzer olan Fransa'da da cerrahi uzmanlık alanlarında kadın oranı %23'e düşmektedir (Waits 2006).

Ülke örnekleri açısından ilgi çekici diğer bir ülke Malta'dır. Nüfusunun neredeyse tamamı koyu Katolik olan Malta, Avrupa ülkeleri arasında en düşük kadın sağlık çalışanı oranına sahiptir. Malta'da genel istihdamın yaklaşık dörtte biri kadındır. Hekimler arasında %34 oranında bulunan kadınların uzmanlaşma oranı ise çok düşüktür. Malta'da kadın hekimlerin kariyerlerinin çocuk bakım rollerinden etkilendiği bildirilmektedir (Azzopardi Muscat ve Grech 2006).

Uzmanlık alanlarının cinsiyete göre ayrışmasında, kadın ve erkek çalışanlara belli özelliklerin atfedilmesinin rolü vardır. Nitekim işler kolay, hafif, zor, ağır, sabır ve incelik isteyen, beceri ve tecrübe gerektiren şekilde ayrıştırıldığı gibi, çalışanlara da kadınlık ve erkeklik ile özdeşleştirilen özelliklerin yakıştırıldığı görülmektedir. Pasiflik, sabır, incelik, dakiklik, tipik kadın nitelikleri olarak görülürken monoton, el oyalayıcı, tekrar gerektiren işler kadınlara uygun görülmektedir. Erkeklere atfedilen yüksek düzeyli aktiflik, fiziksel güç, teknik işlerde yeterlilik gibi özellikler onları hareket, aktiflik, fiziksel güç, teknik işlerde yeterlilik gerektiren işlere uygun adaylar olmalarına neden olmaktadır (Ecevit 1998:278).

Ankara Tabip Odası üyeleri arasında yapılan bir araştırma kayıtlı doktorların %37'sinin kadın olduğu ve bunların %36'sının uzmanlaştığını göstermektedir. Kadın hekimlerin tıp kültürü içinde en fazla “kadınlara uygun olduğu” düşünülen dermatoloji (%72), fizik tedavi ve rehabilitasyon (%63) ve çocuk sağlığı ve hastalıkları (%61) dallarında uzmanlaştıkları saptanmıştır. Cerrahi dallardan ise en fazla kadın oranının kadın hastalıkları ve doğum (%46) ve göz hastalıkları (%32) dallarında gerçekleştiği görülmüştür (Gediz Gelegen 2002). Bu konu ile ilgili yapılan ve Sağlık Bankalığı ve üniversite hastanelerinde uzmanlık alanlarını cinsiyete göre inceleyen bir diğer araştırma da, kadın hekimlerin oranının fazla olduğu uzmanlık alanlarında en fazla oranın %66 olduğunu, erkek uzman hekimlerin yoğunlukta olduğu alanlardaki erkek oranının ise %99,3 ile %78,5 arasında değiştiğini ortaya koymuştur. Bu oranlara bakıldığında kadın hekimlere özgü uzmanlık alanlarından bahsetmek yerine erkek hekimlere özgü alanların varlığından bahsetmenin daha doğru olacağı söylenebilecektir (Kuzucu 2007:98)

Türkiye’de tıpta uzmanlık sınavı, uzmanlık alanı seçimini bilimsel ölçütlere bağlayarak kadın ve erkeklerin dilediği dalda uzmanlaşmaları konusunda bir temel sağlamaktadır. Ancak uzmanlık alanının seçimi konusunda aile, üniversite öğretim üyeleri ve toplum tarafından kadınlara uygun görülen uzmanlık dallarına yönlendirildiği, diğerlerinden uzak durmaları konusunda çeşitli mekanizmalarla teşvik edildiği görülmektedir. Örneğin ağır çalışma koşulları ve bu dallarda görevli erkek hekimlerin kadınlara yönelik ayrımcı, olumsuz ve caydırıcı tutumları ile kadınların uzmanlık dalı seçimlerinde etkili olmaktadır (Toksöz 2007:44).

Bu konuyla ilgili yapılan bir araştırma, uzmanlık alanını çalışma koşulları yorucuysa ve yüksek gelir getirebilecekse erkeğe daha uygun; daha hafif çalışma koşullarına sahipse ve daha az gelir getiriyorsa kadına daha uygun olarak düşünüldüğünü ortaya koymuştur. Ayrıca araştırma, kadın hekimleri uzmanlaşmaktan alıkoyan bir diğer faktörün, bir tür çıraklık süreci gerektiren mezuniyet öncesi tıp eğitiminde aranması gerektiği sonucuna ulaşmıştır (Gediz Gelegen 2002).

Kadınların ağır işlerden ve yorucu olan uzmanlık alanlarından uzak durmasının temelinde sağlık hizmetlerinde çalışmanın getirdiği iş yükü fazlalığı yer

almaktadır. Sağlık hizmeti kesintisizi yirmi dört saat yerine getirilmesi gereken bir hizmettir. Bu nedenle sağlık çalışanları düzensiz çalışma biçimlerinin muhatabı olmaktadır. Nöbet usulü, icapçı olarak, çalışmayı zorunlu kılmaktadır (Belek 2006:222-224). Bu nedenle iş yükü özellikle medikal alanda çalışanlar açısından özel hayatı ciddi boyutlarda etkileyerek önemli bir stres kaynağına dönüşmektedir. Ancak iş yükü ile birlikte aile ve ev sorumlulukları birlikte düşünüldüğünde, sağlık sektöründe özellikle medikal alanda çalışan kadınların diğer meslek gruplarına göre çok daha fazla stres yaşamaları olağanlaşmaktadır. Kadın çalışanların evrensel bir özelliği olarak kabul edilen iş ve aile yaşamını dengeleme sorumluluğunu tek başlarına üstlendikleri gerçeği, iş yükünün daha az olduğu, daha az yorucu belli tür işlerde ve çalışma şekillerinde yoğunlaşmalarına neden olmaktadır. Örneğin kadın hekimler gece nöbetlerinin az olduğu veya acil girişimlerden uzak olunan uzmanlık dallarını tercih etmektedirler. Diğer ülkelerde kadın patolog sayısı düşük olmasına rağmen, Türkiye’de çok ağır ve sorumluluk isteyen bir dal olmasına rağmen kadın patolog sayısının erkeklerden yüksek olması, gece nöbetlerinin sık olmamasına bağlanmaktadır (Medimagazin 2011, Kuzucu 2007: 98).

Diğer sektörlerde olduğu gibi kadın hekimler de uzmanlık dalını seçerken erkeklerle rekabetin daha az olacağı düşünülen, dolayısıyla daha düşük ücretli ve prestijli dallara yönelmektedirler (Ecevit 1998:276-277; Gediz Gelegen 2002). Anatomik olarak kadınların daha başarılı olması gerektiği düşünülen cerrahi dalı kadın hekimler arasında uzmanlaşmanın en düşük olduğu erkek egemen bir uzmanlık dalıdır. Yapılan bir araştırma kapsamında derinlemesine görüşmelerde bir erkek doktorun “*bir saat evvel insanı kesip uzuvlarını çıkarmış olan bir kadın sonra eve gidip nasıl yemek yapar*” (Mardin 2000;100-101) ifadesi, oldukça ilginç olmasının yanı sıra kadının meslek tercihi ile ev içi sorumlulukları arasında net bir bağlantı kurarak, kadını belli bir meslekten dışlamanın ağırlaştırılmış ifadesinden başka bir şey değildir.

b) Ücret Eşitsizliği

Çalışma yaşamında cinsiyet eşitsizliğinin diğer bir göstergesi kadın ve erkekler arasındaki ücret eşitsizliğidir. Bunun önemli bir nedeni eşit değerde bir iş için eşit ücretin ödenmemesidir. Ancak cinsiyete dayalı mesleki ayrışma sonucu kadınların düşük ücretli işlerde yoğunlaşmış olmaları da bir başka nedendir.

Yatay ayrışmanın bir göstergesi olan ücret eşitsizliği pek çok ülkede ve sağlık sektörü de dahil bir çok sektörde yaşanan bir durumdur. Örneğin cinsiyet ayrımcılığını önlemeye yönelik politikalara rağmen Litvanya’da kadın sağlık çalışanları erkek meslektaşlarının maaşının %80’ni alabilmektedirler. Bu durum sağlık sisteminin özelleştirilmesi sonrasında ayrımcılığın kontrol edilememesi olarak açıklanmaktadır (Padaiga vd 2006). Sağlıkın özele sektör tarafından sunulduğu ülkelerden biri olan ABD’de resmi çalışma istatistiklerine göre, kadın ve erkekler arasında ücret eşitsizliğinin en fazla olduğu meslek hekimliktir. Tüm doktorların

%31'inin kadın olduğu ülkede, kadın hekimler 1 dolar kazanan meslektaşına karşılık 58 sent kazanmaktadır (Ellen Guy ve Newman 2004). Aynı çalışmada ücret eşitsizliğinin hemşireler için daha az olduğu, hemşirelerin %90 kadın olmasına karşın erkek hemşirelere göre 12 sent daha az gelir elde ettikleri bildirilmektedir.

Türkiye'de SGK ya bağlı olarak çalışan kadın ve erkeklerin faaliyet kollarına göre ortalama günlük kazançlarına ilişkin istatistikler mevcuttur. Ancak bu verilerin doğruluğu kuşkuludur. Bunun önemli nedenlerinden birisi özellikle özel sektör işyerlerinin önemli bir kısmının sigorta primlerini düşük ödeyebilmek için çalıştırdıkları personelin gerçek ücretleri yerine asgari ücret olarak bildirmeleridir (Toksöz 2007 :44). Söz konusu istatistiklere göre tüm sigortalıların Kasım 2010 itibariyle ortalama günlük kazancı 42,9 TL olup bu tutar kadınlarda 42,6 TL, erkeklerde 43 TL'dir. Aradaki fark önemsiz gibi görünmektedir. Ancak bazı sektörlerde erkeklerin kazançları ile kadınların kazançları arasında ciddi farklar mevcuttur. Bu farkın en fazla olduğu sektörler %38 ile kömür ve linyit çıkarılması, kok kömürü ve petrol ürünleri imalatı, %26 ile su yolu taşımacılığı gibi erkeklerin yoğun olduğu faaliyet alanlarıdır. İnsan sağlığı hizmetlerinde çalışanların ortalama kazançları 56,6 TL ile Türkiye ortalamasının üzerinde iken günlük kazançlar erkekler için 60,2 TL kadınlar için ise 54,6 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu faaliyet alanında çalışan kadınların kazançları erkeklerden yaklaşık olarak %10 daha düşüktür. Çoğunluğunun kadın olduğunu tahmin edebileceğimiz yatılı bakım faaliyetlerinde çalışan kadın ve erkeklerin kazançları arasında çok az bir fark olmasına rağmen, bu faaliyet alanlarında çalışanların ortalama günlük kazançları 40,4 TL ile Türkiye ortalamasının da altında gerçekleşmiştir.

C) Sağlık Sektöründe “Cam Tavanlar”

Emek piyasasında cinsler arasındaki dikey ayrışma, kadınların ve erkeklerin işyeri hiyerarşisi içinde buldukları konumlar ile ilişkilidir. Kadın ve erkeklerin birlikte çalıştığı işyerlerinde kadınlar genellikle çeşitli engellerden dolayı üretim açısından önemli ve karar verici pozisyonlara gelememektedirler (Ellen Guy ve Newman 2004). Kadınların yönetici konuma gelememelerinin ve işyeri hiyerarşisinin daha alt konumlarında yer almalarının yukarıda belirtimiz kalıp yargıların ve aile içi rolleri ve sorumlulukları ile çalışma yaşamını dengeleme sorumluluğunun kadının omuzlarına yüklenmesinin önemli bir etkisi vardır. Literatürde toplumsal yargıların oluşturduğu ve “cam tavan” olarak adlandırılan bu olgu kadınların eğitim beceri, deneyim gibi niteliklerinden bağımsız bir şekilde erkeklerin lehine işleyen yükseltme ölçütlerinin varlığına işaret etmektedir.

TÜİK 2009 verilerine göre tüm üst düzey yöneticiler arasında kadınların oranının sadece %10 olması, kadınların karar verici durumuna gelmelerinde ciddi engellerin olduğunu göstermektedir. Durum sağlık sektörü için değerlendirildiğinde diğer sektörlerle kıyasla farklı bir tablonun ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlık sektöründe yönetici pozisyonunda bulunan kadın oranı diğer sektörlerle kıyasla

yüksektir. Bunun en önemli nedeni sektörde çalışanların yarısından fazlasının kadın olması ve profesyonel mesleklerde kadınların payının yüksek olması gibi görünmektedir. Ancak sektörde kadın çalışanların ağırlığı göz önüne alındığında sağlık sektöründe de cam tavan olgusunun bütün ağırlığınca değişmeden kaldığı söylenebilecektir.

III. Türkiye’de Sağlık Reformu ve Kadın Sağlık Çalışanları

2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), 1980’den beri hedeflenen reform hamlelerini seri bir biçimde yaşama geçirmiştir. Neoliberal politikaların paralelinde kurgulanan Türkiye sağlık reformunun diğer bazı ülkelerinden reformundan farksız olduğu görülmektedir. Tümünde de Dünya Bankası kaynaklı olan bu program, kapitalistleşme sürecine giren eski sosyalist ülkelerde, Latin Amerika ülkelerinde ve diğer borçlu ülkelerde benzer şekilde uygulanmıştır. Bunun yanı sıra merkez kapitalist ülkelerde de (İngiltere, İsveç, Fransa vb) Dünya Bankası’nın bu “paket programı”ndan bağımsız olarak küresel dinamiklerle benzer bir özelleştirme süreci yaşanmaktadır.

Özetle sağlık reformunun ilkeleri neoliberal politikaların özüne uygundur. Bu süreç tüm sağlık çalışanlarını yerinden ederek savurmuş, çalışma düzeninde, ücretlendirme biçimlerinde önemli değişimlere neden olmuştur. ILO sağlık çalışanlarını etkileme anlamında “reform”un üç temel özelliğe vurgu yapmaktadır. Bunlar; kamu çalışanlarının azaltılması, çalışanlar arasındaki ücret farklılıklarının bir motivasyon aracı olarak artırılması ve emir-komuta, hiyerarşi, sorumluluk gibi “geleneksel bürokrasi”nin temel unsurlarının yapılandırılmasıyla merkezi devlet denetiminin kamu hizmetleri üzerindeki kontrolünün yeniden kurulmasıdır (ILO 1998:23).

Uluslararası Çalışma Örgütü’ne göre, yapısal düzenlemeler doğrultusunda çalışan sayısının azaltılması kadınları erkeklerden daha fazla etkileyecektir. Raporda, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde bu yönde bulguların teyit edildiğini, genel bütçeden finanse edilen sosyal hizmetler (sağlığı da kapsayan) ve kamu yönetim gibi alanlardaki kadınların, istikrar programlarından etkilenme açısından risk altında olduğu belirtilmektedir (ILO 1998:23).

Türkiye’de reform ‘sağlık için ayrılan kaynakların akılcı ve hakça kullanımı’ olarak gerekçelendirilse de, kapitalizm açısından sağlık reformunun sermaye açısından iki ana çıktısı vardır. Bunlardan ilki devletin sorumluluğunun kalkmasıyla sağlık için ayrılan kamusal finansmanın azalması, böylece devletin dış borçlarının ödeyebilirliğinin artması ve kredi puanının yükselmesidir. Reformun en sık dile getirilen söylemlerinden olan “Sağlık Bakanlığı’nın düzenleyici rolü” bundan sonra sağlık hizmetinin devlet tarafından sunulmayacağı, devletin bundan sonra planlama ve denetleme işlevinin ötesine geçmeyeceği anlamına gelmektedir. İkinci ve belki daha önemli çıktı da, sağlık hizmeti açısından devletin boşalttığı alan sağlık sermayesine bırakılmıştır. Reformun ilerlemesiyle özel sağlık sektörünün bu denli

büyümesi elbette bir rastlantı değildir. Sayıları gün geçtikçe artan özel sağlık kuruluşu, giderek büyüyen hastane zincirleri özel sektörün büyüdüğünün kanıtlarıdır. Ancak bunun yanında özel sektör kurallarının kamu sağlık kuruluşlarına nüfuz etmesi de bu süreçte gözlenen önemli bir bulgudur. SDP'nın uygulanmaya başlanmadığı 2002 yılından 2008 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı çalışanı⁶ sayısında %24 artış olurken özel sektörde %77 artış gözlenmiştir (TUIK; SB 2010a). Özel sektörde çalışan hekim sayısı %100, ebe-hemşire sayısı ise %150 artmıştır. Özel sektörde en fazla artış gösteren grup sağlık memurları/teknisyenleri olarak adlandırılan gruptur. Özel sektörde üç kattan fazla artış gösteren bu grupta, acil tıp, çevre sağlığı, anestezi, diş-protezi, ortopedi, röntgen teknisyenleri gibi meslek grupları yer almaktadır. TUIK tarafından yardımcı profesyonel meslek mensubu olarak gruplanan bu çalışanların %72'sini kadınlar oluşturmaktadır. Kısaca, sağlık reformu sağlık sektörünün giderek özelleşmesi ve feminize olmasıyla sonuçlanmış gibi görünmektedir.

TABLO 2: Sağlık Bakanlığı ve Özel Sektörde 2002-2008 Yılları Arasında Personel Sayıları ve Artış Yüzdesi.

	2002	2008	Artış yüzdesi
Sağlık Bakanlığı †			
Toplam çalışan	196740	243621	24
Hekim	57291	63536	11
Hemşire- Ebe	96991	113622	17
Sağlık memuru ve teknisyenleri	37041	59846	62
Özel sektör			
Toplam çalışan	55048	97639	77
Hekim	11766	22598	92
Hemşire - Ebe	7522	19314	157
Sağlık memuru ve teknisyenleri	4478	18365	310

† 2002 yılı rakamlarına SSK Hastanelerinin çalışan sayıları eklenmiştir.

Tablo, TUIK, 2004 ve SB 2010'dan yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Türkiye'de 2003 yılında yayınlanan reform belgesinde sağlık çalışanlarına ilişkin bir takım öngörüler mevcuttur. Belgede dikkat çeken "*Sağlık çalışanlarının devlet memuru statüsünde olmasının mahşurları görülmektedir.*" cümlesi aslında durumu en iyi özetleyen ifadedir (SB 2003:18). Kamu personeli reformu ile harmanlanan sağlık reformunun sektörün çalışanları üzerine etkilerine bakıldığında ortaya çıkan manzara şudur;

- Az sayıda kişi ile hizmetin yürütülmesi sonucu iş yükünün artması,
- Hizmet satın alma yoluna gidilmesiyle sağlık çalışanlarının taşeron işçiler haline gelmesi

⁶ 2004 yılında SSK Hastaneleri personeli ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

- Sözleşmeli statüyle çalıştırılma nedeniyle güvencesiz istihdam
- Performansa dayalı ücretlendirme nedeniyle ücret eşitsizliklerinin artması, iş barışının bozulması

Aşağıda yaşanan dönüşümün sağlık sektörüne olan etkilerinin alt başlıkları, sektörün giderek özelleşen ve feminize olan yapısı göz önünde bulundurularak ayrıntılı olarak incelenmektedir.

a) Aile Hekimliği Sistemine Geçiş

Sağlık reformunun temel ayaklarından biri olan aile hekimliği sistemi 2005-2010 yılları arasında aşama aşama ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. Bu dönüşüm çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde köklü ve geri dönüşsüz bir değişimi beraberinde getirmiştir. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi (AÇSAP), verem-savaş dispanseri gibi diğer birinci basamak kuruluşları ise toplum sağlığı birimi haline gelmiş, eski kadroları ile varlığını sürdürmektedir. Yeni sistemde 3000-4000 nüfusa bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanının hizmet vermesi söz konusudur. İlgili mevzuatta⁷ “aile sağlığı elemanı” olarak tanımlanan kişiler, aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memurunu ifade etmektedir. İlgili yönetmeliğin 18. maddesinde konuya daha da açıklık getirilerek “*aile hekimlerinin sağlık hizmetine yardımcı olmak sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya vb. hizmetler için ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler*” oldukları da ifade edilmiştir. Aile hekimleri ise Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan serbest hekimler olacaklardır. Güvenceli çalışma haklarını kaybederek sözleşmeli statüye geçen ebe, hemşire ve sağlık memurları aynı zamanda mesleki kimliklerini de kaybederek “eleman” olmaktadır.

SDP programı öncesinde ve geçiş döneminde 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında aile hekimliği sisteminde çalışan hekim, ebe ve hemşireler henüz “devlet memuru” statülerini korumaktadır. Ancak dönüşüm tamamlandığında bu statülerini kaybedecekleri, hekimin kendi hesabına çalışan ebe, hemşire veya sağlık memurunun hekimin “çalışanı” olduğu bir çalışma ortamı oluşacaktır. Bu da 2008 yılında sayıları 40 bine yaklaşan birinci basamak çalışanı ebe ve hemşirenin çoğunluğunun devlet memuru statüsünü kaybederek aile sağlığı elemanı olması anlamına gelmektedir.

Sistemin diğer bileşeni olan toplum sağlığı merkezleri ise Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatına bağlı olarak kurgulanmıştır. Dolayısıyla bu kuruluşlarda çalışanları şimdilik devlet memuru statülerini korumaktadır.

⁷ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Md.3/c. 25 Mayıs 2010 Salı Resmî Gazete Sayı : 27591

b) Hastanelerde dönüşüm

Türkiye’de geçmişten beri hastanelerde birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre fazla sayıda sağlık çalışanı olduğu bilinmektedir. 2008 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak çalışan 177.000 sağlık meslek grubunun %62’sinin hastanelerde çalıştığı görülmektedir (SB 2010a). Bu oran hemşirelerde %73’e çıkmaktadır. Bu tablo hastanelerde yaşanan dönüşümün sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının etkilenmesi anlamına gelmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel ayaklarından biri hastanelerin “idari ve mali özerkliğe sahip işletmeler”e dönüştürülmesidir (SB 2003:36). Bu hedef doğrultusunda 2007 yılında hazırlanan ve 2010 yılında Meclis’e sunulan Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı’nda personel çalıştırma ile ilgili önemli düzenlemeler yapılmıştır. Söz konusu tasarı yaşama geçtiğinde, hekim, hemşire vb tüm hastane çalışanlarının “sözleşmeli” statüye geçmeleri, maaşlarının birliğin bütçesinden ödenmesini öngörülmektedir⁸. Aynı düzenlemede sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi, devlet memurları ile aynı olmakla birlikte, “belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda, sözleşmeli personel normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde” çalışmak zorunda olduğunu ve bu fazla çalışmanın karşılığının da ödenmeyeceğini ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin kesintisiz verilen bir hizmet olması ve belirsiz çalışma düzeni olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu düzenlemenin esnek çalışma düzenini dayatacağını, üstelik bedeli ödenmediği için de ciddi bir sömürüye neden olacağı açıkça görülmektedir.

Gerçekte, hastanelerin işletmeleştirilmesi yıllar içinde fiilen uygulanagelmektedir. Özellikle hemşire, ebe, laborant, teknisyen vb kadroların yıllar içinde devlet memuru statüsünde verilmemesi, kamu hastanelerinin “maaşı döner sermayeden ödenmek üzere” personel istihdamının önünün açılması, kamu hastanelerinde sözleşmeli sağlık çalışanlarının sayısını yıllar içinde arttırmıştır. Gerek sendikaların gerekse bireysel mücadelelerin sonucunda 657 sayılı Yasa’nın 4/b maddesi kapsamında çalışanların özlük hakları çeşitli kazanımlar elde edilmiştir. Ancak 657 sayılı Yasa’nın 4/a statüsüne yaklaşmalarına karşın 4/b statüsünde çalışanların iş güvencesizlikleri baki kalmıştır.

c) Personelin Ücretlendirilmesi

Sağlık çalışanlarını etkileyen diğer bir dönüşüm de personele ödeme sisteminin değişimi olmuştur. 1980’li yıllarda yataklı tedavi kurumlarının bir takım ufak tefek gereksinimlerini kendilerinin giderebilmesi amacıyla kurulan “hastane döner sermaye işletmeleri” zamanla personel maaşının önemli bir bileşeni haline gelmiştir. Özelleştirme sürecinde daha sonra birinci basamak sağlık kuruluşlarında

⁸ Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı, Md 4. <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf> (11.12.2010)

da döner sermaye kurulmuştur. Tüm bu süreçte sağlık çalışanlarının maaşlarındaki artış, döner sermaye geliri elde etmeleri gerekçesiyle diğer devlet memurlarının altında kalmış, emekliliğe yansıyan maaşları zaman içinde erimiştir. 2008'de yılında kamuda çalışan hekimlerin elde ettikleri döner sermaye geliri maaşın %130'una çıkmıştır, bu oran uzmanlarda %160, pratisyen hekimlerde ise %108 olarak bildirilmektedir (Etiler ve Urhan 2008). Performansa dayalı ücretlendirilmesinin yaklaşımının daha çok gelir getiren klinik hizmetler ağırlıklı olması, hekimler ile diğer sağlık personelinin elde ettikleri performans gelirleri arasındaki farkı arttırmıştır. Bu ücretlendirme yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin bir ekip olarak sunulduğu anlayışından oldukça uzaktır. Örneğin, daha çok bakım hizmeti veren, duygusal emek yoğun bir meslek olan hemşirelerin emeği, bu yaklaşım içinde daha da değersiz hale gelmektedir. Duygusal emek, ne yazık ki görünmeyen, çoğu kez karşılığı ödenmeyen bir emektir, üstelik kadınların harcadığı duygusal emeğinin erkeklerden daha değerli olduğu ve karşılığın daha az ödendiği bildirilmektedir (Ellen Guy ve Newman 2004).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri (SES) Sendikası'nın 2010 yılında kendi üyeleri arasında yaptığı araştırmada elde edilen bulgular, sağlık reformunun çalışanlar üzerine etkileri konusunda bilgi vermektedir (SES 2011). Araştırmaya katılanların %65'inin kadın olduğu çalışma grubunda sözleşmeli çalışma sıklığı %27 olarak saptanmıştır. Reform sürecinde uygulanan çeşitli politikalar, 657 sayılı Kanun'un 4/a statüsünde (kalıcı personel) devlet memuru istihdamını en az düzeye indirmiştir. Bunun yerine 2005 tarihinde yapılan bir düzenlemeyle⁹, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kadrosuz bir biçimde ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere, sürekli olmayan işler için 657 sayılı Kanunun 4. Maddesinin B fıkrasına göre sözleşmeli çalıştırılabileceği hükmü getirilmiştir. Bu statüde çalıştırılan sağlık personelinin de iş güvencesi bulunmamaktadır.

c) Taşeronlaşma

Sağlık hizmetlerinde bazı hizmetlerin satın alma yoluyla karşılanması, taşeronlaşmayı giderek arttırmıştır. İlk dönemlerinde hastanelerde yemek, temizlik, güvenlik gibi destek hizmetlerde başlayan taşeronlaştırma uygulaması, klinik haricindeki sağlık hizmetlerine (radyolojik görüntüleme yöntemleri vb) yaygınlaştırılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başladığı ilk zamanlarda yürürlüğe giren Çakılı Kadro Yasası, kamu hastanelerinde bir servisin örneğin hemşirelik hizmetlerini taşeron şirketler aracılığıyla vermenin önünü açan bir düzenleme getirmiştir. Çeşitli yargı süreçleri sonrasında iptal edilen klinik hizmetlerin satın alınması uygulama, sonraki dönemlerde başka yasal düzenlemelerle yaşama geçmiştir.

⁹ 5413 sayılı Kanun ile 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye eklenen Ek Madde 3.

Gelinen son durumda Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir araştırmada, Bakanlık hastanelerinin %93'ünün en az bir hizmetini kurum dışından hizmet satın alma yoluyla karşıladığı, daha çok klinik dışı (manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi vb) hizmetlerde buna başvurulduğu saptanmıştır. Dışarıdan hizmet satın almanın giderek yaygınlaşan bir yönetim/işletme stratejisi haline geldiği, ayrıca hizmet satın almayla %45-60 oranında maliyet tasarrufunu sağladığı bildirilmektedir (SB 2010b).

Sağlık kuruluşlarının bir takım işlerinin taşeron şirketler aracılığıyla görmeleri, kamu sağlık kuruluşlarının çeperinde giderek büyüyen bir taşeron kitlesinin ortaya çıkmasıyla sonuçlanmıştır. Tam sayısını kestirmek olanaklı olmasa da yapılan tahminlere göre yaklaşık yüz binden fazla taşeron işçisi bulunmaktadır.

Taşeron şirketlerin yapısına bakıldığında az sayıda personel ile çok iş yapmaya çalışan, çalışanlarını uzun süreler çalıştıran ve çoğu kez karşılığını ödemeyen, altı ayda bir kağıt üzerinde el değiştirdiği için kıdem tazminatı vermeyen, işçi sağlığı ve güvenliği hizmeti vermeyen küçük firmalar olduğu görülmektedir. Bu durumda yukarıda bahsedilen, Sağlık Bakanlığı'nın 'maliyet tasarrufu' olarak dile getirdiği payın, sağlık emekçilerinin haklarının verilmemesiyle ortaya çıktığını görmek çok da zor değildir. Üstelik bu 'maliyet tasarrufu'ndan bir de aracı şirketlerin kar ettiği düşünülürse, taşeronlaştırmanın sağlık emek gücünün ne boyutta sömürüldüğü de ortaya çıkmaktadır.

Sağlık reformları pek çok ülkede sağlık çalışanlarının işsizliği ile sonuçlanmıştır (Soyer 2006). Kadın sağlık personelinin geleneksel olarak yüksek olduğu Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde, reformlar sonucu daha çok kadınlar ve vasıfsız işlerde çalışanlar mağdur olmuştur. ILO sağlık reformlarının toplumsal cinsiyet etkisine dikkat çekmekte, toplum sağlığı hizmetlerindeki kesintiler sonucunda hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla etkilendiğini belirtmektedir (ILO 1998:44). Özellikle hemşirelerin Batı Avrupa ülkelerine göçü söz konudur ve bu kişiler gittikleri ülkenin ucuz işgücünü olmaktadır (Strozik 2006).

Sonuç

Kadınların yoğunlukta olduğu ve giderek feminize olan bir sektör olan sağlık, neoliberal politikaların paralelinde özelleştirme sürecini yaşamaktadır. Sağlık sisteminin giderek ticarileşmesi ve piyasalaşmasının sağlık çalışanları üzerindeki etkileri diğer ülke örneklerinde de gözlemlediğimiz gibi oldukça ciddi boyutlardadır. Kısaca, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının alt üst olduğu, güvencesizleştiği, esnek çalışmanın yaygınlaştığı, taşeron işçisi olduğu, emeğinin değersizleştiği, çalışma arkadaşlarıyla rekabete zorlandığı bir ortam ortaya çıkmıştır. Diğer yandan dönüşümün tamamlanmasıyla çoğunluğu kadın olan onbinlerce kamu sağlık çalışanının devlet memuru statüsünden çıkması ve "sağlık piyasası"nda istihdam edilmesi anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerini kapsamında yapılan işlerin niteliği, toplumsal cinsiyet rollerine göre ayrılmış kadın işlerine benzerlik göstermektedir. Bu benzerlik, geçmişten itibaren sağlık bakımının ön plana çıktığı hemşirelik, ebelik gibi mesleklerin kadınların işi olmasıyla sonuçlanmıştır. Diğer yandan tıbbi hizmetler içinde daha değerli olarak görülen cerrahlık, klinisyenlik gibi işlerde toplumsal cinsiyet hiyerarşisi tekrardan karşımıza çıkmaktadır, bu mesleklerde erkekler yoğunlaşırken, çok çeşitli olan tıbbi destek hizmetlerinde de (teknisyenlik vb) kadınlar ağırlıktadır.

Sağlık hizmetlerinde cinsiyete göre ayrışmanın önemli nedenlerinden biri de, yine bir toplumsal cinsiyet konusu olan ev işlerinin yürütülmesi ya da en azından örgütlenmesi rolü ile ilişkilidir. Özellikle kadın hekimlerin nöbeti olmayan çalışma düzenini tercih etmesi, daha çok birinci basamakta ya da dahili kliniklerde yoğunlaşması bu kadınlık rolünü sürdürebilmeleri amacıyla olmaktadır.

Tarihsel olarak kadının çalışma yaşamındaki varlığı, erkeklerin çeşitli nedenlerle tercih etmedikleri ya da boşalttıkları alanları doldurmasıyla olanaklı olabilmıştır. Sağlık sektörü de son yıllarda yaşanan piyasalaşma süreciyle bunun örneklerinden biridir. Kadınlar, giderek büyüyen özel sağlık sektörünün ucuz ve güler yüzlü emek gücüdür. Diğer yandan kadın emeğinin evde olduğu gibi çalışma yaşamında da görünmez olduğu, hafife alındığı, harcanan duygusal emeğin ise hiç görülmediği bir ortamda kadın işleri daha da değersizleşmekte, ücretler düşmekte, sigortasız çalışma yaygınlaşmaktadır.

Yaşanan bu dönüşüm sürecinde ortaya çıkan bu ağır tablo, sağlık çalışanlarının özel, kamu, taşeron, kadrolu diye ayrılmadan bir çatı altında örgütlenmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık emek örgütlerinin kadın çalışanları gözeten, onlara özel yaklaşımlar geliştiren ve katılımlarını arttıran yaklaşımlarda bulunmaları, bu örgütlenmenin anahtar noktası gibi görünmektedir.

KAYNAKÇA

- Abramo, L ve Valenzuela, M E (2005) “Women Labour Force Participation Rates in Latin America”, **International Labour Review**, 144 (4), 369-399
- Acar-Savran G (2010) “Modern Tıp Biliminin Kadın Bedenini Denetleme Biçimi” İçinde: **II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi**, 20-23 Mayıs, Ankara.
- Acosta, E B VE Christine, E. Bose (1990), “From Structural Subordination to Empowerment: Women And Development in Third World Context”, **Gender & Society**, 4(3), 299–320.
- Akalın M A (2010) **Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi**, İstanbul: Yazılıma Yayınları.
- Altuğ Özsoy, S Ve Başla İz, F (2005) “Toplumsal Yapıda Hemşirelerin Konumu, **Toplum ve Hekim**, 20(4), 254-258.
- Arat, Zehra F. (1998) “Kemalizm ve Türk Kadını”, **75 Yılda Kadınlar ve Erkekler**, İstanbul: Türk Tarih Vakfı Yayını.
- Azzopardi, Muscat N VE Grech, K (2006) “Malta” B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (ed) **Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience** içinde : World Health Organization.
- Bayrakçeken T., Gökçe (2010) “Kadın Hekimler Çarınsından Mesleki Kimliğin Anlamı”, **II.Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi**, 20-23 Mayıs, Ankara.
- Belek İ. (2001) **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası**, İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek İ (2006), “Sağlık Emek Gücünün Özellikleri”, Nalçacı, E Ve Özalp, E (der) **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü** içinde, 222-224
- Benholdt-Thomsen V. (2008) “Kadın Emeğinin Geleceği Kadına Yönelik Şiddet”, Maria Mies vd. (ed.) **Son Sömürge Kadın** (çev. Y. Temurtürkan) içinde, İstanbul: İletişim.
- Danishevski K, 2006 “Russia” B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (ed) **Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience** içinde: World Health Organization.
- Ecevit, Y (1998) “Türkiye’de Ücretli Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Temelinde Analizi” **75 Yılda Kadınlar ve Erkekler**, İstanbul: Türk Tarih Vakfı Yayını.
- Ellen Guy, M ve Newman, MA. (2004) “Women’s Jobs, Men’s Jobs: Sex Segregation and Emotional Labor” **Public Administration Review**. 64(3), 289-298.
- Etiler, N ve Urhan, B (2008) “Kocaeli İlinde Kamu Sektöründe İstihdam Edilen Hekimlerin Çalışma Koşulları”, **Çalışma İlişkileri Kongresi**, 6-8 Kasım, Sakarya.
- Geviz Gelegen D (2002) “**The Gendered Climate of The Medical Profession: A Case Study of Women Doctors in Ankara**”. The Graduate School of Social Sciences of The Middle East Technical University. Ankara. Yayınlanmamış Araştırma Projesi.

Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. (2010). **The Global Gender Gap Report 2010**, (Eds) World Economic Forum, Geneva, Switzerland. <http://www.weforum.org/pdf/gendergap/report2010.pdf>. (20.10.2010)

ILO (1998) **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**, Sectoral Activities Programme, Discussion Report, Geneva.

İlkaracan, İ (2010) “Uzlaştırma Politikaları Yokluğunda Türkiye Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri”, İpek İlkaracan (der) **Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Doğru İş ve Aile Yaşamını Uzlaştırma Politikaları**, (çev. Özge İzdeş) içinde, İstanbul.

İzdeş, Özge (2010) “‘Türkiye’nin Krizleri Önce Kadınları Vuruyor’ Mit mi Gerçek mi?. Emek Piyasasından Yanıtlar”, Melda Yaman Öztürk, Saniye Dedeoğlu (der) **Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emeği** içinde, İstanbul: Sosyal Araştırmalar Vakfı

Kandiyoti D.(1996) *Cariyeler, Bacılar, Yurttaşlar* (çev.Aksu Bora vd.), İstanbul:Metis Yayınları.

Kergoat G (2009) *Cinsiyete Dayalı İşbölümü ve Toplumsal Cinsiyet İlişkileri*, Hırata H, Laborie F, Le Doare H, Senotier D. (der), **Eleştirel Feminizm Sözlüğü** (çev. G.Acar-Savran) içinde, İstanbul: Kanat Kitap.

Kuzucu İ (2007) *Türkiye’de Tıpta Uzmanlık ve Akademisyenlik Aşamalarında Cinsiyetçi Yaklaşımlar*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Lopez-Valcarel BG, Davila Quintana, CD, Rodrigez Socorro E. (2006) “Spain” B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (ed) **Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience** içinde: World Health Organization.

Mardin, BN vd (2000) **Sağlık Sektöründe Kadın**, Ankara: KSGM.

Medimagazin (2011) “Kadın Hekimler Ne İster?”, Medimagazin İnternet Gazetesi. <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-kadin-hekimler-ne-ister-676-324-3992.html>, (02.02.2011).

Padaiga Z, Starkiene L, Logminiene Z, Reamy J (2006) “Lithuania” B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (ed) **Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience** içinde: World Health Organization.

Reskin BF ve Hartman H (1986) **Women’s Work Men’s Work:Sex Segregation on the Job**, Washington DC.

Sağlık Bakanlığı (2011) “**Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009**” Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2003) “**Sağlıkta Dönüşüm Programı**” Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2010a) “**Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008**” Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2010b) “**Türk Sağlık Sisteminde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları**” Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.

http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/kitaplar/Outsourcing_tr.pdf (01.04.2011)

Sağlık-Sen (2010), *Sağlıkta Kadın Emeği Türkiye Araştırması*, Ankara.

SES (2011), *Sağlık Reformlarının Kamu Sağlık Çalışanlarına Etkileri Araştırması*.

Sosyal İş (2010), 8 Mart'ın 100.Yıldönümünde Türkiye'de ve Dünya'da Kadın Emeği ve İstihdamı Raporu,

http://www.sosyal-is.org/dosyalar/kadin_emegi_ve_istihdami.pdf

Soyer A (2011) "Türkiye'de Sağlık İşgücü", BİANET,

<http://bianet.org/bianet/bianet/122636-turkiyede-saglik-isgucu>, (15.02.2011)

Soyer, A (2006) "Sağlık Personeli İşsizliği" **Toplum ve Hekim**, 21, 119-121.

Standing, G (1999) "Global Feminization Through Flexible Labor: A Theme Revisited", **World Development**, 27 (3), 583-602.

Strozik M (2006) "Poland", B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (ed) **Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience** içinde: World Health Organization.

Toksöz, G (2007) **Türkiye'de Kadın İstihdamının Durumu**, ILO, Ankara.

TUİK (2004) **2004 İstatistik Yılığ**. Ankara.

TUİK (2009) *İşgücü istatistikleri*. (Dinamik Sorgulama) www.tuik.gov.tr

Türk Hemşireler Derneği (2008), Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Ankara.

Wait S. (2006) "France" B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (ed) içinde **Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience** : World Health Organization.

Weinbrenner S., Buse R. (2006) "Germany" B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (ed) **Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience** içinde: World Health Organization.

YÖK, SB, DPT (2010), Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Ankara.

