

DOSYA/GÖZLEM VE GÖRÜŞLER

SAĞLIK HİZMETLERİNDE METALAŞMA VE SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN SÖMÜRÜSÜ KAPİTALİZM VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Mehmet ZENCİR*

Kapitalizm için sağlık hizmetleri üç önemli işlev görmüştür. Bunlar: Emeğinin yeniden metalaştırılması/ üretimi, siyasi işlevleri (ulusun inşa süreci ve hegemonyanın kurulması) sermaye birikimine katkıdır. Kapitalizmin gelişiminde bu amaçların tümü iç içe geçmiş şekilde karşımıza çıkmaktadır. Yine bu üç işlev tarihsel süreç içerisinde değişim göstermiştir. Kapitalizmin erken evrelerinde ulusun inşası ve emeğin yeniden üretimi ön planda iken, özellikle sınıf mücadelelerinin arttığı dönemlerde emeğin yeniden üretimi yanında toplumsal hegemonya kurulmasında sağlık hizmetlerinin payı büyük olmuştur. Geç kapitalizm döneminde (neoliberal) artık sağlık hizmetlerinin doğrudan sermaye birikimine katkısı gittikçe başat hale gelmiştir. Sağlık hizmetleri kapitalist üretim ilişkilerinin yaşandığı sömürünün derinleştiği bir alan haline almıştır.

Kapitalizm için emeğin yeniden üretimi çok önemlidir. İşçinin ertesi gün işe zinde olarak başlaması ya da başlamaya hazır hale gelmesi olarak tanımlanabilir. Emeğin yeniden üretimi sağlık alanına sınırlı bir süreç olmayıp eğitim, barınma vb. birçok fonksiyonu kapsar. Kapitalist toplumlar emeğin yeniden üretimini devlet (devletleşmiş sermaye) aracılığıyla yerine getirmiştir. Özellikle refah (sosyal) devleti döneminde bu fonksiyonlar belirgindir.

Emeğin yeniden üretiminde refah devletinin katkısı konusunda görüşlerini Bauman şöyle dile getiriyor: "Tüm diğer işlevlerinin yanında refah devleti sürekli olarak "emeğin yeniden metalaştırılması"nda çok önemli bir rol oynadı; iyi nitelikli bir eğitim, yeterli bir sağlık hizmeti, nezih konutlar ve yoksul ailelerin çocukları için sağlıklı beslenme sağlayarak kapitalist endüstriye çalıştırılmaya müsait emekten oluşan düzenli bir stok oluşturdu; bu tek

bir firmanın ve şirketler grubunun kendi başına ulaşamayacağı bir sonuçtur. Kapitalist tarz üretimin devamlılığı emeğin daimi satışına bağlı olduğundan, geleceğin emek gücü, geleceğin işverenlerinin almayı isteyebileceği bir meta haline dönüştürülmeliydi; işverenler adı bir ürün alamazdı ve almazdı. Refah devleti sinai bir "yedek ordu"yu her an aktif hizmete hazır şekilde tuttu ve hizmetlerine ihtiyaç duyulmadığında ise doğru biçim ve durumda muhafaza etti." (Bauman, 1999).

Bauman'ın da dikkatini çektiği gibi emeğin yeniden üretimi işlevi çalışanlar için sadece ertesi gün işe başlama değil, endüstride çalışmaya uygun sürekli, düzenli bir depo oluşturmak olarak anlaşılmalıdır. Bu sürece harcanacak para, maliyetin ise tek tek kapitalistlerin yerine devlet aracılığıyla doğrudan işçilere aktarılması söz konusudur. Bu süreç bu anlamıyla emek sömürüsünün bir parçası olarak da görülmelidir.

Kapitalizm için emeğin yeniden üretim sürecinin tek fonksiyonu düzenli bir bir depo oluşturulması değildir. Kapitalist devletin emeğin yeniden metalaştırılmasında (üretiminde) kapsamlı hedefleri olduğu söylenebilir. Poulantzas bu rasyonaliteyi şöyle tanımlamaktadır: ".....bugün özellikle de gelişmiş kapitalist ülkelerde görüldüğü üzere, emek ve mutlaka artı değerdeki (ücret seviyesi ve mesai süresi) yaygın sömürünün belirgin bir biçimde emeğin ve görece artı-değerin yoğun sömürüsüne doğru yer değiştirmesidir. Emek süreçlerinin uluslar arası kılınmasının (emeğin yaygın sömürüsünün hakimiyeti altındaki ülkelerde yoğunlaşması), emek gücünün yaygın bir biçimde kapitalist münasebetlere tabi oluşunun ve "ölü emeğin" "canlı emek" üzerinde giderek büyüyen önceliğinin bağlaşığı olan bu yer değiştirme, emeğin üretkenliğinin yükselmesi ve teknolojik yenilikleri içerir. Bu yer değiştirme bundan böyle devlete emek gücünün yeniden-üretiminde başat bir rol vermekte ve bu yeniden-üretim uzama, işbu gücü nitelikli hale getirme süreçlerinin çok ötesine

*Doç., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

uzanmaktadır. Bilimsel araştırma ve teknolojik yeniliklerde, sinai yeniden-yapılandırılmada, mesleki eğitim ve formasyonda, ama bir yandan da konut, sağlık, taşımacılık, sosyal yardım, çevre düzenlemesi, kolektif tüketim gibi alanlarda devletin bir dizi etkinliği halihazırda belirleyici olursa, bunun nedeni, son derece ayrışik görünen bütün bu etkinliklerin; emek gücünün yaygın yeniden üretimi içinde devletin üstlendiği rolün çevresinde eklemlemeleridir. Bu yeniden-üretim artık basit bir sömürü "koşulu" değildir; yaygın sömürü/mutlak artı değer, yoğun sömürü/görece artı-değere (emeğin üretkenliği) doğru yer değiştirdiği güncel eğilim nedeniyle, artı değerün üretmesinde bizatihi bağrında yer almaktadır. Poulantzas'ın vurguladığı gibi emeğin yeniden üretimi dediğimiz süreç aynı zamanda sömürü koşullarındaki bir değişim sürecini de birlikte getirmektedir (Poulantzas, 2004).

Poulantzas emek gücünün yeniden üretimini sadece üretim açısından ele almamış devletin tüketime kontrolünde rolünde de öneminden bahsetmiştir. "Tüketim toplumlarında piyasanın taşıdığı önceliğin bir tür yeniden yapılandırılması doğrultusunda değil de, halihazırda biçimleri altında emek gücünün yeniden üretimi içinde devletin üstlendiği rol doğrultusunda önem taşımaktadır. Bugünkü imkanları kolektif tüketime alanında konumlanan yeniden-üretim, dolaylı ücretin rolünün (kolektif tüketim imkanlarının ve sosyal yardımların fiyatı ve değeri) işveren tarafından dağıtılan doğrudan ücret karşısında çok büyük ölçüde büyümesinin de gösterdiği gibi bireysel tüketim giderek daha fazla ödüllendirilmektedir. Konut, sağlık, ulaşım araçları, eğitim, kolektif hizmet ve donanımlar. Devletin tüketim alanı içindeki müdahaleleri, yoğun bir biçimde, emek gücünün yaygın yeniden-üretiminin bu başat bölgelerinde gerçekleşmektedir. Devletin bu alandaki müdahalesi belirleyici hale geliyorsa, bu, emeğin üretkenliğini artırmak suretiyle görece artı-değeri çoğaltmak üzere kolektif tüketimdeki kamusal finansmanla gerçekleşmektedir" (Poulantzas, 2004).

Kapitalist ulus devletlerin kuruluşu ve ilerleyen dönemlerde hegemonyanın kurulmasında sağlık hizmetleri önemli rol oynamıştır. Önder ulus devletin kuruluş aşamasında devletin rol olarak yürüttüğü hizmetlerdeki kapitalist bir rasyonalite bahsetmektedir. "Ulus-devlet olgusu ve kavramı, ulusal sınırlar içinde geliştirilen ve kapitalist işleyişin dayandırıldığı piyasa dokusu etrafında oluşumu ifade eder. Sistemin işleyişini sağlayan ve düzenleyen piyasanın oluşumu, siyasal sınırlar içinde, dil birliği, hukuk birliği ve görüş birliği gibi temel ve sosyal ve idari yapılanmaların yanında, sistemin etkin çalışması ve maliyet tasarrufu sağlanabilmesi için zorunlu ve kolaylaştırıcı nitelikte ulaştırma, ve eğitim gibi hizmetlerinde sosyalize edilerek, üretim girdisi olarak, devlet tarafından devreye sokulması çabalarını gerektirir. Belirli sınırlar içinde sermayenin güvenli olarak yerleşmesi ve faaliyetlerini sürdürülebilmesi için gerekli söz konusu hizmetlerin kamusal alanda üretilmesi, sermaye açısından maliyet tasarrufu anlamında sosyalize edilmesinin bir

sonucudur." Sosyalize edilen hizmetler arasında sağlık hizmetleri de sayılabilir. Gerek erken kapitalistleşen ülkelerde gerekse geç kapitalistleşmiş ülkelerde bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin öne çıktığını görmekteyiz. Kentin alt yapısının kurulması, çevre sağlığında önemli olan su ve atıklara yönelik çalışmalar, bulaşıcı hastalıkları azaltmaya yönelik çalışmalar "ulusal pazar"ın güvenliği ve düzenli emek deposu için vazgeçilmezdir. Nitekim Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulması ile hızlanan kapitalistleşme sürecinde ilk yıllarda bulaşıcı hastalıklara yönelik birçok dikey örgütlenme ile yürütülen çalışmalar buna örnek verilebilir. Bu çalışmalardan özellikle sıtma ile mücadelenin ulus devletin inşa sürecinde ekonomik getirisi çok büyük olmuştur.

Erken dönem kapitalizm için sağlık hizmetleri karın çok düşük olduğu bir alan olması nedeniyle yatırıma elverişli bir alan değildi. Kapitalist devletin bu alana yatırım yapmasının sermaye için bir anlamı olmalıydı. Önder bu anlamı şöyle tanımlamaktadır: "Üretim sürecinde katma değer içinde yer almakla beraber, kapitalist örgütlenme modelinde girdi olarak algılanan emek ve bazı diğer girdiler kamusal üretim alanına alınarak sosyalizasyonu, sermaye karlılığını yükseltmeye ve bu yolla özel sermaye birikimine katkı yapmaya yöneliktir. Bu hizmetlerin kamu kesimi içinde üretilmeleri, bir yandan kamu kesiminde faktör getirisi olarak kar unsurunun olmaması, diğer yandan da söz konusu kamu hizmetlerinin üretiminde istihdam edilen emeğin baskılanması nedenlerine bağlı olarak, özel kesim içinde üretilmelerine oranla daha ucuz olarak gerçekleştirilmektedir. Böylece, sermayenin kamu hizmetlerinden sağladığı yarar ile ödediği verginin oluşturduğu fayda kaybı arasındaki fark, sermaye tarafından "mali rant" olarak elde edilmiş olmaktadır. Sermayenin elde etmiş olduğu mali ranta denk düşen "mali sömürü" ise, bir yandan yükledikleri vergi yükü nedeniyle fayda kaybına uğrayan kesimlerin, diğer yandan da, kamu kesiminde istihdam edilirken piyasa fiyatının altında getiri elde edenlerin katlandıkları fedakarlıkların toplamından oluşur. Böylece devlet, kamu kesiminin işleyiş mekanizması sonucunda, bir yandan sermaye sunarak, diğer yandan da sosyalize edilen maliyetleri de baskılayarak, ulus-devlet düzeyinde sermaye kesimine ciddi rant aktarımında bulunmaktadır.

Kapitalist devlet, özel sermaye birikimine katkı yaparken, aynı anda sistemin yumuşatılması ve meşrulaştırılması yönünde de faaliyette bulunur (Önder, 2004). Yine sağlığın da içinde bulunduğu kamu hizmetlerine yapılan harcamalar "sosyal tüketim harcamaları olarak bilinmekte ve marksist terminolojide değişir sermaye kavramına denk düşen ve emeğin yeniden üretim maliyetini baskılayarak sermaye karlılığını yükselten kamu harcamaları olarak tanımlanmaktadır (Önder, 2004).

Sağlık hizmetlerin kapitalist rasyonalitesi sadece ekonomik gerekçelere daraltılmamalıdır. Poulantzas'a göre "Devletin "ekonomik" işlevleri devletin sahip olduğu rolün

yalnızca küçük bir bölümüdür. Çok daha önemli olan konu, devletin "siyasal" ve "ideolojik" işlevleridir; bunlar işçi sınıfının parçalanmasını ve yönetici sınıfın "hegemonyasını" örgütleyerek, toplumun siyasal ve ideolojik olarak yeniden üretimini güvence altına almaktır. Emek gücünün yeniden-üretimi siyasi bir stratejidir, çünkü söz konusu olan her zaman toplumsal işbölümünün yeniden-üretimidir, siyasi-ideolojik öğeler burada her zaman kurucu olarak mevcuttur. Her şeyden önce de baskıcı veçheleriyle, örgütlü şiddet uygulamasıyla. Kerim-devletin emek gücünün yeniden-üretimini amaçlayan ve kolektif tüketim alanları içindeki çeşitli "toplumsal" önlemlerin aynı zamanda da bu emek gücünü siyaseten ve polisiye yöntemlerle yönetmeyi ve denetlemeyi amaçlayan müdahaleler olduğu olgusu üzerinde ne kadar durulsa yeridir. Olgular artık çok iyi biliyoruz: Sosyal yardım kanalları, işsizlik yardımı devreleri ve iş bulma büroları, "sosyal" diye nitelenen konutlara (hatta geçiş sitelerine) ait uzamların maddi düzeni, özgül eğitim haddeleri (teknik ya da geçiş sınıfları diye adlandırılan), bakım evleri ve hastaneler aynı zamanda da emek gücünün hukuki ve polisiye denetimini sağlayan siyasi yerlerdir (Poulantz, 2004).

Sağlık hizmetleri bir yandan refah devletinin (sosyal devletin) toplumsal meşruiyetini sağlayan, kapitalist sömürü ilişkilerinin gözardı edilmesine yol açan rol oynamıştır. Bauman refah devletinin bir kesişme noktasında ortaya çıktığını belirtmiştir. Bu kesişmeyi şöyle açıklamıştır "Zayıf düşen, kendi kurtuluşunun koşullarını kendi başına ve siyasal yardım olmaksızın yaratmaktan aciz kapitalist ekonominin baskıları; kendini "ekonomik dalgalanmalar" karşısında tek başına ve siyasal yardım olmaksızın korumaktan aciz, örgütlenmiş emeğin baskıları; en insafsız ve en az katlanabilir belirtileri dindirecek sosyal eşitsizlik ilkesini tekrar yerleştirmeye ve korumaya dair şiddetli güdü; bu ilkenin yeniden üretime katılmayı başaramayanları marjinalleştirerek eşitsizliğin kabulünü teşvik etme arzusu; ve siyasal denetimden yoksun bir ekonominin kemirici tesirlerini geçiştirmede devletin üyelerine yardım etmesine duyulan acil ihtiyaç (Bauman, 1999).

Günümüzde, özellikle merkezi kapitalist ülkelerde belirgin olmak üzere emeğin yeniden üretimi süreci, yedek sanayi ordusu hazırlama işlevi önemini kaybetmiş durumdadır. Bauman bu süreci şöyle açıklıyor: "... işverenlerin artık devletin bakımı altındaki yedek sanayi ordusuna tekrar ihtiyaç duyma ihtimali giderek azalıyor. Halihazırda gereğinden fazla olan emek gücü bir daha asla bir meta olmayabilir; bunun sebebi talep yokluğundan dolayı emeğin kalitesinin düşmesinden değildir. İç emek piyasasında hala doğması muhtemel olan böyle bir talep -gündelik, rasgele ve esnek (yani "son derece göze çarpan" ya da "iyi eğitilmiş" olmayan) işçilere olan talep -refah devletinin sakin ve huzurlu günlerinde yetiştirmeye çalıştığı, iyi eğitim görmüş, dinç ve kendine güvenen emek gücü çeşidine muhtemel önem vermez. Hatta modern sanayinin bazı kısımlarının hala gereksinim duyabileceği o eski tip emekten oluşan nispeten küçük miktarlar bile,

finansın ipini koparmış yeni hareket özgürlüğü ve devlet müdahalesiz kapitalist girişimin üstüne titrenilen esnekliği göz önüne alındığında, herhangi bir devletin peşinden kopabileceği ve erişebileceğinden çok uzaklardadır. ... şu anda global ölçekte olan biten, sermaye peygamberlerinin çok daha uygun ve ucuz emek dağlarına çıkmaları ve ardından da dağları kendilerine katılmaya çağırmalardır. Ve böylece tüm destek yardımları devletle sınırlı ve devlet otoritesi gibi yerel iken, "yedek sanayi ordusu" ve bu ordunun aktif hizmette hazırlanma bedeli artık globaldir (Bauman, 1999). Anlatılan tarih ülkemize ait değil. Ama ne yazık ki bakır topraklar diye bahsedilen bizleriz...

Kapitalist üretim ilişkilerinin sanayiden hizmet sektörüne genişlemesi...

Kapitalist üretim biçimi, her şeyi metalaştırma ve karı maksimize etmeye dayalıdır. Sermayenin genişlemesi ve yoğunlaşması sonucu imalattan, hizmete, kültüre kadar her türlü insani faaliyetin metalaşmasını zorunlu kılar. Kar oranlarında azalma, sanayi üretiminde artan verimlilik nedeniyle istihdamın daralması, hizmet ve kültürel alanın hızla metalaştırılması sürecini gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetleri de bu süreçten doğrudan etkilenen bir sektör haline gelmektedir.

Kapitalizm sadece ekonomik ilişkiler toplamı değildir. ...sermaye kavramının sosyal bir gerçeklik olduğunu belirtmemiz gerekiyor. Sosyal gerçeklik olarak sermaye kavramı, bir dizi sosyal ilişki dolayında açığa çıkar ve süreç içinde bu ilişkiler yoğunlaşıp gelişir. Sermaye kavramının verili ilişkiler içinde meta, para, ücret gibi biçimlerde açığa çıksa da, bu biçimler aslında işçi, sermayedar, tüketici, üretici gibi sosyal ilişkilerde farklı rolleriyle tanımlanan kesimler arası ilişkilere aracılık ettikleri ölçüde var olurlar. ...Sermaye birikimini bir şey değil de ilişkiler toplamı ve bir süreç olarak tanımladığımızda, kapitalizmin gelişimin toplumsal alan ve ilişkilerin her geçen gün sermaye birikimini tanımlayan mekanizma içine çekilmesi anlamına geldiğini söyleyebiliriz. Sosyal olanın sermaye birikim sürecine çekilerek yeniden tanımlanması, son zamanlarda iyice belirleyici olmaya başlamıştır. Örnek olarak temel bir hak olarak tanımlanan ve gerçekte de öyle olması gereken sağlık ve eğitim olanaklarına ulaşma hakkı son dönem özelleştirme pratiği ile meta ilişkileri içine çekilmiştir (Ercan, 2006a).

Metalaşma olgusu sadece ekonomik diye tanımlanacak süreç değil, tam tersine yaşamın keşfedilmemiş alanlarının meta ilişkileri olarak yeniden tanımlanmasıdır. Meta ilişkileri aynı zamanda bir dizi kültürel, politik, ideolojik unsurlar içerir. Metalaşma sürecinde bu değişkenlerin bizzat kendileri metalaşma mekanizmasının sonuçlarına maruz kalırlar (Ercan F, 2006a).

Braverman üretim sürecinde verimlilik artışı ile azalan işçi sayısının yeni alanlara, üretim dışı alanlara kaydırıldığını Marx, Baran ve Sweezy'den yaptığı alıntılarla açıklamaktadır. Birikimle ve emeğin buna eşlik eden verimlilik artışıyla birlikte, sermayenin ani genişleme gücü

de artar... Birikimin kaydettiği ilerlemeyle birlikte kabına sığmayan ve ek sermayeye dönüştürülebilir nitelikte olan toplumsal servet kitlesi, piyasası aniden genişleyen eski üretim kollarına ya da yeni oluşturulan üretim kollarına doğru çılgınca akar... Bütün bu durumlarda, diğer alanlardaki üretim ölçeğine zarar vermeden, büyük insan kitlelerini ani bir şekilde belirleyici nitelikteki noktalara doğru kaydırma olasılığı mevcut olmalıdır... Bu artış artan üretime oranla istihdam edilen emekçi sayısını azaltan yöntemler yoluyla; emekçilerin bir bölümünü sürekli olarak "serbest bırakan" basit süreç tarafından etkilenir. Tarımdan ve imalat sanayilerinden "serbest bırakılan" insanların ilişkili olduğu milyonlarca iş, yine de toplumsal işbölümü içinde bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Bu emek kitlesinin izini sürerken, yalnızca Marx'ın kastettiği "yeni oluşturulan üretim dallarına" doğru değil, aynı zamanda, Baran ve Sweezy'nin yaptığı gibi, üretim dışı dallara; tek işlevi toplumsal artığın kapitalist sınıfın çeşitli kesimleri ve onlara bağımlı olanlar arasında tahsis edilmesi konusunda mücadele yürütmek olan sanayilerle mevcut sanayilerin önemli kesimlerine doğru yol alacağız. Bu süreçte, "kendisi çılgınca bir biçimde" mümkün olan bütün yeni yatırım alanlarına doğru "sürükleyen" sermaye, toplumu bütünüyle yeniden örgütlemiş ve yeni bir emek dağılımı yaratırken, burada yalnızca yetmiş seksen yıl öncekinden büyük ölçüde farklı olan bir toplumsal hayat ortaya çıkarmıştır (Braverman, 2009).

Salık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Katkısı

Kapitalist üretim ilişkileri sanayiden, hizmet sektörüne genişlediği günümüzde önemli bir hizmet alanı olan sağlık sektörü de süreçten payını almaktadır. Sermaye gün be gün bu alana daha çok yatırım yapmaktadır. Sağlık sektörü gelişen doğası ile çok fazla sayıda emekçinin istihdam edildiği bir alan haline gelmiştir. En ucra köşelere kadar yaygınlaşan sağlık kurumları, sağlık alanında büyük teknolojik yatırımlar, insan ömrünün uzaması ile artan kronik hastalıklar ve tıbbi hizmetlere bağımlılığın artması vb. nedenleri ile sağlık hizmetleri sermayenin yatırım yaptığı önemli bir hizmet işkolu olmuştur.

Dolayısıyla sağlık hizmetleri de sermaye birikimine katkı sağlama, evrensel piyasanın bir öznesi haline gelmesi tarihsel süreç içerisinde karşımıza çıkmıştır. Artık sağlık hizmeti sadece emeğin yeniden üretimi için değil bizzat sermaye birikim sürecine katkı sağlayan meta karakteri kazanmıştır.

Kapitalizm doğası gereği canlı emek sömürsüne dayanır. Kapitalizm canlı emek sömürsü yapmadan kendini sürdürülemez. Hizmet sektörünün metalaşması, eşzamanlı olarak canlı emek sömürsü anlamına gelir. Hizmet sektörü olarak kapitalizm erken evrelerinde emeğin yeniden üretimi ve hegemonya sürecinin bir parçası olarak işlev gören sağlık hizmetleri, geç kapitalizm evresinde sermaye birikim sürecine katkı sağlar hale gelmiştir. Sağlık sektörü hem hizmet üretim aşamasında hem de sermayenin dolaşımı aşamasında metalaşma aşamalarını hızla tamamlar hale gelmiştir. Üretim alanı olan sağlık

kurumları (hastaneler, sağlık merkezleri, laboratuvar, rehabilitasyon merkezleri, bakım birimleri vb.) artı değer üreten fabrikalara dönmüş, bu fabrikalarda bir yandan üretim araçları zenginleştirilerek emeğin verimliliği artırılmakta, bir yandan da emek sömürsünün katmerleştiren çalıştırma biçimleri gündeme gelmektedir. Dolaşım alanı diye kabul edilebilecek sermaye döngüsü için de sigorta kurumlarını tahayyül edebiliriz. Burada toplanan devasa para, hem üretim birimleri olan hastanelerin hem de üretim araçları ve sarf malzemeleri üreten sanayi sektörlerinin göz diktikleri alan haline gelmiştir. Uluslar arası sermaye tekelleri tıbbi teknoloji ve ilaç alanında pazar savaşı içindedir. Bu alana olan yatırımlar artmaktadır.

Sağlık piyasası büyüyor....

Sağlık harcamaları tüm dünyada artıyor. DSÖ-2008 raporunda sağlık alanındaki harcamaların yılda ortalama %5 artışı belirtilmektedir. Raporda sağlık harcamaları ile ilgili şu bilgiler yer almaktadır: Sağlık harcamaları 1995 yılında 2.6 trilyon I\$, iken 2005 yılında 5.1 trilyon I\$'a yükselmiştir. Ülkeler arasında derin eşitsizlik vardır (Kişi başına düşen sağlık harcaması 20 I\$ ile 6000 I\$ arasında değişmekte, ülkeler arası fark 300 katı bulmaktadır.). Sağlık harcamalarına göre ülkeler üç grupta toplanmıştır: yüksek sağlık harcamalı ülkeler; hızlı büyüyen sağlık harcamasına sahip ülkeler; düşük sağlık harcamalı ülkeler. Yüksek sağlık harcamasına sahip ülkeler dünya nüfusunun 1 milyarını oluşturmakta ve tüm sağlık harcamalarının %90'ından fazlası bu ülkelerde gerçekleşmektedir. Kişi başına sağlık harcaması 1995'de 1563 I\$ iken 2005 yılında 3752 I\$'a yükselmiştir. Hızlı büyüyen sağlık ekonomilere sahip ülkeler, dünya nüfusunun 2.9 milyarını oluşturmakta ve kişi başı sağlık harcaması 1995 yılında 189 I\$ iken 2005 yılında 413 I\$'a yükselmiştir. Düşük harcamalı-düşük büyümeli sağlık ekonomilerine sahip ülkeler; Afrika ve Güney ve Güneydoğu Asya'nın düşük gelirli ülkeler olup kırılgan devletler olarak tanımlanmaktadır. Bu ülkelerde 2.6 milyar insan yaşamakta ve 1995 yılında kişi başı sağlık harcaması 58 I\$'dan 2005 yılında 103 I\$'a yükselmiştir. Türkiye DSÖ tarafından hızlı büyüyen ekonomiye sahip ülkeler arasında gösterilmektedir. Bu ülkelerde sağlık alanında yapılan yatırımların ve yapılacak reformların ülkenin ekonomisi için bir kaldıraç rolü göreceği belirtilmektedir (DSÖ, 2008). Nitekim ülkemizde SDP ile sağlık harcamaları 2003 yılında 9 milyar YTL iken 2008 yılında 35 milyar YTL'ye yükselmiştir.

Sağlık piyasasının büyümesi aynı zamanda sağlık alanında üretimin artması diye anlaşılmalıdır. Üretim artışı teknoloji kullanımının artışı, sağlık emekçilerinin uzun süreli çalıştırılması, iş yoğunluğunun artırılmasından geçmektedir. Üretim artışı tek yönlü bir süreç değildir, artan üretim, artan tüketimi de zorunlu kılmaktadır. Sağlık pazarını büyütmenin önemli bir yolu "sağlık hizmeti kullanımı"nın artırılması diye pozitif bir dille sağlık ekonomisinde literatüründe yer almaktadır. "Talep yaratma", "talep yönlü" reformlar vb. ifadelerle süslenen süreç meta karakteri kazanmış bir sağlık hizmetinde hiç de masum değildir. Bu üretim artışındaki kar amaçlı,

ticarileşmiş yön "kışkırtılmış talep" ya da "yönlendirilmiş talep" kavramları ile tanımlanmaktadır. Yine ülkemizde bu süreç Uhri tarafından "son sömürge: hastalar" olarak tanımlanmıştır. Uhri'nin sözlerine kulak verelim: "Yoksa neoliberalizmin son sömürge olarak gördüğü hastaların sürekli para kazandıracak biçimde "daha çok inceleme daha az tedavi" ilkesi ile sağlık sistemi içinde sürüklenmesi sürecinde yeni bir sayfa mı açılıyor?" (Uhri, 2009).

Kapitalist ilişkilerin toplumsal yaşamın tüm alanlarında belirleyici olmasının hız ve yoğunluğundaki artış, üretilen ürünlerin hacim ve hızına bağlı olarak verili tüketimin hızının da artırılmasını zorunlu kılmıştır. Ve böylece yeni tekniklerle tüketici üretilmeye başlanmıştır. Tüketici üretmek için Leslie Sklair'in tüketiciliğin kültürel ideolojisi olarak adlandırdığı bir süreç başlamıştır. Bu süreci tanımlayan temel olgu, meta bolluğunun muazzam boyutlara varmasına bağlı olarak istekler ile ihtiyaçlar arasındaki ayrımın ortadan kaldırılmasıdır. İsteklerin ihtiyaç olarak hissettirilmesi ise medya kanalıyla gerçekleştirilmektedir. Devasa firmalar, tüketici üretmek için küresel ölçekte imajlar yaratıp, bu imajlar aracılığıyla tüketimin hızını artırmaya yönelmiştir (Ercan, 2006a). Üretim ve tüketim bir çemberin birbirini tamamlayan yanlarıdır (Öztürk, 2006). Bir yandan sağlık pazarının genişletilmesi, bir yandan emek verimliliğinin artırılması için yapılan teknolojik yatırımlar üretimin hızını artırmaktadır. Sağlık alanını bu gözle incelersek tıbbi bakım hizmetlerinde yapılan işlem kaleminin arttığını, her işlem için sürekli sürenin azaldığını söyleyebiliriz. Tüketimin artan bu hıza yetişmesi ve üretilenlerin tüketilmesi gerekmektedir. Üretilenleri tıbbi cihazlar, ilaçlar, sarf malzemeleri, poliklinik hizmetleri, ameliyathalar, tanı işlemleri vb. olarak sıralayabiliriz. Bunlar artıyorsa tüketilmelidir. Biliminde içerisinde olduğu medyanın etkisi ile sağlık alanında duyarlılığın artırılması ve beklentilerin yükseltilmesi ile her geçen gün insanların daha fazla tıbbi hizmetlere bağımlılığı artmaktadır. Illich bu durumu "tıbbi iatrogenez" olarak tanımlamaktadır.

Kışkırtılmış talep için ülkemiz belki de dünyada en iyi örnektir. OECD'nin son raporu ve Sağlık Bakanlığı'nın son verileri sağlık hizmet kullanımının sürekli artış içinde olduğunu ortaya koymaktadır. OECD raporunda sağlık hizmet kullanımındaki artışı, hekim üretkenliğindeki artış olarak ortaya koymaktadır. "Performansa dayalı ödemelerin başlatılmasından bu yana bildirilen hekim başına başvurulardan anlaşıldığı üzere, faaliyet hacminde ve hekim üretkenliğinde büyük artışlar meydana gelmiştir." Rakamlarla ifade etmek gerekirse hekim başına başvuru 1990-2006 yılları arasında yıllık yüzde 6.2'lik artış (OECD'deki en hızlı büyüme oranı) meydana gelmiştir. OECD verilerine göre 2001'de doktor başına ikibin sınırında olan başvurular döner sermaye ve performans uygulamaları ile 21 OECD ülkesindeki ortama başvuru olan ikibin beşyüzlere ulaşmış, sonra artış devam etmiş OECD ortalamasının çok üzerine çıkmıştır, 2007 yılında 3630'a yükselmiştir (OECD, 2008).

Sağlık Bakanı Recep Akdağ 2010 bütçe konuşmasında üretimdeki artışa yönelik yapılanlara yer vermiştir. Atıl olan

kapasiteyi artırma diye açıkladığı "her hekime bir muayene odası" prensibi ile birinci basamakta 2002'de 6308 olan muayene oda sayısı 2009 16509'a yükseltilmiştir. Birinci basamakta 1999 yılında 15969 olan hekim sayısı 2009'da 16667'e yükselmesine karşın; muayene sayısı aynı yıllar içinde üç kat artmıştır (64 milyondan 200 milyona). Bu süreç hekim verimliliğinde artış olarak belirtilmiştir (2.5 kat verimlilik artışı). Aynı durum Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hekimler ve yapılan muayene sayısı içinde geçerlidir. 1999 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hekim sayısı 16225 olan hekim sayısı 2009'da 25362'e yükselmesine karşın; muayene sayısı aynı yıllar içinde 2.5 kat artmıştır (90 milyondan 220 milyona) (Akdağ R, 2009a).

Bu artışta performans uygulamasının yanı sıra kamu sağlık kurumlarında poliklinik oda sayısının artırılmasının, sosyal güvenlik kurumlarının tümünün özel sağlık kurumlarından, tüm kamu hastanelerinden yararlanmasının da rolü vardır. Sağlık Bakanı Recep Akdağ 2010 bütçe konuşmasında sağlık hizmetlerindeki gelişmelere (üretimdeki artışa) yer vermiştir. Bu bilgiler içerisinde poliklinik başvuruları ile ilgili olanlar şöyle özetlenebilir. Atıl olan kapasiteyi artırma harekete geçirilmiş, "her hekime bir muayene odası" prensibi ile birinci basamakta 2002 yılında 6308 olan muayene oda sayısı 2009 yılında 16509'a yükseltilmiştir. Birinci basamakta 1999 yılında 15969 olan hekim sayısı 2009'da 16667'e yükselmesine karşın; muayene sayısı aynı yıllar içinde üç kat artmıştır (64 milyondan 200 milyona). Bu süreç hekim verimliliğinde artış olarak belirtilmiştir (2.5 kat verimlilik artışı). Aynı durum Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hekimler ve yapılan muayene sayısı içinde geçerlidir. 1999 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hekim sayısı 16225 olan hekim sayısı 2009'da 25362'e yükselmesine karşın; muayene sayısı aynı yıllar içinde 2.5 kat artmıştır (90 milyondan 220 milyona) (Akdağ R, 2009a). Tüketimdeki artışa örnek olarak ilaç kullanımı verilebilir. 2002'de 699 milyon kutu olan ilaç tüketimi, 2009 yılında 1477 milyon kutuya yükselmiştir (Akdağ, 2009a).

Sağlıkta dönüşüm programının bileşenleri olan bu uygulamalarla sağlık hizmet kullanımı nicelik olarak artmasının yanında, performans uygulamasının getirdiği baskı nedeniyle hastalar müşteri kimliği kazanmış, hekimler klinik özerkliklerini kaybetmiştir. Sadece poliklinik başvuruları değil tetkik ve tedavi kullanımında da piyasanın (müşteri özelliği kazanmış hastalar ve klinik özelliğini kaybetmiş hekimler dahil) getirdiği basınç ile artmıştır. Hasta başına yapılan tetkik sayısı ve reçete başına maliyetler yükselmiştir. İlaç harcamalarında 2008'in ilk 6 ayıyla 2009 yılının aynı dönemini karşılaştığımızda reçete sayısında yüzde 8'lik, fatura tutarında ise yüzde 26'lık bir artış söz konusudur. Toplam sağlık harcamaları içindeki ilacın payı % 30'a ulaşmıştır (TEPAV, 2009).

Pazarı büyütmenin diğer bir yolu da teknolojiye yapılan yatırımlardır. Bunun için tıbbi teknolojiye hızlı gelişimler ile tanı ve tedavi işlemlerinde teknoloji kullanımı ve

çeşitliliği hızla artmakta, emeğin kontrolü bu alanda zayıflamaktadır. Her türlü hastane ve tanı merkezinde teknoloji kullanımı ve yeni teknolojilere uyum hızla artmaktadır. Bu artış DSÖ tarafından "hızlı büyüyen sağlık ekonomileri" ülkelerinde-perifer kapitalist ülkelerde- daha hızlı gerçekleşmektedir. Ülkemiz de bu grubun önde gelen ülkelerindedir. Programa olan sadakati tamdır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde son yıllarda yapılan manyetik rezonans (MR) ve bilgisayarlı tomografi (BT) yatırımları örnek olarak verilebilir. MR sayısı 1999 yılında 8; 2002'de 18 iken 2008'de 200'e ve 2009 yılında 234'e çıkmıştır. Aynı artış BT içinde geçerlidir, aynı yıllara göre sırasıyla BT sayısı: 55; 121; 329 ve 356'dır (Akdağ, 2009a; Akdağ, 2009b).

Teknolojiye yapılan yatırım aynı zamanda artı-değer yaratmanın da bir aracıdır. "Emeğin üretkenliğindeki bütün diğer artışlar gibi makinede, metaların ucuzlaması ve işçinin kendisi için çalıştığı işgücü kısmını kısaltarak, karşılığını almadan kapitaliste verdiği diğer kısmını uzatmak amacıyla kullanılır. Kısaca, makine, bir artı değer üretme aracıdır." (K.Marx) (Kapital'den aktaran Ercan, 2006b). Yine teknoloji ve makineleşme sadece üretim süreci içinde işin yoğunluğunun ve verimliliğinin artması anlamına gelmiyor, işverenin emeği kontrol etmesi ve bu kontrolü otomatige bağlaması anlamına geliyor (Ercan, 2006b).

Büyüyen pazar, sermayenin güçlü aktörlerini bu alana çekmektedir. Sağlık alanında hızla paranın belli ellerde toplandığını, dünün yaygın bu alanda gelir kazana küçük üreticiler olarak kabul edeceğimiz muayenehaneler ve girişimci hekimlerin kurduğu poliklinik, dal merkezi ve hastaneler tasfiye olma sürecine girmiştir. Pazarın girmenin elverişli olduğu (rantabl) tüm illerde sağlığa yatırım yapan sermaye gruplarının hastanelerinin mantar gibi bitişini görmektedir.

Ülkemizde 1980'lere kadar 18 olan özel hastaneye 1980-1989 yılları arasında 26, 1990-1999 yılları arasında 125, 2000-2006 yılları arasında ise 88, 2006-2008 arasında 87 yeni özel hastane eklenmiştir (OHSAD, 2006; TTB, 2009). 2009 yılı itibarıyla özel hastane sayısı 420'dir (Metin, 2009). Sadece yeni hastaneler açılmamış, bu alanda yeni zincirler (tekeller) oluşmaya başlamıştır. Buna ülkenin dört bir yanına yayılan Acıbadem, Medical Park, Universal Hospital, Medicana, BSK vb. grupları örnek verilebilir.

Pazarda kendini gösteren bir anlayış da girişimci hekimlerin kurduğu hastanelerle sermayenin yaptığı ortaklıklardır. Ülkemizin güçlü sermaye gruplarından Sabancı'nın ortağı olduğu Birleşik Sağlık Kurumları (BSK) başkanı Murat Dayanıklı sağlık sektöründe tekelleşmeyi şöyle aktarıyor: "...Özellikle sosyal güvence sistemi içindeki vatandaşları özel sektördeki hizmet sunucularından da yararlandırmak üzere kapıların açılması, sağlık sektörüne olan ilgiyi ve dolayısıyla yatırımları son derece artırmıştı. Birden bire yüzde yüze varan kapasite kullanımları ve ciddi kâr marjları, sektöre yabancı bir çok

yatırımcının veya yeterince sermayesi olmayıp bu furyada yol almak isteyen doktor gruplarının büyük borçlarla yatırım yapmalarına neden oldu. Ancak sağlık sektörü üç sene içinde öyle büyük değişikliklere uğradı, geldiğimiz noktada o gün yapılan fizibilitelerin, o gün beklenen geri dönüşlerin yarısına ulaşmak bile hayal oldu. Artık aynı ciroya ulaşmak için çok daha fazla hasta bakılmak zorunda. Çok daha fazla hastaya bakılırken giderler de artıyor, kâr marjları geçmiş dönemlerle kıyaslanmayacak kadar düşüyor. İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük şehirlerde yetişmiş insan gücü ve finansman var. Kendi cebinden ödeyebilen ya da özel sigortası olan belirli bir zümreye hizmet edebilen ciddi hastaneler var. Bunlar çok büyük bir yarış içinde. Ama Sosyal Güvenlik Sistemi'nin rüzgarıyla Türkiye'de sayıları 400'ü bulan girişimci ruhlu doktor ortaklıklı özel yatırımlar var. Bunların birçoğu finansman sıkıntısı çekiyor. Kurumsallıktan uzaklar. Hastanecilik birikimleri olmadığı için bilgi eksikliği yaşıyorlar. Küçük oldukları için satın alma maliyetleri çok yüksek (Erk Tosuner, 2009). BSK ilk kuruluş aşamasında hedef olarak yeni hastane açmayacaklarını, kurulmuş hastanelere ortak olacaklarını belirtmişti (Yılmaz, 2007). Söylenildiği gibi oldu ve bir çok ilde hızla BSK büyüdüğünü görmeye başladık.

İlaç ve tıbbi teknoloji ile pazar alanını genişleten uluslar arası sermaye doğrudan sağlık hizmeti sunumunda da pazar alanını genişletmeye başlamıştır. Dünyanın önemli yatırım fonlarından Abraaj Capital Acıbadem Sağlık Hizmetleri'ne, Yunan Marfin de Şafak Hastaneleri'ne ve dünyanın en büyük özel girişim sermaye şirketlerinden ABD'li Carlyle da Medical Park'a ortak olmuştur (Korcan, 2009).

Sağlık Emek Gücü Sömürüsü

Sağlık alanında doğrudan yüksek kar için giren büyük sermaye grupları ve kamu sağlık kurumlarında karı artırmaya yönelik bunca faaliyetten sonra ülkemizde sağlık hizmetlerinin metalaştığını rahatlıkla söyleyebiliriz. Eğer sağlık metalaşmış diyorsak işin sağlık emekçilerinin sömürüsü kısmı da görünür kılmamız gerekir. Devletleşmiş sermayenin yürüttüğü sağlık hizmetleri işletmeleri (devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, laboratuvar vb.) ve sermayenin doğrudan işlettiği özel hastaneler ve tanı merkezlerinde sağlık emekçisi sömürüsü ön plana çıkmaya başlamış, sermayenin uzun vadeli çıkarına hizmet eden uygulamalar sağlık alanında bir bir yaşama geçmektedir. Marx tarafından tanımlanan emek değer teorisi ($D=C+V+S$) bize bu süreçte yol gösterici olacaktır. D: değer; C: değişmez (sabit) sermaye (hammadde, enerji dahil, tüm yatırımlar); V: emek için ayrılan pay; S: artı(k) değer. Yine bu teoriden türeyen Sömürü Oranı (S/V) ve Kar maksimizasyonu ($S/C+V$) sağlık alanında süreci görmemize yardımcı olacaktır.

Her sermaye grubu gibi sağlık alanındaki sermaye grupları ve devletleşmiş sermaye de emeğe verilen payı en önemli maliyet unsuru olarak görmekte ve maliyeti düşürmenin yollarını aramaktadır. Daha doğru bir ifade edersek sömürü oranını artırmakta ve karlarda düşme

eğiliminin önüne geçip kar maksimizasyonu sürekli artırmaya çalışmaktadır. Bunun yolu esnek istihdam ve çalışma biçimleri diyebiliriz.

Sağlık kamuoyundaki yanlış inancın aksine sermaye her zaman sağlık emek gücüne olan toplam maliyeti hesaba katmaktadır. Bu maliyetin azaltılması için her şeyi yapmaktadır. Sermaye için temizlik işçisi de hekim de maliyet unsurudur. Hekim, hekim dışı şeklinde bir ayırım, sağlık personeli, idari personel gibi ayrımlara girmez. Sömürünün ortak bileşenleri: mutlak çalışma süresinin ve görelî çalışma süresinin artırılması, ücretlerin düşük tutulması, sürekli mesleki gelişime ücret ödenmemesi ve sosyal ücret bileşeninin azaltılması olarak sıralanabilir. Sayılanlar arasında ilk ikisi sömürünün temel kaynaklarıdır. Mutlak çalışma süresinin artırılması günlük, haftalık, aylık, yıllık çalışma sürelerinin artırılmasıdır. Kapitalizmin erken yıllarında tanık olduğumuz vahşî sömürü dönemine ait uygulama, ne yazık ki geç kapitalizm döneminde de kendini göstermektedir. Sağlık sektöründe de bu uygulamaya sıklıkla tanık olmaktadır. Asistanlarda, 112 ve acil çalışanlarında, taşeronla bağlı çalışanlarda daha belirgindir. Mutlak çalışma süresinin artışı kapsamında fazla mesailer de (nöbetler, icap nöbetleri) önemlidir. Görelî çalışma süresinin artırılması, çalışma süresinde artışa gitmeden sağlık emekçisinin gün içerisinde yaptığı işin yoğunlaştırılmasıdır. Birim zamanda yapılan işin artırılması, dinlenme molalarının azaltılması, çok becerili çalıştırma (sağlık personelinin artan görevleri, farklı görevlerin aynı sağlık personelineleştirilmesi), verimi artırmaya yönelik toplantıların mesai saatinin dışında yapılması, vb. görelî çalışma süresinin artırılmasına örnek olarak sayılabilir. Çalışma süreleri Marksist terminolojide sömürünün temel kaynağıdır. Bu nedenle mutlak ve görelî çalışma sürelerindeki artış sömürünün artırılması, derinleştirilmesi diye anlaşılmalıdır. Elde edilen ücreti karşılığının alınması sonrası tüm çalışma süreleri sömürüye, artık değere tekabül eder.

Güncel sağlık ortamında sömürü farklı adlarla karşımıza gelir. Örnek olarak hekim üretkenliğindeki artış ele alabiliriz. OECD'nin belirttiği sağlıkta dönüşüm programı uygulamaları ile hekim üretkenliğindeki artış, emek sömürüsünde artış olarak da yorumlanmalıdır. Hekim sayısında bilinen ciddi artışlar olmamasına karşın üretkenlik artışı, hekimin ücretini elde etmek için çalıştığı sürenin kısalmasıdır, işin yoğunlaşmasıdır. Dolayısı ile görelî artı değerin fazlaşmasıdır. Metalaşmış bir sağlık hizmetinde hekimin ücretini hak ettiği süreden sonraki çalışma saatleri tamamen patronlar için artı değer üretmek için çalışması diye okunmalıdır.

Esnek çalışma ve istihdam biçimleri sağlık alanında hızla yaygınlaşmaktadır. Esnek çalışmanın sağlık alanında yaşama geçirilmesi ile ilgili örnekler olarak Aile Hekimliği, laboratuvar ve radyoloji hizmetlerinde hizmet satın alma, taşeronlaşma, toplam kalite uygulamaları verilebilir. İstihdamda esnekleşme diyebileceğimiz taşeronlaşma ve hizmet satın alma önemli örneklerdir. Taşeronlaşma karşımıza temizlik, mutfak ve güvenlik hizmetlerde karşımıza çıkarken, hizmet satın alma özellikle laboratuvar

ve radyoloji hizmetlerinde gözlenmektedir. Her iki uygulama da sağlık çalışanlarının daha yaygın ve yoğun sömürüsüne aracılık etmektedir. Bu hizmetlerde çalışan personelin fiili olarak çalışma süreleri yüksektir (haftada 45 saatin çok üzerindedir), çok sayıda iş yapmaktadırlar (iş çeşitliliği), işleri yoğunlaşmıştır (günde yapılan işlem/ iş sayısı giderek artmaktadır), daha az personelle bu işler halledilmeye çalışılmaktadır. Başta kıdem tazminatı olmak üzere, ücretler vb. birçok özlük hakları budanmış durumdadır. Aile hekimliği uygulaması da esnek çalışmaya örnek verilebilir. Daha az personelle çalışılmaktadır. Aile hekimlerinin iş çeşitliliği artmıştır (ebe hizmetlerinin birçoğu aile hekimine kaydırılmıştır), aile sağlığı elemanı denilen kimliği belirsiz hale getirilen personel ise ebe, hemşire ya da sağlık memuru olabilmektedir. Buna karşın bu üç personelin görevlerinin neredeyse tümünü, ayrıca hizmetli personelden beklenen işlerinde sürdürülmesinden görevlidir. Aile hekimliği uygulaması ile sayısal esneklik sağlanmış, personel sayısında azaltılmaya gidilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Doç. Dr. Turan Buzgan aile hekimliğinin geleceğine ait yaptığı açıklamalarda personel azaltmayı açıkça dile getirmektedir. "Maaşlardaki artıştan dolayı aile hekimliğinin maliyeti arttırdığı düşünülüyor. Birinci basamakta çalışan sağlık personeli sayısını azaltmış oluyoruz. Kendileri isterlerse yanlarında sözleşmeli kişiler çalıştırabiliyorlar. Ama biz sadece 2 kişinin ücretini veriyoruz. Ayrıca cari hizmet ödeniği diye ortalama 2500 TL civarı her aile hekimine ücret ödüyoruz. Eleman tasarrufu sözkonusu. Kamu kurumlarını kullanırlarsa aile hekimlerinden kira almaya başlıyoruz. Şu anda %95 oranında kamu kurumları kullanılıyor. Hiçbir sağlık kurumunun elektrik, su, ısınma, tamir ve diğer cari giderlerini karşılamıyoruz. Onları aile hekimleri, hizmet ödeneklerinden kendileri karşılıyor." (Buzgan, 2009)

Toplam kalite uygulaması da ağırlıklı olarak işin yoğunlaştırılması, ödenmemiş emek zamanları olarak değerlendirilebilir. Bu uygulamalarda hizmetin kalitesinin artırılması bahanesi ile işin yoğunlaştırıldığı, daha sağlık çalışanı ile işlerin yürütülmeye çalışıldığına dair sayısız örnekler verebiliriz. Hizmet satın alma uygulamaları, laboratuvar ve radyoloji hizmetleri için mekansal esnekliğe örnek olarak verilebilir. Sağlık personelleri çok sayıda işyerinde verimliliği en yüksek olacak şekilde çalıştırılmaktadır. Emek verimliliği, her zaman kapitalist için sömürünün artırılması hedefini içerisinde taşır. Süslemelere aldanmamak gerekir. Burada kuşkuyla düşülmemesi gereken özel ile işletme haline dönüşen kamu hastanelerine farklı misyonlar biçmektedir. Birçok ilimizde özel sektör tarafından kamu hastanelerinden hizmet alımı anlaşmaları gerçekleştirilmektedir. Zaten büyük bir hastane olarak hizmet veren laboratuvar birimi (patoloji örnek olarak verilebilir), özel sektör tarafından gönderilen materyalleri de incelemeye başlamıştır. Burada değişmeyen sağlık emekçisi sayısıdır, aynı sayıda hekim, laboratuvar teknisyeni, hizmetli personelle çalışmasına karşın gerçek olan iş yüklerinin artması ve işin yoğunlaşmasıdır.

İşin yoğunlaşması ve sağlık emekçisi sayısının azaltılmasına yönelik son dönem sıklaşan hastane birleştirmeleri ve işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında çıkan yeni yönetmelik verilebilir. Hastane birleştirilmesi ildeki sağlık personelini daha etkin kullanmak amacı olarak kamuoyu ile paylaşılmaktadır. Burada gizlenen tanımlanan iş günü içinde artmış iş gücü kullanımıdır. Ortaklaştırılan servislerle gün içinde sağlık emekçisinin nefes almadan niceliksel olarak yaptığı işlerde artış yaşanmaktadır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanında 15 Ağustos 2009 tarihinde çıkan son yönetmelikle (İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık Ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik) bu alanda taşeronlaştırmanın önü açılmıştır (**Resmi Gazete, 2009**). Sadece alanın taşeronlaştırılması ile yetinilmemekte, aynı zamanda işyeri hekimlerinin sayısı azaltılarak iş yükleri artırılmasına olanak veren maddeler, işyeri hemşiresinin ortadan kaldırılması, iş güvenliği alanında mühendis yerine iş güvenliği teknikeri çalıştırılabilmesi gibi bir dizi emekçiler aleyhine düzenleme getirilmektedir. Bu yönetmelik ile hem hizmet verilen sanayi sermayesinin maliyeti azaltılmakta hem de sağlık alanında sermaye birikimine yönelik bir alan özel sektöre açılmaktadır. Taşeronlaştırma "ortak işyeri sağlık birimi" şirketleri ile gerçekleştirilecektir. Daha önce tek tek işyeri hekimlerince verilen hizmetlerin şirket tarafından verilmesinin önü açılmıştır. Beklenen bu şirketlerin daha az sayıda hekimle bu hizmeti gerçekleştirmesidir. Bu amaçla işçi sağlığı hizmetleri için işçi başına düşen süre azaltılmıştır. Böylelikle her işyerine ayrılan süre azaltılmakta, bir hekimin aynı iş günü içinde çok sayıda işyerine bakabilmesinin önü açılmaktadır. Yönetmelik ile az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerine; sağlık gözetimi için ayda en az 12 saat, buna ilave olarak işe giriş ve periyodik muayeneleri ile eğitim için on işçi başına yılda en az 30 dakika, tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerine; sağlık gözetimi için ayda en az 24 saat, buna ilave olarak işe giriş ve periyodik muayeneleri ile eğitim için on işçi başına yılda en az 60 dakika, çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerine; sağlık gözetimi için ayda en az 36 saat, buna ilave olarak işe giriş ve periyodik muayeneleri ile eğitim için on işçi başına yılda en az 90 dakika süre ayrılmıştır. Taşeron ortak işyeri sağlık biriminde çalışan bir hekim ne kadar işyerine bakabilir diye hesapladığımızda aşağıdaki tablo ile karşılaşmaktayız.

Bu tablo incelendiğinde ortak sağlık biriminin az sayıda hekim ile hizmeti sürdüreceği rahatlıkla söylenebilir. Yoğunlaşmış iş günü kullanımı ile az tehlikeli 50 işçili 14 işyeri (yaklaşık 800 işçi) ya da <500 işçili 12 işyerine (yaklaşık 6000 işçi) bakabilir. İşveren ile doğrudan anlaşan taşeron şirketin doğrudan hekim emeği sömürüsü ile sermaye birikimi yapmasının önü açılmıştır.

	50 işçi	100 işçi	200 işçi	300 işçi	400 işçi	500 işçi
Az tehlikeli	14,7	14,5	14,0	13,6	13,2	12,8
Tehlikeli	7,5	7,2	6,9	6,8	6,6	6,4
Çok tehlikeli*	4,9	4,8	4,6	4,5	4,4	4,3*

*Çok tehlikeli için 499 işçi kabul edilmelidir. 500 işçi de işyerinin tam gün hekim çalıştırması gerekmektedir.

Sağlık emek gücünü parçalanması...

Sıralanan mekanizmalarla birlikte sermaye sömürüsünü artırmak için sağlık emekçisini parçalamaya, kendi içinde rekabete, bireysel davranışlara özendirmeye çalışır. Çalışma ortamında parçalanmış sağlık emekçisi kültürünün yayılması, kolektif hak taleplerinin önüne geçmek için sermaye için vazgeçilmezdir. Bu ayrımın oluşturulmasında en önemli politikalar merkez işçi/perifer işçi ayrımı ile ücretlendirme politikalarıdır. Sermaye sağlık hizmeti için vazgeçilmez olan sağlık emekçilerini uzun soluklu elinde tutma diğerlerini alt işverene verme eğilimindedir. Bu nedenle hekimler (özellikle uzman hekimler, yan dal uzmanları, isim yapmış olanlar), klinikleri yürüten deneyimli hemşireler, laboratuvar için deneyimli çalışanlar merkezi işçi kadrosunda yer alır. Aynı şey hizmet veren birimler içinde geçerlidir. Temizlik, kayıt, yemek gibi idari hizmetlerin yanında lab hizmetleri hatta bir kliniğin hizmetinin tümü de alt işverene devredilebilir. Sağlık hizmeti üretimi için vazgeçilmez ile vazgeçilebilir (değiştirilebilir) sağlık emekçisi arasında özlük hakları ve ücretlendirmede farklılıklara yol açan politikalar uygulanır. İstihdam ve ücretlendirme ile sağlık emekçileri çok sayıda tabakaya ayrılarak parçalanır. Sermaye için asıl amaç bu tabakaların da silinmesi tamamen tek tek işçi olarak kalınmasıdır.

Sermaye (devletleşmiş sermaye dahil) sağlık emek gücüne yapacağı ödemeleri toplam maliyetin belirleyiciliğinde ücretlendirme politikalarıyla yaşama geçirir. Toplam maliyet aşılmasına, sürekli azaltılmaya çalışılır. Görünen ise herkesin hastaneye kazandırdığına göre farklı ücretler alması şeklindedir. Toplam maliyetin bölüştürülmesinde kaymak tabaka vazgeçilmezlere paylaştırılır, bu diğer sağlık emekçileri ile makasın açılması demektir. Sermaye için vazgeçilmez olan artı değere en çok katkı sağlayanlardır. Sağlık emekçileri, üretim araçları ile birlikte kar maksimizasyonunu azaltan unsur olarak değerlendirilir. Sermaye için üretim araçlarının yenilenmesi ve geliştirilmesi zorunlu olduğu için sağlık emekçilerinin ücretleri ile oynanarak kar maksimizasyonundaki düşme eğilimi azaltılmaya çalışılır.

Kolektif hak talebinin engellenmesi...

Her işçi sömürüldüğünün farkındadır. Sağlık emekçileri de sağlığı meta olarak algılayan ve artı değer yaratan bir çalışma ortamında emeklerinin sömürüldüğünün farkındadır. Sömürüye isyan kolektif bir hak talebinden geçer. Sermaye her zaman kolektifleşmiş hak arayışının önüne geçmeye çalışır. Bunu temel olarak iki yolla yapar: Hegemonik denetim, Despotik denetim.

Emek süreci, hem artı-değerin hem de egemenlik ilişkilerinin başlangıç noktasıdır. Emek sürecinde,

emekçiler yalnızca mal ve hizmet üretmekte kalmazlar; aynı zamanda yönetimler ve birbirleriyle olan toplumsal ilişkileri de üretirler. ... Emek rejimlerinde, baskı-rıza tartışmasını merkezde düşünmek önemlidir (**Yücesan Özdemir, 2008**). Baskının rızaya üstün geldiği rejimlerin despotik, rızanın hüküm sürdüğü ama hiçbir şekilde baskının dışlanmadığı rejimlerin ise hegemonik doğaya sahip olduğu iddia edilebilir (Burawoy, 1985'ten aktaran Yücesan Özdemir G, 2008). Emek rejimi altındaki işçilerin başkaldırı, boyun eğme ya da onay gibi tavır, tutum ve duruşlarının bu rejimlerce tanımlanıyor ve bu rejimleri tanımlıyor. Bu rejimlerin uygulamasında rol alan emek denetim aygıtları; basit (doğrudan) denetim aygıtları, teknik (teknolojik) denetim aygıtları, elektronik denetim aygıtları, bürokratik denetim aygıtları ve ideolojik denetim aygıtları olarak sıralanmaktadır (**Yücesan Özdemir, 2008**).

Sağlık hizmetlerinde her iki emek rejim süreci iç içe girmiştir. Hem despotik hem de hegemonik emek rejimleri ile sağlık emekçilerinin birliği engellenmiş, sağlık emek sömürsü daha katmerli hale getirilmeye çalışılmıştır. Yine emeğin denetim aygıtlarının tümü sağlık hizmetlerinde bir bir karşımıza çıkmaktadır.

Hegemonik emek rejimine örnek olarak sağlık alanında gerçekleştirilen finansman ve hizmet sunumu ile ilgili uygulamalara (döner sermaye-performans, aile hekimliği, özel sektörün genişlemesi vb.) örnek verilebilir. Sıralanan bu uygulamalara sağlık emekçileri içerisinde özellikle hekimlerin açık veya dolaylı destek verdiklerini söyleyebiliriz. Bu girişimlerin en önemlisi ekonomik kaynaklı olanlardır. Ücretlendirme politikaları önemli hegemonik denetim araçlarından birisidir. Performansa göre ücretlendirme denilen uygulamalar ile hem sağlık emekçilerinin önemli bir kısmının onayı alınırken hem de sağlık emekçileri arasında rekabet ve parçalanma güçlendirilmektedir. Aynı klinikte uzman hekimler, akademisyenler arasında başlayan rekabet sağlık kurumunun tüm çalışanlarına yansımaktadır. Sonuç olarak sağlık kurumlarında çok tabakalı bir yapı ortaya çıkmaktadır. İstihdam biçimi ile (sözleşmeli, kadrolu, taşeron vb) bu tabakalanma daha da pekiştirilmektedir. Özellikle hekimler (başta artı değere katkısı yüksek olanlar) yüksek ücretler ve daha iyi çalışma ortamı ile mevcut sömürü ilişkilerine itirazlar minime indirilmekte, sistemi onaylar hale getirilmektedir. Hegemonik denetimin daha etkili olduğu sağlık emekçileri: Özel hastanelerde veya muayenehanelerde yüksek düzey gelir elde eden uzman hekimler, akademisyenler (özel hasta bakan ya da özel muayenehanesi olanlar); uzman hekimler (yüksek düzey performans alanlar ya da kısmi süreli çalışanlar); aile hekimleri, tam gün işyeri hekimliği yapanlar; yönetsel birimlerde çalışan yüksek döner sermaye alan hekimler, kamu hastanelerinde yüksek performans alan hekim dışı personel (hemşire, sağlık memuru ve teknisyen kadro), kısmi süreli çalışan ve büyük fabrikalarda işyeri hekimliği yapan hekimler olarak sıralanabilir.

Geri kalan personel ise artı değere katkısı az olan uzman hekimler, pratisyen hekimler (aile hekimi olmayanlar,

kurum hekimleri, ilçe ve köylerde çalışanlar, işyeri hekimliği yapma olanağı olmayanlar vb.), döner sermaye geliri fazla olmayan işyerlerinde çalışan sağlık emekçileri (özellikle özel sağlık sektörü ve ilçe hastanelerinde çalışanlar), sözleşmeli statüde çalışanlar, taşerona bağlı iş güvencesi olmayan sağlık emekçileri olarak tabakalanmaktadır. Daha olumsuz çalışma ortamına ve özlük haklarına sahip bu sağlık emekçilerinin isyan duygusunu bastırmak gerekir. Bu emekçilerin rızasının alınmasına gereksinim yoktur, bunlara reva görülen despotik emek rejimidir. Esnek istihdam ve çalışma ile uyumlu yasal düzenlemeler despotik emek rejiminin en önemli bileşenleridir. İş yasası ile işçilere dayatılan yasal düzenlemeler peşi sıra tüm emekçileri kapsar hale gelir. Sağlık alanı için örnek vermek gerekirse eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli personel çalıştırma diye sağlık alanında iş güvencesini ortadan kaldırmaya yönelik istihdam biçimleri, 4B, 4C uygulamaları, taşerondan hizmet alma ile sağlık emekçilerini taşerona mahkum etme, özel hastaneler yönetmeliği, ayaktan teşhis ve tedavi ile ilgili yönetmelik, peşisıra gelen bir çok mevzuat değişikliği... Yukarıdakilerin büyük kısmı kamu sektörüne yönelik müdahale diye algılanabilir. Ancak özel sektörde zaten iş yasası başlı başına bir esnek çalışma dayatması, emekçilerin haklarının gasp edilme programıdır. Kriz bahane edilerek çıkarılan/çıkartılması düşünülen "özel istihdam büroları", "kıdem tazminatının kaldırılması", "bölgesel asgari ücret" gibi bir çok uygulama hem özel hem de kamu sektörünü etkilemektedir. Yasal düzenlemelerin yanında ikinci bir baskı aracı da işsizlik, işgüvencesizliğidir. Tirmanan işsizlik sağlık ortamını da etkilemektedir. Yine örgütsüzleştirmeye yönelik uygulamaları unutmamak gerekir. Sağlık alanında toplu sözleşme ve grev hakkı olmayan sendikalar, sağlık sektörünün tümünü örgütleme olanağı olmayan sendika yasası (parçalı istihdam nedeniyle), sarı sendikalar, taşeron sağlık emekçilerinin örgütlenmelerine karşı sürdürülen baskılar vb. sayılabilir.

Sağlık personelinin denetimine ilişkin olarak göz tarama makinelerinden, turnike sitemlerine kadar pek çok elektronik denetim aygıtı gündeme gelmiştir. Sağlık alanında bürokratik (formlarla ve yazılı prosedürlerle kendi ifade eden), cinsiyetçi (özellikle erkek hekim ve kadın hemşire ilişkisinde var olan) ve elektronik denetim aygıtlarının eklektik kullanıldığını ifade etmek yanlış olmayacaktır (**Özdemir, 2008**). SGK anlaşmaları için zorunlu tutulan epikrizler, medulla sistemine girme zorunluluğu, reçetelerin elektronik ortama taşınması, provizyon uygulamaları ile hizmetler bürokratik kontrol altına alınmıştır. Toplam kalite uygulamasının birçok unsurunu da buraya katabiliriz. Bu uygulamalar sadece kontrol işlevi görmemekte aynı zamanda iş yükünü artırmakta, iş yoğunlaşmaktadır.

Sağlık alanında despotik emek rejiminin en önemlisi taşeronlaştırılmış hizmetlerdir. Türkiye'de kamu sektörü içerisinde en yaygın taşeronlaştırma sağlık sektöründe meydana gelmiştir. Mutfak, temizlik ve güvenlik hizmetlerinin özelleştirilmesiyle başlayan süreç kısa sürede

hastabakıcı, hemşire, radyoloji teknisyeni, laborant, otomasyon ve tıbbi sekreterlik hizmetlerini de kapsayarak hekim emeği ve kısmen hemşireliğin dışında tüm alanlara yayılmıştır. Pek çok kamu hastanesinde sağlık hizmetinin dışardan hizmet alımıyla yapılmasını engelleyen yargı kararı nedeniyle doğrudan sağlık hizmeti gören (hemşire, hastabakıcı, laboratuar ve radyoloji teknisyeni vb) personeli temizlik ihalelerine dahil edilmiş ve sanki temizlik personeli gibi istihdam edilmiştir. Bu şekilde hasta taşıma, pansuman, acil servislerde yardımcı personel, materyal nakliyesi, hasta bakımı vb. işlerin tamamı "geçici işçi" diye bilinen çalışanlar tarafından yapılmaya başlanmıştır. Taşeronlaştırmayla çalışanlar arasındaki farklılaştırma ve bölmenin yarattığı yabancılaştırıcı faktör o kadar etkili olmuştur ki; aynı serviste aynı işi yapan iki hemşirenin devlet kadrolu olan, taşeron firmadan veya maliye vizeli (şimdi 4B'li) meslektaşına karşı bir otorite haline gelmiştir. Taşeronda çalışan sağlık emekçisinin adı artık "personel", "geçici", firma elemanı vs. haline gelmiştir. O artık servisinde her işi yaptığı gibi kadrolu hekim veya hemşirenin her türlü "özel" işini de yapmakla yükümlü "aşağı tabaka"dan bir çalışan konumuna düşürülmüştür (Sertlek, 2008).

Kamuda çalıştırılan taşeron işçi sayısını 2009 yılında 174 bin 857'ye yükselmiştir. Taşeron çalıştırma da Sağlık Bakanlığı 108 bin işçiyle ilk sırada yer almıştır (Sayın, 2009). Sağlık Bakanlığı taşeron çalıştırma da bu hızı ile uyumlu olarak 12 Mayıs 2009 tarihli genelgesi (Hizmet Alımlarında Çalıştırılacak İşçi Sayısının Tespiti ve Öngörülecek Ücretler) ile de her hastanenin ne kadar taşeronu, en fazla vereceği ücreti belirlemeye başlamıştır (Sağlık Bakanlığı Genelgesi, 2009). Genelgeden anlaşılan en az taşeronla, en fazla işi yapma ve en az ücreti ödeme girişimidir. Çoğu alanda en fazla verilecek ücret olarak asgari ücretin gösterilmiş olması oldukça trajiktir. Özlük hakları açısından kamu güvenceli çalışanlara göre oldukça eşitsiz konumda olmaları yasallaştırılmıştır. Bu uygulama despotik emek rejimine önemli bir örnek oluşturmaktadır. Nitekim 2009'un Mayıs'ında çıkan uygulama Aralık 2009 sonunda etkisini göstermiş çok sayıda hastanede taşeronda çalışan işçi sayısı azaltılmaya başlanmıştır (Dev Sağlık İş, 2010). Despotik rejimlerde işe alma ve işten kovama konusunda patronlar tüm avantajları elinde tutmak isterler. Sağlığın patronları da bu fonksiyonunu taşeron üzerinden sağlık emekçisi çalıştırma ile gerçekleştirmektedir. Taşeronlaştırmanın önemli sıkıntılarından birisi örgütlü emeğin tasfiye edilme girişimidir. Tek işverenle çalışma yerine değişik firmaların çalışanları haline gelinmesi sendikal örgütlenmeler için büyük dezavantaj yaratmaktadır. Bir yandan taşeronlar, bir yandan farklı statüde çalışan sağlık emekçileri, diğer yandan da farklı denetim mekanizmalarının uygulanması sonucu parçalanmış sağlık emekçilerinin güçlü örgütlenmeler yaratmalarının da önüne geçilmek istenmektedir.

Hegemonik ve despotik emek rejimlerinin birlikteliği ile sağlık hizmetlerinde emek parçalanmıştır. Bu parçalı yapı ile sağlığın patronları her istediklerini yaptırır hale

gelmiştir. Bu parçalı yapı kolektif mücadele konusunda en büyük engeli teşkil etmektedir. Süreç despotik emek rejimleri kapsamında çalışan sağlık emekçisi sayısının artması, hegemonik emek rejimi kapsamındaki çalışan sayısının azalması yönündedir. Özellikle kamu hastane birlikleri adı ile sağlık ortamına sunulan reform bu alanda hizmet satın alma, taşeronlaştırma süreçlerinin daha da yaygınlaşacağı konusunda herhangi bir şüpheye yer bırakmamaktadır.

Sağlık emekçilerinin sömürüsü ve sağlık muhalefetinin görünümü...

Sağlıkta dönüşüm programı ile artan sağlık emek gücü sömürüsü kendini iş güvencesizliği, gelir güvencesizliği, mesleki özerklik kaybı, iş yükünde artma ile göstermektedir. Sağlığı metalaştırma ve sağlık emekçilerinin sömürüsünü artırmaya yönelik birçok girişimin de mutfakta bekletildiğini biliyoruz. Tam gün yasası, Kamu Hastane Birlikleri... Hazırlanan bu düzenlemelerin kabulü için de bir kısım sağlık emekçisinin onayının alınmasına yönelik girişimler yoğunlaşmakta.

Sağlık alanında muhalefeti değerlendirirken sağlık emekçilerinin mücadelesini zora sokan unsurların göz ardı edilmemesi gerekiyor. Bunların başında emek dayanışması göstermemiş olmaları gelmektedir. İşçilerin derin sömürüsüne yol açan sürece sessiz kalmış olmaları (iş yasası, sendikalar yasası, asgari ücret belirlemesi vb. birçok olumsuz uygulamalar sıralanabilir). Aynı sessizlik, sağlık sektöründe sağlık emekçileri tek tek iş güvencesiz ortama sürüklenirken de kendini göstermiştir. Emek dayanışmasının açısından diğer emekçiler cephesi içinde bir şeyler söylemek gerekir: Sağlığı metalaştırma politikalarının hekimleri, sağlık çalışanlarını, sağlıktaki taşeron işçileri etkilemesi sürecine sessiz kalma. Sağlıktaki metalaşma uygulamalarının balayı dönemindeki hizmet kullanımındaki artma, hizmetten daha kolay yararlanma vb. olumlu gözükken gelişmelere karşı eleştirel yaklaşmama, bu politikalara zımni destek verme.

Sağlık emekçileri arasındaki "kazan kazan" diye tanımlanan yaklaşım ile mevcut politikalarla kısa vadeli kazançlar sağlama peşinden koşma mücadeleyi zora sokan unsurlar arasındadır. "Kazan kazan" politikası, emeğimizin hakkını savunma rasyonalitesi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu söylem özel sağlık sektöründe çalışan hekimlerde daha fazla öne çıkmaktadır. Bu politika, sağlık alanında yaratılan değer (???) artırılmasına ses çıkarmadan emeğin payının artırılması olarak tanımlanabilir. Bu politika sağlık emekçilerini tehlikeli bir sürece sürükleyecektir. Yabancılaşmanın tamamen yerleşmesi ve bireysellik bu politikanın en temel çıktısıdır. Zaten sağlık alanına yatırım yapan sermaye ve devletleşmiş sermayenin de bize sunduğu seçenek budur. Sağlık alanında metalaşmanın tamamen kabulü, artık değer yaratma konusundaki tüm engellerin ortadan kaldırılması, üretimin artışı için insani değerlerin bile yok edilmesi... Kolaylıkla şunu söyleyebiliriz, bu çeşit bir üretim "sağlık hizmeti" değildir. Aynı zamanda, kolektif bir şekilde

yürütülen sağlık hizmeti ve sağlık çalışanlarının atomik parçalara ayrılması ve ötekileştirme/dışlama sürecinin tamamlanmasıdır. Hekimler özeline daraltırsak hak ettiklerini düşündükleri şey sadece emeklerinin karşılığının alınması, diğer sağlık emekçilerinin yok sayılması, hastanın müşteri olarak kabulünün ve daha fazla sağlık talebinde bulunması için her şeyin yapılabilmesi anlamına gelmektedir. Böyle bir emek savunusu sermayeye tehdit değil, aksine ekmeğine yağ sürmedir.

Sağlıklı var olma/yaşama için taleplerin dillendirilmemesi de meslekçi bir daralmadır. Sağlıksızlığı yaratan ortamlara göz yummayı içinde barındırır. Sağlık hakkının önemli bileşeni olan sağlıklı yaşama hakkı iş, beslenme, konut, eğitim, kentsel ve kırsal alt yapı, sosyal güvence, insancıl çalışma ortamı, barış gibi birçok unsuru kapsar. Konumuz özelinde "insancıl çalışma ortamı" kolektif talebinin tüm emekçiler için büyük önem taşıdığını mutlaka vurgulanmalıdır. Çalışma yaşamındaki vahşileşen sömürü ilişkilerinin yarattığı insancıl olmayan çalışma ortamının tanınması, farkına varılması sağlık emekçileri için iki açıdan önemlidir. Birincisi; sağlık emekçilerini nasıl bir çalışma rejimi beklediğinin görülmesidir. Emekçilerin yaşadığı sürece yönelik eleştirel değerlendirme yapma, sağlık alanında sömürü ilişkilerinin nasıl yapılandırıldığının anlaşılması ve nasıl ilerleyeceğinin görülmesi açısından aydınlatıcı olacaktır. İkincisi tek bir sektöre, tek bir meslek grubuna daraltılmış çözümlerin geçiciliği. İşçi mücadelesi bunu çok çeşitli örneklerle göstermiştir. Yine emek mücadelesinde dayanışmanın olumlu çıktılarının son yıllardaki işçi direnişlerinde (Tuzla, Kot kumlama İşçileri örneği) görülmesinin altı çizilmelidir.

Sağlık alanında muhalefet sağlık hizmetlerinde metalaşmaya ve sağlık emekçilerinin sömürsüne karşı çıkmaya odaklanmalıdır. Bu iki bileşen diğer emekçilerin mücadelesi ile birleşmeyi de kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

- Akdağ R** (2009a). T.C.Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm" devam ediyor..., Ocak 2009.
- Akdağ R** (2009b). T.C.Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Yılı Bütçe Komisyonuna Sunumu, 12 Kasım 2009
- Bauman Z** (1999). Çalışma, Tüketicilik ve Yeni Yoksullar, 1.Baskı, Sarmal Yayınevi, İstanbul
- Braverman H** (2008). Emek ve Tekelci Sermaye, 1.Baskı, Kalkedon Yayınları, İstanbul
- Buzgan T** (2009). Aile Hekimliğinin Geleceği, Medimagazin Dergisi, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-aile-hekimliginin-gelecegi-ne-olacak-h-61152.html>
- DSÖ** (2008). The world health report 2008 : primary health care now more than ever. ISBN 978 92 4 156373, ISSN 1020-3311, © World Health Organization 2008
- Dev Sağlık İş** (2010). Sağlık Bakanlığı tebliği işliyor, 32 taşeron işçi kapı önünde, http://www.sendika.org/index.php?eylem=arsiv&arsiv_tip=bolum&bolum_no=emekhaber_turkiye, erişim tarihi: 03 Ocak 2010
- Ercan F** (2006). Küreselleşme Sürecindeki Yerellikler: Homojenleşme ve Farklılaşma/Güç ve Eşitsizlik İlişkileri Üzerine,

çinde: Yılmaz ve Ark. Kapitalizm Küreselleşme Azgelişmişlik, 1.Baskı, Dipnot Yayınları, Ankara, s:19-83.

Ercan F (2006b). Değer Teorisi: Kapitalizmde İşsel İlişkilerin Örgütleyicisi, içinde: Yılmaz ve Ark. Kapitalizmde Anlamak; 1.Baskı, Dipnot Yayınları, Ankara, s:31-56).

Erk Tosuner N (2009). Hastane yarışına Anadolu'dan girdi hedefine 300 milyon doları koydu. Hürriyet Gazetesi, 22 Haziran 2009, <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=11914891&yazarid=70>; erişim tarihi: 22 Haziran 2009

Korcan U (2009). Sancak'a dev ortak, Vatan Gazetesi, 04.11.2009, <http://www9.gazetevatan.com/haberdetay.asp?Categoryid=1&Newsid=268985> ; erişim tarihi: 04.11.2009

Metin E (2009). Özel Hastaneler SGK'yı Eleştirdi: "Belirsizlik Var, Sektör Büyümez", Milliyet Gazetesi, 27 Ağustos 2009.

OECD (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE, ISBN 978-975-590-282-1 - © OECD ve Dünya Bankası, 2008.

OHSAD (2006). Özel Hastaneler Araştırması, 2006

Önder İ (2004). Kapitalist İlişkiler Bağlamında ve Türkiye'de Devletin Yeri ve İşlevi, içinde: Köse A.H., Şenses F ve Yeldan E. Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar, 3.Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul, s:249-286

Yücesan Özdemir G (2008). Emek Süreci, Denetim ve Emek rejimleri: Taşeron Çalışma Üzerine İlk Notlar, Toplum ve Hekim Dergisi, 23;4: 254-62.

Öztürk Ö (2006). Yanılsamalar alanı olarak tüketim toplumu, içinde: Yılmaz ve Ark. Kapitalizmde Anlamak; 1.Baskı, Dipnot Yayınları, Ankara, s:334-347.

Poulantzas N (2004). Devlet, İktidar, Sosyalizm, 1.Basım, Epos Yayınları, İstanbul

Resmi Gazete (2009). İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık Ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik, 15 Ağustos 2009 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 27320

Sağlık Bakanlığı Genelgesi (2009). Hizmet alımlarında çalıştırılacak işçi sayısının tespiti ve öngörüülecek ücretler, Strateji Geliştirme Başkanlığı, 12 Mayıs 2009, B.10.0.SGB.0.81.00.05/10-06/4690

Sayın A (2009). Kamuda taşeron işçi sayısı 175 bine ulaştı, Cumhuriyet gazetesi, 02.07.2009, http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=25112, erişim tarihi: 02.07.2009

Sertlek T (2008). Sağlık Hizmetleri ve Taşeronlaştırma, Toplum ve Hekim Dergisi, 23;4: 309-12.

TEPAV (2009). TEPAV İstikrar Enstitüsü tarafından hazırlanan Mali İzleme Raporu 2009 Yılı

Mayıs Haziran Ayları Bütçe Sonuçları, http://www.tepav.org.tr/tur/admin/dosyabul/upload/2009_TEPAV_Mali_Izleme_Mayis_Haziran_Raporu.pdf, erişim tarihi: 28 Ağustos 2009

TTB (2009). Sağlıkta Dönüşüm Programından Sağlıkta Dönüşüm Problemine, Basın Toplantısı, 29 Ocak 2009, Ankara.

Uhri M (2009). Son Sömürge: Hastalar, <http://www.harftamircisi.com/son-somurge-hastalar.html>; erişim tarihi: 12.08.2009.

Yılmaz T. Sabancı kardeşler hastane zinciri kuracak, Akşam gazetesi, 09.11.2007, <http://www.tumgazeteler.com/?a=2343957>; erişim tarihi: 09.11.2007