

DOSYA/DERLEME

SAĞLIK HAKKI TALEPLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ MÜCADELESİ EKSENİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Özet*Nilgün TUNÇCAN ONGAN**

Sağlık politikalarına ilişkin düzenlemeler başlıca sosyal politika önlemleri arasında yer almakta ve sağlık hakkına ilişkin talepler de sosyal haklar kapsamında yükselmektedir. Ancak sosyal haklar, eşitsizliğin yapısal kaynağı olan üretim alanı ve ilişkilerini kavradığı ölçüde gerçek eşitlik mekanizmalarına dönüşebilecektir. Bu bağlamda emek hareketi ve sendikal haklar toplumsal eşitlik mücadelesinin temel dinamiklerini oluşturmaktadır. Sağlık alanında örgütlenen iş mücadeleleri ise sağlık çalışanlarının iş ve yaşam koşullarını geliştirmek yanında sağlık hizmetlerinden beklenen sosyal faydanın gerçekleşmesi bakımından da büyük önem taşımaktadır. Çünkü çalışma hakkını tahrif ederek sağlıktaki istihdamı bölen, güvencesizleştiren ve güvensiz hale getiren esneklik uygulamaları ile sağlık hizmetlerini ticarileştiren ve hak olmaktan çıkartan uygulamalar aynı politikanın farklı mekanizmalarıdır.

Anahtar sözcükler: Grev, sağlık hakkı, sosyal haklar, eşitsizlikler, esnek üretim

The Evaluation Of Right To Health Requests On The Labor Struggle-Fight Axis Of Health Care Staff

Abstract

Regulations related to health policies take place within major social policy measures, and the demands related to right to health are also considered within the context of social rights. However, social rights may become real equality mechanisms only if they realize production area and relations as the structural source of inequality. In this regard, labor movement and union rights constitute the main dynamics of the struggle for social equality. On the other hand, labor movement of health workers is very important not only for improving their working and living conditions but also for realizing the social benefit expected from the health services. Because, flexibility regulations those segment health employment and lead to unsecured working conditions constitute another dimension of the same policy that leads to commodification of health care.

Key words: Strike, right to health, social rights, inequalities, flexible production

*Yrd. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Giriş

Sağlık hakkı, doğuştan gelen bir hak olup yaşam hakkının temel bileşenleri arasında yer almaktadır. Bu bağlamda sağlık hakkı, temel hakların özünü oluşturmakta ve bu hakkın güvence altına alınması, diğer tüm hakların kullanımı ve geliştirilebilmesi bakımından ön şart niteliği taşımaktadır. Öte yandan işgücünün sağlıklı olması hali yeniden üretimin de başlıca koşulları arasında yer aldığından, sağlık hakkının önemi liberal demokrasilerde sıkça vurgulanmakta ve bu hak bir dizi hukuksal düzenlemeye konu olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) açısından sağlık hakkı; "mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı" olarak tanımlanmaktadır. Mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı ise, uluslararası insan hakları hukukuna göre, bu hakkın kullanılabilmesi için normlar, yasalar ve uygun ortam yaratılmasına yönelik sosyal düzenleme taleplerini içermektedir (DSÖ, 2007). Dolayısıyla sağlık hakkının gerçekleşmesi için de, diğer sosyal haklar da olduğu gibi, devletin pozitif edimde bulunması yükümlülüğü söz konusudur.

Buradan hareketle, sağlık politikalarına ilişkin düzenlemeler başlıca sosyal politika önlemleri arasında yer almakta ve sağlık hakkına ilişkin talepler de sosyal haklar kapsamında yükselmektedir. Ancak eşitsizlik olgusu, üretim alanı dışında kavrandığı ve bireysel düzeyde tanımlandığı ölçüde sosyal haklar biçimsel eşitlik mekanizmalarına dönüşmekte ve yeniden üretimin temel bileşenlerinden biri haline gelmektedir. Bu bağlamda, birikimin her farklı evresinde sosyal hakların kapsamı ve niteliği de yeniden belirlenmektedir. "Kamu politikalarında reform" adıyla bilinen bu süreçler, esas olarak kapitalist birikimin ilgili evreye özgü ihtiyaçlarını yansıtmakta ve toplumsal yapıyı buna uyarlama hedefi taşımaktadır.

Nitekim "sağlık sektöründe reform" adıyla gündeme getirilen süreçler de, uluslararası kurum ve kuruluşların sermaye birikimini artırmaya yönelik finans ve sunum önerilerini egemen kılma çabalarını

ifade etmekte ancak bunun "toplumsal ihtiyaçlar doğrultusunda gündeme geldiği" izlenimi yaratılmaya çalışılmaktadır. Piyasa mekanizması sağlık alanında hâkim hale geldiği ölçüde bir yandan sağlık hizmetlerine erişim kişisel kaynaklarla sınırlanmakta, diğer yanda ise sağlık çalışanları açısından güvenli ve güvenceli istihdam olanakları giderek daralmaktadır (TTB, 2011).

Bu çalışmanın amacı; sağlıktaki piyasalaşma sürecinin sağlık hakkından faydalanma bakımından ortaya koyduğu sakıncaları, aynı sürecin sağlık çalışanlarının çalışma hakkını tehdit eden etkileri çerçevesinde incelemek ve aradaki bağlantıya dikkat çekmektir. Sosyal hakların metalaşmayı sınırlandırma işlevinin, hakların sınıfsal niteliğini geliştirmek yoluyla gerçekleşebileceği düşüncesinden hareketle, sağlık çalışanlarının iş mücadeleleri ile tüm toplumun sağlıktan faydalanma hakkı arasında bir çıkar birliği olduğu görüşü savunulmaktadır.

1. Kapitalizmin Yeniden Üretimi ve Sosyal Haklar

Sosyal hakların başlıca işlevi, tüm toplumsal kesimlerin yaratılan toplam refahtan pay almasını sağlamak yoluyla piyasa ekonomisinin yol açtığı gelir dağılımı sorununu hafifletmektir. Buradan hareketle de, bu hakların niteliği tartışılmakta ve bazı yazarlar sosyal haklarla kapitalizm arasında bir gerginlik olduğu yaklaşımını savunurken, bazıları ise sosyal hakların kapitalist ilişkileri yeniden üretme işlevine dikkat çekmektedir.

Kapitalizmin yeniden üretimi, sermaye birikiminin sürmesi kadar sistemin toplumsal düzeydeki meşruluğuna da dayanmaktadır. Bununla beraber emek gücünün yeniden üretimi sermaye birikiminin temel bileşenleri arasında yer alır. Piyasanın sağlayamadığı durumlarda devlet; emek gücünün yeniden üretimi için gereken mal ve hizmetleri üretmekte, çalışma koşullarını düzenlemekte ve gerekli nitelikte insan gücü yetiştirmektedir. Böylece bir yandan emeğin disipline edilmesi ve yeniden üretim koşulları güvence altına alınmakta, bir yandan da tüm kesimleri sisteme entegre ederek toplumsal barış ortamını muhafaza

etmek amaçlanmaktadır. Bu yanıyla sosyal haklar, "kapitalist üretim ilişkilerine dokunmadan emek gücünce verilen ödümler" olarak değerlendirilmektedir (Arın, 1980). Bu çelişkiyi aşmak ve sosyal hakların potansiyelini biçimsel eşitliğin ötesine taşıyabilmek ise konuyu, eşitsizliğin yapısal kaynağı olan üretim alanı ve sınıf ilişkileri bağlamında değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Sosyal hakların "görünür" olduğu yer bölüşüm alanıdır. Ancak sadece görünürlük üzerinden yapılan çözümler sınıf ilişkilerini kavramaktan uzak olduğundan, sosyal hakların sınıfsal niteliği de görünmez hale gelmektedir. Bu durumda, bu haklar, birey ile devlet arasındaki hukuksal ilişkiler biçiminde tanımlanır. Oysa muhatapları sınıflardır (Tuna, 2009).

Bununla beraber devletin sosyal işlevindeki dönüşüm de, başta sosyal güvenlik olmak üzere birçok sosyal hak kategorisinin kolektif içeriğini aşındırmaktadır. Hak temelli koruma ve kolektif dayanışma yerini gönüllülük esasına bırakırken bireysel sorumluluk ön plana çıkartılmakta, enformel dayanışma ağları yaygınlaşmakta ve yardımseverlik/hayırseverlik sosyal güvenliğin başlıca unsuru haline dönüştürülmektedir. Sosyal koruma bakımından "serbest piyasanın dokunulmazlığı" ön kabulüne dayanan bu mekanizmalar, eşitsizliğin özüne müdahale etmek bir yana, görünürlük üzerinden geliştirilen kamusal müdahale ve önlemlerin de terk edildiği bir sürece işaret etmektedir.

Oysa hak olgusu, toplum adına serbest piyasaya müdahale edilebildiği ölçüde sosyal bir içerik kazanmakta, bu içeriğini yitirmesi ise kolektif kimliklerin ancak egemen sınıfların inisiyatifi ile geliştirilebileceği anlamı taşımaktadır (Özdemir, 2006). Bu çerçevede içinde bulunduğumuz neo-liberal evrede, vatandaşlık olgusunun da toplumsal içeriği zedelenmekte ve vatandaşlıkla toplumsal eşitlik arasındaki bağ göz ardı edilmektedir (Özkazanç, 2009).

Sosyal politika literatüründe refah önlemlerinin "metalaşmayı sınırlandırma işlevi" vurgulanır. Buna

göre; toplumsal nitelikli hizmetlerden faydalanma hali, bu hizmetler piyasa mekanizması dışında kaldığı ölçüde "sosyal hak" biçimini alabilecektir. Buradan hareketle, bazı yaklaşımlar, emek piyasası ekseni koruma önlemlerini "haktan faydalanmayı piyasaya bağımlı kılmak" olarak değerlendirmekte ve eleştirmektedir.

Ancak eşitsizlik, esas olarak sınıflar arasındaki farkları ifade etmektedir. Eşitlemeye yönelik önlemlerin biçimsel düzeyde kalmaması ise emeğin metalaşmasına müdahale edildiği ölçüde gerçekleşecektir. Nitekim Mütevellioğlu, sosyal hakları "ücretli emeğin meta niteliğini sınırlandıran haklar" olarak kavramlaştırmakta ve bu hakların bağımlı çalışanlar bakımından "bölüşüm alanındaki görelî iyileştirmelerden ibaret" sayılmayacağına dikkat çekmektedir (Mütevellioğlu, 2010). Bu çerçevede emeğin metalaşma düzeyinin sınırlandırılmasını "ücretlilerin hareket alanlarını yalnızca iktisadi olarak değil siyasal- toplumsal alanda da genişletmek" olarak tanımlamaktadır.

Bu bağlamda emek hareketi ve sendikal haklar toplumsal eşitlik mücadelesinin temel dinamiklerini oluşturmaktadır. Sağlık alanında örgütlenen iş mücadeleleri ise sağlık çalışanlarının iş ve yaşam koşullarını geliştirmek yanında sağlık hizmetlerinden beklenen sosyal faydanın gerçekleşmesi bakımından da büyük önem taşımaktadır.

2. Sağlık Alanındaki Dönüşümün Toplumsal Boyutu: "Hizmet Sunan Anlayıştan Hizmet Satan Anlayışa Doğru"

Günümüzde sağlık hizmetleri, emek- gücünü yeniden üretme işlevi yanında doğrudan bir kar alanı olarak da sermaye açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede sağlık, bir "kamusal hizmet" alanı olma özelliğini yitirmekte ve sermaye rasyonalitesi doğrultusunda faaliyet gösteren bir sektör haline dönüşmektedir. Sağlık hizmetinden faydalananların "tüketici" olarak değerlendirildiği bu süreçte, sağlık pazarı kendi tüketim kültürünü de geliştirmektedir. Yaş ve genetik özelliklere bağlı doğal süreçler "sağlık sorunu" haline

dönüştürülürken, pek çok ürün "ilaç" adı altında pazarlanmakta ve piyasaya sürülmektedir (Gür, 2010).

Dolayısıyla neo- liberal politikalar, genel olarak sosyal güvenlik alanını daraltan tüm etkileri yanında sağlık kuruluşlarını sağlık işletmesine dönüştüren doğrudan etkileri yoluyla da hizmete erişimi engellemektedir. Katılım payı, reçete bedeli, ilave ücret gibi pek çok bedel; sağlık hizmetlerinden faydalanmayı giderek daha ayrıcalıklı bir statü haline dönüştürmekte ve bu alandaki eşitsizlikleri derinleştirmektedir.

Öte yandan siyasi iktidarın "sağlık harcamalarındaki artış" tezine dayandığı "sosyal adaletçi" söyleyi de gerçeği yansıtmamaktadır. Sağlık harcamalarının iddia edildiği ölçüde artmaması bir yana harcamalardaki her artış da, toplumsal faydayı artırmaya yönelik bir kamusal destek niteliği taşımamaktadır. Sağlık harcamalarının çok önemli bir bölümü cari harcamalar olup, bu harcamalar, kişilerin sağlık için yaptığı harcamalardan ve sağlık sigortası için ödenen primlerden oluşur. Dolayısıyla kişiler sağlık için giderek daha fazla harcama yapmak zorunda bırakılmıştır (TTB, 2011).

Buna karşılık, yatırım harcamaları bakımından ise özel sektörün sağlık alanındaki varlığı hızla artmaktadır. Kalkınma Bakanlığı'nın gerçekleşme tahminleri; 2011 yılında özel sektörün bu alandaki yatırımları %19,6 düzeyinde artarken, kamu yatırımlarının % 6,9 düzeyinde azaldığı yolundadır (T.C Kalkınma Bakanlığı, 2011). Bir diğer ifadeyle sağlık alanı hızla kapitalistleşmekte ve bunun için mal ve hizmet alımı üzerinden aktarılan kaynaklarla, her yıl daha fazla kamu kaynağı seferber edilmektedir (Sönmez, 2011).

Sağlık alanının özelleştirilmesi sürecinde de, diğer özelleştirme pratiklerine benzer yöntemler kullanılmıştır. Gerek finansman gerekse yanlış yönetim politikalarıyla kamu kaynakları oldukça verimsiz kullanılmış, kamusal sağlık hizmeti veren kuruluşlar sorunlu hale getirilmiş ve "nitelsiz" ilan

edilerek özelleştirmelerin alt yapısı hazırlanmıştır. Bu bağlamda öncelikle güdümlü kaynak kısıntısı yoluyla kamusal sağlık kurumları hizmet için gerekli personeli istihdam edemez hale getirilmiş ve hizmet alanlarda memnuniyetsizlik yaratılmıştır. Devlet hizmet sunumundan çekilerek hizmet alımı yoluyla özel sektöre hasta garantisi sağlarken, teşvikler de yaygınlaşmıştır. Ayrıca birinci basamak sağlık kurumları ile hastaneler arasındaki koordinasyon aksatılarak koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi politikaları teşvik edilmiştir (TTB, 2005).

Bu dönüşüme paralel olarak, sağlık alanındaki örgütlenme de yeniden yapılanmaktadır. Ademi-merkeziyetçilik ekseninde belirlenen bu yeni yapılanma doğrultusunda toplum sağlığı bakımından çok önemli olan kimi yapılar tasfiye olurken, birey ve toplum sağlığı farklı kategoriler halini almış ve halk sağlığına ilişkin hizmet süreçleri ayrıştırılmıştır. Aile hekimliği sistemini teşvik etmek doğrultusunda uygulanan ücret ve çalışma politikaları, toplum sağlığı merkezlerinde görev yapmayı hekimler ve sağlık çalışanları bakımından tercih edilmez kılmakta ve bu merkezler önemsizleştirmektedir. Bu çerçevede toplumsal bir olgu olan sağlık, birey odaklı tıbbi hizmetlere dönüşmektedir (Elbek, 2009; TTB, 2011).

Sürdürülmekte olan bu politikalar, "sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması" ve "hizmet kalitesinin artırılması" argümanına dayandırılmaktadır. "İnsan merkezlilik", "sürdürülebilirlik" ve "sürekli kalite" dönüşümün başlıca hedefleri arasında sıralanmaktadır (Sallanan, 2010). Ancak "kamu-verimsizlik", "piyasa-kalite" ideolojik eşleşmesine dayandırılan bu politikalar, özellikle sağlık çalışanlarının iş yükü, ücret ve istihdam koşulları üzerindeki etkileri dolayısıyla, nitelikli hizmet üretmenin önündeki en büyük engeli oluşturmakta ve gerek hizmet alan gerekse üretenler açısından sistemi sürdürülemez kılmaktadır.

3. Dönüşümün Sağlık İstihdamına Yansımaları

Sağlık kurumları "işletme" halini aldığı ölçüde hekimler ve diğer sağlık çalışanları "işgücü maliyeti" olarak değerlendirilmekte ve "meta üretiminin geçerli olduğu her alandaki gibi sağlıkta da işgücüne

en azı ödeyip en çok çıktığı alma" yaklaşımı egemen hale gelmektedir (Sönmez, 2011). Bu bağlamda sağlık sistemi özel sektöre özgü esnek ücret ve istihdam modelleri çerçevesinde yeniden yapılandırılırken, sözleşmeli personel uygulaması ve taşeronlaşma kamuda başlıca istihdam türleri haline gelmiştir.

Sağlıkta sözleşmeli personel istihdamını düzenleyen 4924 Sayılı Yasada, bu uygulamanın amaç ve kapsamı eleman temininde güçlük çeken yerlerle sınırlandırılrsa da, uygulama yaygınlaşmış ve süresi 1 yıla sınırlandırılmış sözleşmeler kadrolu istihdamın yerini alarak, güvencesiz çalışma baskın istihdam türü haline getirilmiştir. Söz konusu yasada; disiplinsizlik, norm kadro sayısında değişiklik, ilgili birimlerin kapatılması veya bu birimlerde ya da bazı unvanlarda sözleşmeli personel istihdamından vazgeçilmesi gibi hallerde Bakanlığın, gerekçe göstermek koşuluyla, sözleşmeleri feshedebileceği hükme bağlanmıştır. Buna karşılık sürekli sözleşmeli personel olabilmek için ise sözleşmeli statüde 10 yıl kesintisiz olarak çalışmış olmanın yanında belli disiplin cezalarını almamış olmak ve olumlu sicil kaydı gibi koşullar gerekmektedir.

Ayrıca sözleşmeli çalışanlar da kendi içinde bölünmüş ve farklı sözleşme statüleri oluşturulmuştur. Buna göre 4924 Sayılı Kanun'a bağlı olarak çalıştırılan sözleşmeli personel yanında, 657 Sayılı Devlet memurları Kanunu'nun 4/ B maddesine göre ve 663 Sayılı KHK'ye göre çalıştırılan sözleşmeli personel bulunmakta, aile hekimliği ile birlikte sağlıkta sözleşmeli çalışma dört farklı biçimde düzenlenmektedir (Özkal, 2012).

Benzer şekilde, sağlık hizmetlerindeki yan unsurlardan başlayan taşeronlaşma da hızla

yaygınlaşmış ve tedavi hizmetlerini de kapsar hale gelmiştir. Bununla beraber kamu- özel ortaklığı ve Kamu Hastaneleri birliği gibi örgütlenme modelleri yaygınlaştığı ölçüde taşeron istihdamı da yaygınlık kazanacaktır (Özkal, 2012).

DİSK- AR (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, üniversite hastaneleri ile birlikte kamu sağlık kurumlarında 150 bine yakın taşerona bağlı çalışan olduğu belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hemşireler dahil birçok sağlık emekçisi taşeron yoluyla çalıştırılmakta ve 2003 yılından bugüne yürütülen politikalarla, sağlık hizmetleri alanındaki toplam istihdamın çok önemli bir bölümü hizmet alımı yoluyla temin edilen çalışanlardan meydana gelmektedir (Taşkiran, 2011).

Aşağıdaki tablo Sağlık Bakanlığı'na 2002 yılından sonra hizmet alımı yoluyla temin edilen çalışan sayısındaki yaklaşık 11 katlık çarpıcı artışı göstermektedir.

Esnek istihdam modellerinin yaygınlaşması sağlık alanındaki emek gücünü ayrıştırmakta ve yarattığı farklı istihdam statüleriyle emek gücü içindeki tabakalaşmayı derinleştirmektedir. Aynı işi yapan çalışanlar arasında farklı ücret, iş yükü ve çalışma koşulları oluşturan bu uygulamalar sınıf içi çelişki alanları yaratmakta, sınıfsal çelişkinin yönünü gizlemekte, örgütlenme ve sendikal mücadeleyi de olumsuz etkilemektedir (Özkan, 2011).

4. Toplumun "Sağlık Hakkı" Talebini Sağlık Emekçilerinin "Çalışma Hakkı" Bağlamında Kavramak

Sağlıklı olma hali kişinin içinde yaşadığı toplumsal koşullar çerçevesinde belirlendiğinden, sağlıktaki

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı Personel Sayısındaki Değişim

Personel sayısı	1994	2002	2011
Kadrolu	228,000	245,000	358,000
Hizmet alımı	7000	11,000	120,000
Toplam	235,000	256,000	478,000

Kaynak: Özkal, 2012

eşitsizlik de; toplumsal nedenlerden kaynaklanmakta ve toplumsal bağlamda belirlenmiş mücadele süreçleri gerektirmektedir (Belek, 2004). Dolayısıyla sağlık hakkının ne ölçüde gerçekleştiği; üretim, bölüşüm ve toplumsal örgütlülük düzeyinden doğrudan etkilenmekte ve bu çerçevede belirlenmektedir.

Sağlık çalışanlarının iş mücadelesindeki her kazanım, onların emeğinin metalaşma düzeyini sınırlandırdığı ölçüde sağlık hakkının metalaşmasını da engelleyecek ve sağlık hakkı taleplerini geliştirecektir. Çünkü çalışma hakkını tahrip ederek sağlıktaki istihdamı bölen, güvencesizleştiren ve güvensiz hale getiren esneklik uygulamaları ile sağlık hizmetlerini ticarileştiren ve hak olmaktan çıkartan uygulamalar aynı politikanın farklı mekanizmalarıdır. Sağlık alanında örgütlenme ve grev hakkı önünde yasal, kurumsal ve fiili engeller oluşturan neoliberal politikalar, aynı zamanda sağlık hizmetlerine ulaşımı da kısıtlamakta, hizmetin niteliğini bozmakta ve hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır.

Örneğin taşeron işçileri, iş güvenliğinin bulunmadığı en ucuz ve güvencesiz koşullarda çalıştırılmakta ve bu istihdam modeli işin teknik ve tıbbi gereksinimlerine uygun olmadığından aynı zamanda hasta güvenliğini de tehdit etmektedir. Taşeron temizlik firmaları, uygun miktarda ve tıbbi ünitelerin gerektirdiği nitelikte temizlik malzemesi kullanmaktan kaçındığı ölçüde hastane enfeksiyonları yaygınlaşmakta ve buna bağlı ölümler artmaktadır. Öte yandan Taşkiran tarafından yapılan bir çalışma; kan almak, biyopsi yapmak, katater ve idrar sondası takmak gibi birçok tıbbi işlemin de taşeron işçilere yüklendiğini göstermekte ve bunun hasta güvenliği açısından taşıdığı riske dikkat çekmektedir (Taşkiran, 2011).

Benzer şekilde, çalışanları birbirine rakip hale getiren ve ücret eşitsizliğine yol açan performans dayalı ücret uygulaması aynı zamanda tıbbi hataları da kaçınılmaz kılmaktadır. Sağlık çalışanlarını daha hızlı hasta bakma çabasına sevk eden bu uygulamayla her bir hastaya ayrılan zaman azalmakta, teşhis ve tedavisi zor hastalar daha fazla mağdur olmaktadır (TTB, 2011).

Sağlık kurumları, sermaye birikimi hedefleyen işletmeler haline dönüştükçe, neo-liberal politikaların çalışma yaşamını tahrip eden tüm mekanizmaları sağlık çalışanlarını da etkilemekte ve sağlık hizmetlerinin özel niteliği dolayısıyla da bunun toplumsal hayata olan olumsuz yansıması çok daha dramatik boyutlarda gerçekleşmektedir. Yürütülen güdümlü politikalar, iş güvenliği ve hasta güvenliği için gereken koşulları eşanlı olarak ortadan kaldırırken, gerçekte çıkar birliği içinde olan toplumsal kesimleri birbirine hedef göstermekte ve bu yanı sıra bölücü bir nitelikte de taşımaktadır.

Günümüzde sağlık politikaları, biçimsel eşitlik mekanizmalarını bile ciddi biçimde aşındırmaktadır. Bununla beraber, "bu alanda yaşanan sorunların nihai çözümü de ancak üretimin olduğu kadar üretim araçlarının ve ortaya çıkan ürünün tümünün toplumsallaşması ile olabilecektir" (TTB, 2007). Bu bağlamda sağlık eşitliği talebinin emek eksenli örgüt, hareket ve mücadelelere dayandırılması, sağlık hizmetlerinin tüm muhatapları açısından sağlayacağı günlük refah kazanımları yanında kapitalist sistemin işleyiş dinamiklerine müdahale edebilme ve biçimsel eşitlik mekanizmalarını gerçek eşitliğe dönüştürebilme potansiyeli bakımından da büyük önem taşımaktadır.

Sonuç

Günümüzde sağlık hizmetleri, emek- gücünü yeniden üretme işlevi yanında doğrudan bir kar alanı olarak da sermaye açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık, bir "kamusal hizmet" alanı olma özelliğini yitirmekte ve sermaye rasyonalitesi doğrultusunda faaliyet gösteren bir sektör haline dönüşmektedir. Hastalar "müşteri", sağlık çalışanları ise "işgücü maliyeti" olarak değerlendirilmekte ve sistem özel sektöre özgü esnek ücret ve istihdam modelleri çerçevesinde yeniden yapılandırılmaktadır.

Sürdürülmekte olan bu politikalar, "sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması" ve "hizmet kalitesinin artırılması" argümanına dayandırılmaktadır. Ancak kamu- verimsizlik, piyasa-kalite ideolojik eşleşmesine dayandırılan bu politikalar bir yandan sağlık

olanaklarına erişimi kısıtlarken diğer yandan, sağlık çalışanlarının iş yükü, ücret ve istihdam koşulları üzerindeki etkileri dolayısıyla, nitelikli hizmet üretmenin önündeki en büyük engeli oluşturmakta ve toplumun nitelikli sağlık hizmeti alma hakkını aşındırmaktadır.

Aynı işi yapanlar arasında oluşan farklı ücret ve çalışma koşulları sınıf içi çelişki alanları yaratmakta, örgütlenme ve sendikal mücadeleyi olumsuz etkilemektedir. Oysa sağlık çalışanlarının iş mücadelesindeki her kazanım, toplumun sağlık hakkı taleplerinin gerçekleşmesi bakımından da büyük önem taşımaktadır. Çünkü çalışma hakkını tahrif ederek sağlıktaki istihdamı bölen, güvencesizleştiren ve güvensiz hale getiren esneklik uygulamaları ile sağlık hizmetlerini ticarileştiren ve hak olmaktan çıkartan uygulamalar aynı politikanın farklı mekanizmalarıdır. Dolayısıyla sağlık alanındaki iş mücadeleleri bütünsel bir nitelik taşımakta; sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını geliştirmek yanında, toplumun sağlık hakkını geliştirmeyi ve sağlık hizmetlerinin sağlayacağı toplumsal faydayı artırmayı da amaçlamaktadır.

KAYNAKLAR

Arın, T. (1980). Türkiye'de Kapitalizmin Bunalımı ve Son Önlemler, Birikim Dergisi, s: 60, (çevrimiçi), 13. 04. 2012, <http://www.birikimdergisi.com/birikim/dergiyazi.aspx?did=2&dsid=316&dyid=4730&dergiyazi>.

Belek, İ. (2004). Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. **D S Ö** (2007): Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine, çev. Nazmi Zengin, Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi Derneği Yayınları.

Elbek, O. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, C: 12, S:1, s. 33- 43.

Gür, G. (2010). Dezenformasyona Uğratılan Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık, (çevrimiçi), 04. 04. 2012, <http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/gur.pdf>

Koçoğlu, Deniz, Belgin A. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, DEUHYO, 2(4), 145- 154.

Mütevelliöğlu, N. (2010). Çalışma Hakkı Ekseninde Sosyal Hakların Toplumsal İşlevleri, İktisat Dergisi, S: 513, s. 39- 45.

Özdemir, A.M. (2006). Üretimin Söylemlerindeki Dönüşüm, Kolektif Hak Kavramı ve Emeğin Hukuku, Çalışma ve Toplum Dergisi, S: 9 (2006/ 2), s. 49- 60.

Sayan, Ö. Sayan, İpek, Aziz Küçük (2012): Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, C: 67. N:1, s. 171- 203.

Özkan, Ö. (2011). Neo- Liberal Politikaların Sağlık Çalışanlarına Etkisi, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XV. Konferansı (29 Eylül- 2 Ekim 2011), (çevrimiçi), 11. 02. 2012, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf>

Özkazanç, A. (2009). Toplumsal Vatandaşlık ve Neo- Liberalizm Sorunu, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, C: 64/ 1, s. 248- 274.

Sallanan G., Dericioğulları A.E. (2010). Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar, (çevrimiçi), 1. 04. 2012, <http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/gul.pdf>

Sönmez, M. (2011). Sağlık Hakkı ve Ticarileşme, 3. Kent ve Sağlık Sempozyumu: Eşitsizlikler Kaçınılmaz mıdır?, Sempozyum Kitabı, Özsan Matbaacılık, s. 26- 29.

T.C Kalkınma Bakanlığı (2011). Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2012, (çevrimiçi), 17. 04. 2012, <http://www2.dpt.gov.tr/kamuyat/GEHY-2012.pdf>

Taşkıran, G. (2011). Taşeron İşçilerde Örgütlenme Sorunları: Sağlık İşçileri Üzerine Bir Araştırma, (çevrimiçi), 17. 04. 2012, <http://www.sosyalhaklar.net/2011/bildiri/taskiran.pdf>

TTB (2005). Genel Sağlık Sigortası, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

TTB (2007). Kentsel Bölgelerde Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

TTB (2011). 2001 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Tuna, G. (2009). Sosyal Hakların Analizi, (çevrimiçi), 1. 04. 2012, <http://www.sosyalhaklar.net/2009/bildiri/tuna.pdf>