

DOSYA/DERLEME**HEKİM SENDİKA İLİŞKİSİ
NESNEL BİR ZORUNLULUK MU?
İDEOLOJİK BİR ZORLAMA MI?***İlker BELEK****I. GİRİŞ**

Türkiye’de hekim sendika ilişkisini incelemeye, gözleme dayalı birkaç saptama ile başlanabilir:

1- Türkiye’de hekimlerin, sendikaya, diğer sağlık meslek gruplarına göre daha mesafeli durdukları görülmektedir. Elde kesin veriler olmasa da, sendikalı sağlık emekçilerinin ancak %5’inin hekim olduğu tahmin edilmektedir.

2- Hekimlerin sendikaya mesafeleri, bir yandan, kendi konum ve sorunlarını diğer sağlık emekçilerinininkilerden farklı gören ve dolayısıyla da farklı çözümlerin gerekli olduğunu düşünen yaklaşımlarından, bir yandan da, sendikayı sorunların çözümünde etkisiz bir kurum olarak değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır.

3- Buna karşılık hekimler sorunların çözümü için ortak ve örgütlü davranma gereğine (çoğu öyle davranmasalar da) inanmakta ve bu konuda Türk Tabipleri Birliğini kendilerine daha yakın hissederek, hekimler açısından sendikal mücadelenin de bu örgüt çatısı altında verilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

4- Hekimler, hak arama mücadelesinin özneleri olarak, sendika ve odaların aktivistlerini görmekte, kendilerini mücadele süreci ile daha dolaylı yollardan ilişkilendirmekte, bir anlamda da hak arama konusundaki hak ve sorumluluklarını örgütlere ve örgüt aktivistlerine devretmiş bulunmaktadırlar.

Bu yazıda bu saptamaların arka planı analiz edilmeye, hekimlerin sendika ile olan mesafelerinin nedenleri araştırılmaya çalışılacaktır. Ancak bunun için önce iki noktanın incelenmesi gereğinin bulunduğu söylenebilir. Bunlardan birisi bir bütün olarak üretim sürecinin niteliği ve üretim sürecinin bütünlüğü içinde sağlık hizmeti üretiminin yeridir. Ele alınması gereken ikinci nokta ise sağlık hizmetini üretenlerin ve bu arada hekimlerin sınıfsal konumudur. Bunlardan ilki, sağlık işkolunda sendikalaşma sürecinin nesnelliğini, ikincisi ise hekimlerin sendikal

mücadele sürecinin (nesnel anlamda) ne derecede öznesi ve/veya nesnesi olduklarını saptamak açısından gereklidir. Ancak bu iki konunun genel olarak ele alınmasından sonra, hekimlerin sendikal mücadele süreci içindeki bugünkü konumlarını değerlendirmek olanaklı duruma gelebilecektir.

II. Sağlık Hizmeti Üretiminin Kolektif Emek Sürecindeki Yeri

Marks büyük eseri Kapital’in ilk cildinde (1978: 363 ve 519-520) kapitalist üretim sürecini kolektif üretim ve bu üretimi gerçekleştiren işçiyi de kolektif işçi olarak tanımlar. Esasen üretim sürecinin kolektifleşmesi, işbölümü ile birlikte ve üretimin bireysel gereksinimleri karşılamanın ötesinde, başkalarının gereksinimlerini karşılamaya yönelmesi ile birlikte gerçekleşmiştir. En tam biçimine ise kapitalist manifaktür tarzı üretim organizasyonu içinde kavuşmuştur.

Marks bu gelişmeyi şöyle tanımlar: “Emek süreci tamamen bireysel olduğu sürece, bir ve aynı emekçi, sonradan ayrılacak olan bütün işlevleri kendisinde birleştirir... Daha sonra başkalarının denetimi altına girer.... Ürün, bireyin doğrudan ürünü olmaktan çıkar ve kolektif emekçinin ürettiği toplumsal bir ürün, yani her biri, emek konusu üzerindeki işlemlerin az ya da çok bir parçasını yapan bir emekçi topluluğun ortak ürünü halini alır. Emek sürecinin bu ortaklaşa niteliği, gitgide daha belirli hale geldikçe, bunun zorunlu sonucu olarak, bizdeki, üretken emek ve bunu sağlayan üretken emekçi kavramı genişlik kazanmış olur. Üretken biçimde çalışmak için artık el ile çalışmanız da gerekmez, kolektif emekçinin bir parçası olmanız, onun yerine getireceği alt işlevlerden bir tanesini yapmanız yeterlidir.” (1978: 520).

Kolektif üretim, işbölümü ile parçalanmış, ancak farklı işçilerin bu parçalar üzerinde uzmanlaşarak, birbirlerini tamamlamalarıyla ortaya çıkan, bireysel üretime göre daha nitelikli ve üretim hattı boyunca çok sayıda parça işçiyi istihdam eden üretdir. Böylece,

*Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

kapitalist sistemde, başkalarının gereksinimlerini karşılamak amacıyla yönelik olarak organize olan üretim kolektif üretim ve bu üretimi birbirlerinin işlevlerini tamamlayarak uzmanca yerine getiren işçi de kolektif işçidir. Kapitalizmde bütün metaların üretimi kolektif üretimin konusudur. Üretilen her meta, bir başka üretiminin ara maddesi olarak işlev görür. "Kolektif işçi, ..., üretim faaliyetinin gerektirdiği bütün niteliklere sahiptir ve bunları özel işçiler ya da işçi gruplarından oluşan bütün organlarına yalnızca kendi özel işlerini yaptırmak suretiyle en ekonomik biçimde harcar." (Marks, K.; 1978: 364).

Kolektif üretim, metaların üretimindeki bütün süreçlerin birleştiği bir üretim faaliyetidir. Dolayısıyla kolektif üretimi gerçekleştiren kolektif işçinin ve ailesinin (yani gelecekteki kolektif işçilerin) yeniden üretimi faaliyetini de kapsar. Bu nedenle sağlık hizmeti üretimi kolektif üretimin, sağlık hizmeti üretimini gerçekleştiren sağlık emekçisi de kolektif işçinin bir parçasıdır.

Sağlık hizmeti, bütün çağlar boyunca, üretimi gerçekleştiren emegücünün, ertesi gün üretim hattında bulunmasını sağlamak, yani sağlıklı emegücünün yeniden üretimini gerçekleştirmek için üretilmiştir. Bu haliyle, doğrudan maddi malların üretiminde yer almaz, ancak maddi malları üreten ve kapitalizmde kendisi de bir mal olan emegücünü, hiç aksatmaksızın, üretim sürecinin gerektirdiği sağlık düzeyinde yerine koymak için üretilir. Kısacası, kolektif emek sürecinde sağlık hizmetinin işlevi, emegücünü yeniden üretmek ve böylece üretim hattının sağlık sorunlarından kaynaklanacak kesintilerine izin vermemektir.

Sağlık hizmeti üretimi, sağlıklı emegücünün yeniden üretimini sağlayarak kolektif emek sürecine dahil olur. Öte yandan, sağlık hizmeti üretiminde, başka sektörlerde üretilmiş ürünlerin (örneğin sağlık emekçilerinin yeniden üretimi için gerekli besin maddeleri, tıbbi bakım hizmetinde kullanılan teknolojiler) kullanılması zorunluluğu da, üretim sürecinin kolektif niteliğini ve sağlık hizmeti üretiminin bu kolektif üretimle ne derecede iç içe girmiş olduğunu gösterir.

Bu haliyle, sağlık hizmeti üretimi, kapitalist üretim bakımından, tam anlamıyla bir maliyet unsurudur. Kapitalist üretimde, sağlıklı emegücünün üretiminin zorunluluk kazanması (ki bu sermaye birikiminin derecesi ve kapitalizmin bir dünya sistemi özelliği kazanmasıyla doğrudan bağlantılıdır) sağlık hizmeti üretimini ve sağlık emekçilerini de kapitalist sisteme doğrudan bağlamış, sağlık sistemini kendi içine kapalı bir yapı olmaktan çıkarıp, "sterilizasyonunu" bozmuş, hekimlerin otonomisine son vermiştir.

III. Sağlık Hizmeti Üretimini Kolektif Üretimin Parçası Yapan Özel Dinamikler

Kapitalist üretimin dünya ölçeğinde gelişmesi sağlık hizmeti üretimini kolektif üretimin vazgeçilmez unsuru olarak üretim ortamının içine çekti. Bu gelişmenin 19. yüzyılın sonlarına denk geldiği bilinmektedir. Kapitalist

dünyada bu alandaki ilk ve en önemli gelişme Almanya'da kamu sağlık sigortacılığının başlatılması olmuştur. Kamu sigortacılığı devletin sağlık hizmeti üretiminin doğrudan tarafı olarak devreye girmesidir.

Daha sonraki en önemli gelişme ise bir yandan kamu sigortacılığının ve diğer kamu finansman modellerinin hızla bütün dünyaya yayılması, bir yandan da devletin sağlık hizmeti üretimini kendisinin üstlenmesidir. Her iki gelişme de, kapitalist üretimin gelişmesiyle, sermayenin birikim ve merkezileşme düzeyiyle doğrudan ilişkilidir ve birikimin ulaştığı düzey karşısında sermayenin duyduğu sağlıklı emegücü ve sağlık hizmeti gereksinimini ve bu gereksinimlerin ancak devlet gibi büyük bir merkezi organizasyon tarafından karşılanabildiğini ortaya koyar.

Bütün bu gelişmelerin hekimlerin toplumsal konumlarında da önemli değişiklikler yarattığı görülmektedir. Sağlık hizmeti üretiminin ve finansmanının devlet elinde (daha sonraları da özel sektörde) merkezileşmesi ile hekimler mesleklerini kendi başlarına ve kendi olanaklarıyla sürdürme olanaklarını önemli oranda yitirmişlerdir. Bütün merkez kapitalist ülkelerde hekimlerin kamu fonlarının anlaşmalı memurları durumuna gelmesi bunun açık göstergesidir. Merkez kapitalist ülkelerde özel hekimlik uygulamasının alanı oldukça sınırlıdır. Açıkçası, kapitalizmin gelişme düzeyi, aynen sermayenin özel ya da kamu sektöründeki merkezileşmesi gibi, sağlık hizmeti üretiminin de merkezileştirilmesini zorunlu kılmış ve ilk dönemlerde üzerinden kar elde etme olanağı bulunmayan bu üretim alanındaki sorumluluğu devlete bırakmıştır.

Böylece hekimler mesleki uygulamalarındaki özerkliklerini yitirmişlerdir. Yıllar içinde mesleki standartlar, kurallar ayrımı kazanmış, çeşitli mesleki tercihlere bilimsel, sosyal sınırlamalar getirilmiştir. Öte yandan, hekimler yıllar içinde giderek büyüyen sağlık kurumlarında oldukça kalabalık bir ekibin üyesi olarak çalışmaya başlamışlardır. Sağlık hizmetinin karmaşıklaşması, ekibin büyümesi, yetkinlik, uzmanlaşma derecesi ne olursa olsun bütün hekimleri teknik bakımdan bile başkalarına bağımlı duruma getirmiştir.

Görüldüğü gibi hekim de zaman içinde sosyal haklar, çalışma ortamı ve ücret düzeyi bakımından "işverene" bağımlı duruma gelmiştir ve bu süreç proleterleşme olarak da bilinmektedir. Proleterleşme kavramı, bir yandan, hekimlik mesleğindeki son 100-150 yıllık bir gelişmeyi, hekim emeğindeki otonomi kaybı ve kamuya ve/veya özel sağlık sermayesine "boyun eğme" ile karakterize bir değişimi ifade eder, öte yandan ise kapitalist ekonominin krizlerine tabi daha dönemselsel ve hiç olmazsa hekimlerin bazı gruplarında daha da belirgin olan ekonomik ve sosyal statü kayıplarını dile getirir. Bu haliyle proleterleşme uzun erimli ve daha dönemselsel nitelikli değişimlerin iç içe girmesiyle ortaya çıkan bir emekçileşme sürecidir. Süreç içinde hekim kendi hesabına çalışan olma pozisyonunu önemli ölçüde yitirmiş, kendi başına çalışma olanaklarının giderek eridiğini görmüştür. Bu gelişmelerin arkasında tip

bilimindeki gelişmeler gibi teknik, sağlık hizmetlerinin organizasyonunun büyümesi ve zorunlu olarak merkezileşmesi gibi sosyal ve sağlık emekgücü üretimi maliyetinin minimize edilmesi çabası gibi ekonomik, siyasal etkenlerin rolü vardır. Bütün bu gelişmelerin, hekimleri ekonomik ve sosyal hakların korunması ve genişletilmesi açısından örgütlenmeye çekeceği açıktır.

IV. Kolektif Emegün Bir Bölmesi Olarak Hekimin Sınıfsal Konumu

Kapitalist üretim sürecinin organizasyon tarzı toplumu sınıflara böler. Marks'ın, çeşitli eserlerinde, kapitalizmin sınıflı yapısını araştırdığı bilinmektedir. Marks ve Engels'e göre sınıflar, üretim araçları karşısındaki nesnel konumları (sahip olma ya da olmama) itibarıyla birbirlerinden nesnel olarak farklılaşan toplumsal gruplardır. Modern toplumun en temel iki sınıfı burjuvazi ve proletaryadır (Marks, K., Engels, F.; 1976: 110; Marks, K. Engels, F.; 1991: 109-125). Engels, Komünist Manifesto'nun İngilizce baskısına düştüğü bir dip notta "Burjuvazi ile, modern kapitalistler sınıfı, toplumsal üretim araçlarının sahipleri ve ücretli emek kullananlar kastediliyor. Proletarya ile ise, kendilerine ait hiçbir üretim aracına sahip olmadıklarından, yaşamak için işgüçlerini satmak durumunda kalan ücretli emekçiler sınıfı." demektedir (Marks, K., Engels, F.; 1991: 109). O halde toplumsal sınıfların nasıl belirleneceği, bireylerin hangi toplumsal sınıfa dahil edilecekleri konusu Marksizmde son derece nettir ve Marksizm sınıf çözümlemeleri bakımından oldukça kullanışlı bir çerçeve sunar.

Marks ve Engels Komünist Manifesto'da kapitalist toplumun ikili sınıf yapısının yıllar içinde giderek netleşeceğini ve (hekimler, avukatlar gibi) ara toplumsal sınıfların önemli oranda proleterleşeceklerini varsaymışlardır. Ancak, bu öngörünün tam anlamıyla doğrulanmadığı söylenebilir. Bugün, önemli oranda hizmet sektöründe istihdam edilenlerden ve yönetici konumdakilerden oluşan ara sınıfların varlıklarını koruduğu görülmektedir. Bu gelişme esas olarak iki etkene bağlanabilir. Bunlardan ilki kapitalizmin 20. yüzyılda teknelci kapitalizm aşamasına geçmesi ve merkez kapitalist ülkelerde işçi sınıfına sosyal devletçi düzenlemeler aracılığıyla sınıf konumlarını bulanıklaştıran "kazanımlar" sunmuş olmasıdır. İkinci etken ise özellikle son 50 yıldır kapitalist ekonomide hizmet sektörlerinin ağırlığının artması ve hizmet sektöründe çalışanların üretim sürecindeki ve üretim araçları karşısındaki konumlarının, ilk bakışta, Marksist sınıf analiziyle uyumsuz bir görüntü sergileyebilmesidir. Bu gelişmeler çağdaş sınıf tartışmalarına da yansımıştır.

Örneğin, Poulantzas (1975: 209-211) maddi mal üreten sektörlerde yer almayan yani artı değer üretimini doğrudan gerçekleştirilmeyen emek kesimlerini (hekimleri, avukatları, eğitimcileri, vb) üretken olmadıkları gerekçesiyle işçi sınıfının dışında tutma eğilimindedir. Ancak bugün Poulantzas'ın bu yaklaşımının, Marks'ın kolektif emek kavramı çerçevesinde yetersiz kaldığı kabul

edilmektedir. Nitekim, Marks'ın kendisi, yine Kapital'de (1978: 520) "Üretken biçimde çalışmak için artık el ile çalışmanız da gerekmez, kolektif emekçinin bir parçası olmanız, onun yerine getireceği alt işlevlerden bir tanesini yapmanız yeterlidir... Maddi nesnel üretiminin dışında kalan bir alandan örnek alırsak, bir öğretmen, öğrencilerin kafaları üzerine emek harcamasının yanı sıra, eğer okul sahibini zenginleştirmek için de eşek gibi çalışıyorsa, üretken bir emekçi sayılır." derken bu konuya açıklık getirmiştir.

Öte yandan, Carchedi, Wright, Callinicos gibi çağdaş yazarlarda da, sınıf analizlerinde belirleyici olan kriterin üretim araçlarının mülkiyeti durumu olduğu görülür. Bu yazarlar modern toplumda üretim araçlarının sahibi, üretmeyen, sömürgeci kapitalistler ile, üretim araçlarına sahip olmayıp, üreten ve sömürülen işçi sınıfı şeklinde iki temel sınıf belirlerler. Bu ikisinin arasına ise üretim araçlarına sahip olmayıp, sermayenin global işlevlerini yerine getiren ve bazen kısmen sermayeye ortak da olabilen bir ara yönetici sınıf ile ellerindeki üretim araçları kitlesi ancak kendi emeklerini istihdam etmeye yetecek derecede olan yarı otonom çalışanlar sınıfı gibi sınıfsal kategorileri yerleştirirler (Carchedi, G.; 1975: 362-383; Carchedi, 1975a: 29-50; Wright, E.O.; 1978: 77-82; Callinicos, A.; 1994: 26-47). Böylece, modern toplumda işçi sınıfının azaldığını belirtenlerin tersine, hizmet sektörlerinin gelişmesiyle birlikte, işçi sınıfının içeriğinde büyük bir çeşitlenme ve toplum içindeki oranında da önemli bir genişleme olduğunu saptayarak, hizmet sektörlerindeki profesyonel meslek gruplarının üyelerinin çok önemli kısmının nesnel olarak işçi sınıfının üyesi olduklarını belirtirler.

Sonuç olarak, hekimlerin sınıfsal konumuna karar verebilmek ve ne derecede sendikaların çalışma alanının nesnesi olacaklarını anlayabilmek için, üretim ilişkileri içindeki konumlarına bakmak gerekir. Bunun için de iki olgunun ayırd edilmesi zorunludur: Hekimler bir başkasının işinde emeklerini satan ücretli konumunda mı çalışıyorlar, yoksa kendi işlerinde başkalarının emeğini de istihdam eden kapitalist konumunda mı bulunuyorlar? Hekimin geçim yolları içinde, hekimliğin gerektirdiği emeğin ikinci plana düşmesi ölçüsünde, yöneticilik ve/veya sermaye sahipliği işlevleri öne çıkacak ve bu gelişme hekimi emekçi olmaktan uzaklaştıracaktır. Hekimin kendi özelinde yaşayacağı bu somut durum, onun sendikaya ve sendikal mücadeleye bakışında da belirleyici olsa gerektir.

V. Türkiye'de Hekimlerin Sendikal Mücadeledeki Konumlarını ve Sendikal Mücadeleye Bakışlarını Belirleyen Etkenler

V. 1. Hekimlerin Nesnel Sınıf Pozisyonlarındaki Belirsizlik

Yukarıda, emekçi/kapitalist (sermaye sahibi) biçiminde ortaya çıkan nesnel sınıf konumunun, hekimin sendika karşısındaki toplumsal, ideolojik konumlanışını belirleyeceği saptamasında bulunulmuştu. Şurası açıktır ki, bir hekimin sendika açısından kapsanacak bir olgu ve kendisi açısından da sendikal mücadelenin (gerçek

anlamda) öznesi durumuna gelebilmesi için doğrudan emekçi konumunda olması gerekir. Her ne kadar, sağlık hizmetlerinin devletçe üretilmesi ve giderek genişleyen özel sağlık sektöründe hekimin emeğini satan ücretli pozisyonunda bulunması gibi gelişmeler hekim emeğinin proleterleşmesinde önemli derecede etkili olmakta ise de, bu sürecin Türkiye'de ne kadar genel geçer özellik kazandığı konusu halen şüphelidir.

Maalesef, bugün Türkiye'de halen, hekimlerin nesnel sınıf konumunu belirleyemeye yönelik net verilere sahip değiliz. Belki de bu konuda elimizdeki en önemli bulgular Sağlık Bakanlığı istatistiklerinden elde ettiğimiz çalışma biçimlerine ilişkin göstergelerdir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1992-1998 yılları arasında yalnızca özel sektörde çalışan hekimlerin toplamdaki oranı hemen hemen değişmezken (%14 seviyesinde), yalnızca kamuda çalışanların (yani yalnızca emeğini satarak, ücretli olarak çalışanların) oranı %52'den, %29'a inmiş, buna karşılık yarı süreli olarak özel sektörde de çalışanların oranı %34'den, %58'e yükselmiştir. Yarı süreli çalışma biçiminin yaygınlaşması hekimlerin çalışma sürelerinin ve üzerlerindeki iş yükünün artması anlamına da gelebilir. Yarı süreli çalışma biçimine geçiş özellikle uzmanların çalışma biçimindeki değişiklikten kaynaklanmaktadır. Uzmanlarda son yıllarda özel çalışma biçimi %32.9 oranında azalmış (oysa pratisyenlerde %140 artmış), kamu çalışması %59.7 oranında azalmış (pratisyenlerde %36.6 azalmış) ve yarı süreli çalışma %126.4 artmış (pratisyenlerde %39.3 artmış)'tır. Pratisyen hekimlerdeki yarı süreli çalışma sıklığının artışı iş yeri hekimliği uygulamasının yaygınlaşmasının da etkisi olmalıdır. (Bakınız Tablo 1)

Tablo 1. 1992 ve 1998 Yılları için hekimlerin çalışma şekilleri

		Özel (%)	Yarı Süreli (%)	Kamu (%)	Toplam
Uzman	1992	25.5	28.4	46.1	25587
	1998	17.1	64.3	18.6	32310
Pratisyen	1992	4.0	38.9	57.1	31398
	1998	9.6	54.2	36.2	49688
Toplam	1992	13.7	34.2	52.1	56985
	1998	12.6	58.2	29.2	81998

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 1992-96: 49 ve Sağlık Bakanlığı 2001: 38.

Bu tablo hekimlerin sınıfsal pozisyonu açısından biraz daha ayrıntılı incelenebilir: Yalnızca özel sektörde çalışanlar şu ya da bu ölçüde kapitalist pozisyon edinmiş hekimlerdir. Bu grup da şu şekilde ayrıştırılabilir:

1- Özel hastane, poliklinik, laboratuvar, görüntüleme merkezi, vb. sahibi veya ortağı olup, yanlarında başka sağlık emekçilerini (bunlar hekim de olabilir) istihdam eden azınlık bir grup.

2- Muayenehane, laboratuvar sahibi olup, yanlarında daha az sayıda (hekim dışı) sağlık emekçisi istihdam edenler.

3- Muayenehane, laboratuvar sahibi olup yalnızca kendi emekleriyle işlerini idare edenler.

4- Emeklerini yalnızca özel sağlık sektöründe satarak geçinenler.

5- Tam gün işyeri hekimliği yapan hekimler.

Yalnızca özel sektörde çalışan hekimlerin bu beş kategoriye dağılımı konusunda elimizde maalesef önemli bir bilgi bulunmuyor. Ancak ilk kategorideki hekimin, kendi işletmesinde hekimlik mesleğini gerçekleştirmeye devam ediyor olsa bile, emekçi hekim kimliğini tamamen yitirdiği ve kapitalist bir kimlik edindiği söylenebilir. İkinci kategorideki hekimler için de önemli derecede bu saptama (ancak daha küçük ölçekte) geçerli olmalıdır. Buna karşılık, kendi hesabına çalışanlar olarak tanımlanabilecek üçüncü gruptakiler, gerek yaşam koşulları, gerek şimdiki iş koşullarını sürdürülebilecek güvenceleri ve bu bağlamda proleterleşme potansiyelleri bakımından ilk ikisinden tamamen farklı bir konumdadırlar. Dördüncü grup ise özel sektörün klasik emekçi hekimleridir. Özel çalışan bu beş grup için de, Türkiye'deki özel sağlık sektörünün kırılğan yapısı nedeniyle (ki bu da Türkiye ekonomisinin kronik krizli yapısına bağlıdır), belli derecede işini ve gelirini kaybetme korkusunun bulunduğu, ancak bunun son üç grupta daha belirgin olduğu tahmin edilebilir. Ek olarak, dördüncü grubun iş güvencesizliğinin yanı sıra sosyal güvencesizlik gibi sorunları da daha fazla oranda yaşadığı beklenmelidir. Üstelik bu grup kamu emekçileri sendikalarının da örgütlenme alanı dışındadır.

Yalnızca kamuda çalışan hekimler bu üç grubun içinde, emekçi hekimler kategorisini oluşturan ana gruptur (toplam olarak 24 bin kadar hekim). Emeklerini herhangi bir kamu kurumuna satarak geçinirler. Gelirleri, özel sektörden herhangi bir ek gelir elde etmedikleri sürece (ki o zaman grup değiştirirler), sendikali bir nitelikli veya yarı nitelikli işçinin ücretinin bile altındadır. Buna karşılık iş güvenceleri, sosyal güvenceleri vardır.

Yarı süreli olarak özel sektörde çalışanların oluşturduğu sonuncu grup, hem iş ve sosyal güvencelidir, hem de özel sektörde çalışmanın ya da özel sektörde bir işletmenin sahibi ve/veya ortağı olmanın sağladığı ek gelir avantajından yararlanır. Yarı süreli çalışan hekimlerin özel sektörle bağlantısı, yalnızca özel sektörde çalışanların ilk üç grubundaki (özel hastane sahibi olmaktan, kendi başına muayenehane işletmeye kadar uzanan) çeşitliliği gösterebilir. Kamuyla bağlantılı bu çeşitliliğin, yarı süreli çalışan hekimin emekçi kimliğini, özel sektörle bağlantı derecesine bağlı olarak, önemli derecede deforme edeceği açıktır. Bu nedenle 1992-98 sürecinde hekimlerin sendikal mücadeleyle sınıfsal bağlantı noktasının giderek daha fazla oranda kırılğan bir karakter kazandığı ve hekimlerin hak arama mücadelesindeki arayışlarının başka kanallara yönelmesinin "doğal" olduğu söylenebilir.

Tablo 1'deki verilerden anlaşıldığı kadarıyla, Türkiye'de hekimler arasında klasik anlamda bir proleterleşme süreci yaşanmamış, hekim sayısındaki geometrik artışın kaçınılmaz biçimde proleterleşmeyi hızlandıracağı yönündeki beklentiler boşa çıkmıştır. Türkiye'de kamunun hem sağlık hizmeti finansmanında, hem de üretimindeki zayıflığının, hekimlerin özel sektörde iş yapabileceği olanaklarının yaygınlığının, işyeri hekimliği gibi ek iş

olanaklarının yaygınlaşmasının bu gelişmelerde belirleyici rol üstlendiği söylenebilir. Özel sağlık sektörü, hekimler açısından hem bir kaçış, hem de kendini kurtarma ortamı sağlamakta ve hekimlerdeki sendikalaşma sürecinin altını oymaktadır.

V.2. Hekim Ücretlerindeki Görece Yükseklik ve Gelir Yükseltmenin Ek Yollarının Açıklığı

Gelir düzeyi kendi başına hekimlerin sınıfsal konumunu belirlemese de, sendikal mücadeleye bakışı önemli derece etkileyen bir etken olarak kabul edilebilir. Bunun da ötesinde, gelirin yükselmesi, gelir sahibinin emekçi kimliğini doğrudan bozmasa bile sendikal örgütlenmeye duyulan gereksinmeyi azaltır. Gelirin, örgütlü mücadeleye bakış üzerindeki etkisinin, hekim sayısındaki artış, bu artışa bağlı olarak beliren işsizlik riski, aynı geliri elde edebilmek için birden fazla işte ve daha uzun süre çalışmak zorunda kalmaya bağlı olarak ortaya çıkan bireysel düzeydeki içe kapanma, sosyal ilişki ve yapılardan uzaklaşma gibi gelirle ilişkili başka etkenler üzerinden dolayımınarak da ortaya çıktığı kabul edilmelidir. Eğer bu saptamalar geçerli ise, artık hekimlerin, kendi üzerlerinde işsizlik baskısını hissettikleri, dolayısıyla daha uzun süre (ama bireysel olanaklarını kullanarak) çalışmak zorunda kaldıkları, bu "hayat mücadelesi" koşulları içinde de sosyal ilişkilerden ve toplumsal mücadeleden uzaklaştıkları söylenebilir.

Tablo 2. Hekimlerin, çalışma biçimine ve yıllara göre aylık gelirleri (dolar olarak)

Hekim	Çalışma Biçimi	1992	1994	1996	1998
Pratisyen	Özel	2400	1558	2383	1242
	Yarı Süreli	1500	1400	1917	800
	Kamu	762	611	619	651
Uzman	Özel	2433	1600	2458	2775
	Yarı Süreli	2000	1442	2158	2033
	Kamu	1085	772	713	832

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 1992-96: 50, Sağlık Bakanlığı 2001: 38 ve TTB 2002: 26

Tablo 2'den görüldüğü gibi, geliri en yüksek hekim grubu yalnızca özel çalışanlardır. Geliri en düşük grup ise yalnızca kamuda çalışanlardır. Özel çalışan bir hekimin, kamuda çalışana göre 2-3 kat daha fazla gelir elde ettiği anlaşılmaktadır. Yarı süreli çalışma ise kamuda elde edilen bir maaş tutarında ek gelir elde etme olanağı sunmaktadır. Uzman hekimlerin gelirlerinde 1994 (bir önceki en önemli ekonomik kriz) yılı dışında önemli bir değişiklik olmamıştır. Buna karşılık özel ve yarı süreli çalışan pratisyen hekimlerin gelirlerinde yaklaşık yarı yarıya bir düşme gerçekleşmiştir. Yine de, bir pratisyen hekimin tam gün özel sektörde çalışması kendisine halen iki maaşlık bir gelir sağlamaktadır.

Konumuz açısından önemli olan nokta, hekimlerin bu gelir farkı için ikinci bir işi ve daha uzun çalışmayı kabul edebilmeleri ve bir yandan da sendikalaşma tutumundan uzak durmalarıdır. Bu durumda, yarı süreli çalışma, hekimlerin sınıfsal konumunu bulanıklaştıran, hekimleri emekçi kimliğinden uzaklaştıran etkilerin dışında, gelir

artırıcı etkisi nedeniyle de hekimleri sendikalara mesafeli kılan bir faktör olarak ele alınabilir. Hekimler halen, kendi olanaklarıyla ve belki de, önemli oranda tek başlarına, yani bir başka işte emeğini satan ilişkisi içine girmeksizin, gelirlerini yükseltme olanağı bulabilmektedirler.

Gelirle ilişkili ele alınması gereken bir diğer gelişme, döner sermaye uygulamasının yaygınlaşması ve hekimlere döner sermaye gelirlerinden pay dağıtılmasıdır. Bilindiği gibi bu uygulama önce fakülte hastanelerinden başlamış, sonra devlet ve SSK hastanelerini ve en sonra da birinci basamak sağlık kurumlarını içerecek biçimde genişletilmiştir. Özellikle ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışanların döner sermayeden elde ettikleri ek gelirin maaşın yarısı kadar bir oranı bulduğu bilinmektedir. Olasıdır ki, bu miktar, hekimler tarafından "vazgeçilmez" olarak nitelenmektedir. Eğer böyle ise, hekimlerin, sonunda bu ek geliri kaybetme riski doğuracak örgütlü eylemler içinde bulunmama ve/veya bu arayışları gerçekçi bulmama türünden eğilimler sergilemeleri de olağan olacaktır.

Benzer bir etkiyi, kamu kuruluşlarında çalışan hekimlere, çalıştıkları kurumda özel hasta bakma olanağı tanıyan yasa da yaratacaktır. Fakülte öğretim üyeleri eskiden beri bu şansa sahiptiler. Şimdi aynı gelişme diğer kamu kurumlarındaki uzmanlara da tanınmak üzeredir. Bu kanalın da ek gelir sağlayıcı etkisi olacaktır. Ayrıca bu gelişme sınıfsal bakımdan da değiştirici etki gösterecektir. Muayenehanecilik sisteminin kamu hastanesi içine çekilmesi yoluyla, muayenehanesi olmayan az sayıda uzmanın da emekçi kimliği ortadan kaldırılmış olacaktır.

V.3. Hekimlerin Mesleki Kariyer Yapma Umudu

Hekimlerin önemli denebilecek kısmı (yaklaşık 10 bin hekim, yani yalnızca kamuda çalışanların %40'ı) bugün mesleki ve ekonomik yükselme çabasına kilitlenmiş durumdadır. Asistanlık statüsünden söz ediyoruz. Bu durum, bu grubun kimi üyeleri için 4-5 yıllık bir zaman dilimini kapsayan bir geçiciliğe sahiptir. Böyle olsa bile, yaşam asistanlığın biteceği noktaya kadar "ertelenmekte" ve pek çok sıkıntı görmezden gelinerek, sorun yaratabilecek her tür tercihten uzak durulmaktadır. Bu grubun bazı üyeleri için ise eğitim görülen kurumda kalma son derece objektif bir olasılık olarak öndedir. Bu durumda örgütlü davranma gereksiniminin ertelenmesi de süreklilik kazanır. Bütün bu nedenlerle, hekim kitlesinin önemli bir bölmesini her an soğuran asistanlık kurumunun, sendikal mücadeleye bakışı olumsuz etkileyen önemli etkenlerden birisi olduğunu düşünmek gerekir.

V.4. Hekimliğin "Tanrısal" Kimliği

Hekimlik, hem hekimler, hem de halk tarafından, ilk çağlardan beri neredeyse tanrısal bir güçle donatılmış meslek olarak algılanmıştır. Hekimin, sağlık ve yaşamın bilgisine en ince düzeyde sahip olan tek meslek erbabi olmasının bunda etkisi vardır. Öte yandan,

a) Hekimlik mesleğinin tek başına icra edilebilir karakteri,

b) Uzun çağlar boyunca yüksek gelir sağlayan niteliği,
c) Toplumda en uzun süre profesyonel eğitim gerektiren meslek olması ve

d) Bütün mesleklerde proleterleşmenin yaşandığı kapitalizmde bile bu ayrıcalıklarının yitirmeyişi, proleterleşmenin gerçekleştiği dönemlerde ise en yüksek gelir sağlayan mesleklerden birisi olmaya devam etmesi ve yan gelir kanallarının hep açık kalması gibi özellikler, hekimliğe, sözü edilen bu ruhani özelliklerinin yanı sıra, bir de hiyerarşik içerikli prestijli bir konum kazandırmıştır. Hekimlik, meslek imajının neredeyse tamamen yıprandığı ve hekimlerin önemli kısmının "işin başında olsam bu mesleği kesinlikle seçmezdim" şeklindeki bütün ifadelerine karşın, Türkiye'de halen prestiji en yüksek ve öyle devam edecek gibi görünen mesleklerden birisidir.

Yukarıda özetlenen durum, aynı zamanda hekimleri, aynı ekip içinde çalışıyor olsalar da, hiyerarşide kendilerinden daha düşük düzeyde bulunan meslektaşlarıyla birlikte davranmaktan da alıkoymaktadır. Açıkçası, gelir düzeyi bakımından yakınlığı insanlarla birlikte (ya da böyle olsa bile, hiyerarşik kimliği nedeniyle) "sokağa inmek", sendikali olarak hak peşinde koşmak, "itilip kakılmak" hekim için halen "tenezzül edilmeyecek" davranış kalıplarıdır.

V.5. Kamu Emekçileri Sendikal Mücadelesindeki Başarısızlık

Belki, kamu emekçilerini ilgilendiren bir sendika yasasının çıkarılmasını sağlamış olmak, sürecin bu noktaya gelmesini belirlemiş, gerçekten kitlesel ve sayısız denecek kadar çok ve yaygın eylemler örgütlemiş olmak bile SES (Sağlık Emekçileri Sendikası)-KESK (Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu) başlı başına bir başarı noktası olarak kabul edilebilir. Ancak, konu, Türkiye'de sağlık emekçilerinin en çok önem verdikleri sorun açısından, yani ücretlerin artırılması, çalışma koşullarının ve özlük haklarının iyileştirilmesi noktalarında ele alındığında, ortada gerçek bir başarının bulunmadığı, hatta tablonun tam tersi bir sonucu gösterdiği kabul edilecektir.

Kamu emekçileri sendikal hareketinde pek çok başka sorun ve başarısızlık noktası da dile getirilebilir. Ancak konu yalnızca ücret artışı noktasına sınırlandırıldığında bile, ücretlerdeki gerçek erimenin engellenemediği ve bu sürecin önünü alacak mücadele düzeyinin tutturulamadığı ortadadır.

Bu "başarısızlık" noktası, esasen, yalnızca hekimlerin değil, bütün sağlık emekçilerinin ve genel olarak emekçilerin gözünden kaçmamakta ve sendikaya yönelik beklentisizlik ve umutsuzluk psikolojisi yaratmaktadır. Açıkçası, sendikanın bugün ekonomik ve sosyal sorunlara çözüm getirecek bir yapı olarak görülmediğini söylemek pek de abartılı bir saptama olmayacaktır. Bu saptama hekimler için daha fazlasıyla geçerlidir. Hekim, bu nedenle, kendisinden bir şey beklenenecek yapılar kategorisinde yer vermediği sendikaya değil, halen canlılığını koruyan bireysel ekonomik kurtuluş kanallarına yönelmekte ve/veya TTB'den lobicilik faaliyetleri beklenmektedir.

Hekimlerin ek iş ve gelir olanaklarının son yıllarda devlet tarafından bu denli zenginleştirilmiş (muayenehaneye ek olarak, kamu kurumunda özel hasta bakma, döner sermayeden pay alma gibi) olmasının arkasında da, belki, hekimleri kolektif davranmaktan uzaklaştırmaya yönelik bilinçli bir strateji vardır.

VI. Sonuç: Sendikal Mücadele Hekime Nasıl Temas Edebilir ?

Yukarıdaki soruya şimdiye kadar tartışılanları toparlayarak dönebiliriz:

1- Sağlık hizmeti üretimi kolektif emek sürecinin bir parçasıdır ve işlevi kolektif emeğin sağlıklı biçimde yeniden üretimidir.

2- Sağlık emekçileri ve hekimler de kolektif emek kitlesinin önemli bileşenlerindedir. Dolayısıyla sendikal mücadelenin hekimler arasında da nesnel bir zemini olduğu kabul edilmelidir.

3- Ancak, sağlık emekçileri açısından geçerli olan emekçi kimlik, hekimler söz konusu olduğunda önemli ölçüde bulanıklaşmaktadır. Bu bulanıklaşmaya neden olan etkenler şu şekilde sıralanabilir:

a) Hekimlerin değişik biçimlerde çalışabilmeleri ve böylece nesnel olarak kendi hesabına çalışan ve hatta burjuva bir sınıf kimliği edinebilmeleri.

b) Ek iş yapma olanaklarına ve/veya kendilerini değişik bir sınıf kimliği içine sokan üretim araçları karşısındaki nesnel konumlarına bağlı olarak, yaşama koşullarını oldukça rahatlatan bir gelire sahip olabilmeleri.

c) Mesleki olarak yükselme ve mesleki kalifikasyonu kullanarak sınıf atlama beklentileri.

d) Hekimliğin toplumsal hiyerarşideki ve diğer sağlık emekçileri karşısındaki yüksek pozisyonu. Kısacası kimi ekonomik etkenler hekim kitlesinde beklenen proleterleşmeyi engellemekte, geciktirmekte ya da belirsiz kılmakta iken, bu ekonomik etkenlerden kaynaklanan kimi ideolojik belirlemeler de emekçi kimliğin ortaya çıktığı durumlarda bile, bu kimliğin bir bilince dönüşmesinin önünü tıkamaktadır. Bu nesnel ve ideolojik etkenlerin etkisiyle ortaya çıkan sınıfsal, ideolojik, siyasal bulanıklaşma hekimlerin sendikaya yönelişinde belirgin bir kırılma yaratmaktadır.

4- Bugün için en fazla oranda geçim sıkıntısı çeken, en zor koşullarda yaşayan hekim grupları tam gün kamuda çalışanlar (bu grubun içinde de pratisyen hekimler) ile yarı süreli işyeri hekimliği de yapan pratisyen hekimlerdir. Bu grupların toplam sayısının 14 bin kadar olduğu anlaşılmaktadır. Sendikanın gerçek anlamda buluşma potansiyeli olan grup da kanımızca budur. Bu grubu da, işyeri hekimliği olanağının, en azından "profesyonel birikimimle kendi başıma idare edebilirim" duygusu üzerinden deforme ettiği kabul edilmelidir. Bunların karşısında ise özellikle üniversite öğretim üyeleri ile asistanlarının ve yarı süreli özel sektörde çalışan uzman hekimlerin diğer kutupta toplandıkları görülür.

O halde, hekim sendika ilişkisinde olumlu çıkarsamalarda bulunmanın hiç mi olanağı yoktur ? Kanımızca bu soruya verilecek yanıt, önümüzdeki

dönemde, hekimlerin ve hekimlik mesleğinin, Türkiye'nin içinde bulunduğu koşullardan nasıl ve ne kadar etkileneceklerine bağlıdır. Bu anlamda hekimlerin sendikaya bakışlarını değiştirecek olası gelişmeler iki başlıkta toplanabilir:

a) Nesnel iktisadi-siyasal koşulların, hekimlerin ek gelir elde etme olanaklarını iyice sınırlaması veya ortadan kaldırması.

b) Türkiye'nin iktisadi-siyasal nesnelliğinin, Türkiye işçi ve emekçi sınıflarında, hekimleri de (gelir gibi ekonomik etkenlerin etkisini önemsizleştirerek) içine çekecek topyekun bir hareketlenmeye neden olması.

Böyle değerlendirildiğinde, yukarıda sorulan soruya, (özellikle "a" maddesi dikkate alındığında) en azından kısa dönem için olumlu yanıt vermek olanaklı görünmemektedir. Kısa vadeli gelecekte hekimlerin, sendikayı bir hak arama kanalı olarak gündemlerine almalarının nesnel bir nedeni yoktur. Hekimler, her şeyden önce, kendi küçük yaşamlarını idame ettirecek yan yollar yaratmayı veya var olan yan yolları genişletmeyi deneyeceklerdir. Öte yandan, devletin yan yollar konusundaki yeni uygulamalarının hekimleri rahatlatacak etki göstermesi de beklenmelidir. Orta vadede ise Türkiye kapitalizminin bugünkü krizli yapısının sürmesine bağlı olarak (bu oldukça yüksek bir olasılıktır), hekimlerin, proleterleşme sürecinden en fazla oranda etkilenen meslek grubu olacağını tahmin etmek üç nedenle zor değildir:

1- Halkın alım gücünün azalmasına bağlı olarak ilk gözden çıkarılan talep kalemi her zaman sağlık hizmeti olmaktadır. Bu gelişme özellikle muayenehanecilik sistemini derinden etkileme potansiyeline sahiptir.

2- Türkiye'de şu anda bile özel sektördeki sermayede bir merkezleşme gözlenmektedir. Merkezleşme daha çok polikliniklerin yaygınlaşması biçimindedir. Bu gelişme bir önceki maddede sözü edilen "pazarın" kırılma yapısı ile birleştiğinde, muayenehanecilikten, hekimlerin ücretli konumuna düştükleri poliklinik sistemine doğru bir geçişin olacağı beklenebilir.

3- Sağlık Bakanlığı'nın da, muayenehaneleri kamu hastanelerinin içine çekme girişiminin, yine halkın alım gücünün nesnel darlığı nedeniyle bir sınırı olacaktır. İşte o zaman ve sözü edilen sürecin yaşanma derecesi ile ilişkili olarak, sendika gerçek bir seçenek olarak hekimlerin gündemine girebilecektir.

Öte yandan, bütün bunlar, Sağlık Emekçileri Sendikası'nın hekimleri örgütlemeye yönelik özel politika ve stratejiler geliştiremeyeceği ya da geliştirmemesi gerektiği anlamına mı gelir? Tabii ki hayır. Sendikanın hekimleri örgütlemeye yönelik özel amacı olmalı, ancak Sendika hekimlerin ekonomik koşullardaki bozulma nedeniyle kendisine yönelecekleri konusunda, en azından kısa dönemde, pek umutkar olmamalı ve yalnızca ekonomik dolayımın üzerinden hekimlerin sendikaya bağlanacakları konusundaki beklentilerini revize etmelidir.

Bu nedenle, Sendikanın hekimleri örgütlemeye yönelik stratejisi daha genel ve siyasal bir düzleme oturmak zorundadır. Sözü edilen "genel ve siyasal düzlem" ülkenin

tamamen yabancı ülke ve tekellerin politikalarıyla satılmakta olduğu günümüzde, dünya ve ülkemizi ilgilendiren konularla sağlık ortamı arasındaki karşılıklı ilişkinin, emekten yana ve sol bir bakışla siyasallaştırılarak hekimlerin gündemine sokulması faaliyetidir. Bu çaba özünde ideolojik bir nitelik taşıyacak ve temel olarak iki ana tema (ekonomik içerik unutulmaksızın) üzerinden ilerleyecektir:

1- Ülkemizin içinde bulunduğu olumsuz durumun, esas olarak işçi ve emekçi sınıfların yaşadığı bir sorun olarak ele alınması, kısacası sınıfsal soruna sınıfsal bakış kazandırılması.

2- Sendikanın olumsuz sürecin karşısında durabilecek (en azından bu niyeti olan) az sayıdaki kitlesel örgütten birisi olduğunun işlenmesi, kısacası sendikanın gücüne vurgu yapılması. Böyle bir çalışmanın hekimleri sendikaya yöneltmek açısından, yalnızca ekonomik içerikli tercihlerden daha etkili olacağı söylenebilir.

Üstelik bu tarz, Türkiyeli hekimlerin tıp eğitimi sürecinde iyi kötü edindikleri bilimsel düşünme yeteneklerine, halen önemli oranda varlığını koruyan demokrat ve sosyalizan siyasal duruşlarına ve diğer sağlık meslek gruplarına göre daha yüksek entelektüel kapasitelerine de daha uygun düşecektir. Ancak bütün bunlar için, öncelikle, Sendikanın, durumu ve kendi yapacaklarını net olarak kavraması ve sendikal kadrolardaki, Sendika yönetimini siyasal grupların kontenjanlığı olarak kavrayan sendikacılık ve siyaset kültürü anlayışlarının terk edilerek, Sendikanın sol siyasal kültür üretim merkezi haline getirilmesi gerekir. Bizim görüşümüz, Sendikanın, ancak sağlık alanından kalkıp, ülke geneline ulaşan bir siyasallaşmayla, kamu bağlantısı üzerinden halen emekçi kimliklerini koruyan hekimleri de (bu arada yarı süreli çalışanları da) içerecek kitlesel bir etki alanı yaratabileceğidir.

KAYNAKLAR

- Callinicos, A.** (1994) Yeni Orta Sınıf ve Sosyalist Siyaset, (Değişen İşçi Sınıfı, Ed. Callinicos A, Harman C, Çev: Akinhay O, Z Yayınları, İstanbul içinde): 21-62.
- Carchedi, G.** (1975) Reproduction of Social Classes at the Level of Production Relations, Economy and Society, 4: 361-417.
- Carchedi, G.** (1975a) On the Economic Identification of the New Middle Class, Economy and Society, 4: 1-86.
- Marks, K.** (1978), Kapital Cilt 1, Sol Yayınları, Çev: Bilgi A., 2. Baskı, Ankara.
- Marks, K., Engels, F.** (1976), Alman İdeolojisi, Sol Yayınları, Çev: Belli, S., 1. Baskı, Ankara.
- Marks, K., Engels, F.** (1991), Komünist Manifesto, Sol Yayınları, Çev: Erdost M, 2. Baskı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2001) Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, Ankara.
- Türk Tabipleri Birliği** (2002) Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, Ankara.
- Wright, E.O.** (1978) Capital, Crisis and the State, NLB, London.