

DERLEME**TAM SÜRE ÇALIŞMA DÜZENİNİN
KAMUSAL ÖNEMİ***Kayıhan PALA**

Tam süre çalışma, başka bir sektörde ya da iş dalında çalışmaksızın, kişinin bütün zamanını (mesaisini) yapmakta olduğu işe ayırması anlamına gelmektedir. Ülkemizde sağlık personelinin tam süre çalışması, mesleği ile ilgili yan gelir sağlamadan, devletten aldığı aylık karşılığında ve yasaların belirlediği çalışma saatleri içinde (hekimler için tüm gün) kamu sektöründe çalışmaları anlamında kullanılmaktadır (Öztek, 1998).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde tam süre çalışma uygulamaları ile ilgili deneyimler üç dönem olarak incelenebilir. İlki Dr.Refik Saydam'ın koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan personelin tam süre çalışmasını düzenleyen uygulamadır. İkincisi 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili yasanın getirdiği uygulamadır. Üçüncü uygulama ise 1978 yılında yasalaşan 2162 sayılı yasanın uygulandığı dönemdir. Her üç uygulamanın da ortak özelliği yalnızca kamuda çalışmadır, ama daha fazla süreli ve daha çok ücret alarak (Hamzaoğlu, 1998).

Bu yazıda, temel olarak tam süre çalışmanın kamusal önemi irdelenecektir. Bu amaçla, ilk olarak tam süre uygulamalarının en çok tartışıldığı 1980 öncesi döneme ilişkin, çoğunluğu Toplum ve Hekim'de yayınlanmış olan yazılardan yararlanılarak bir çerçeve çizilmeye çalışılacaktır. Ardından 1980 sonrası

gelişmelere değinilecek ve kavramsal olarak tam süre çalışmanın kamusal önemi tartışılacaktır. Yazının sonunda, sağlıkta dönüşüm ve tam süre çalışma yaklaşımı ile 60. Hükümetin tam gün yasası değerlendirilecektir.

1980 Öncesi Tam Süre Uygulamaları

Cumhuriyet'in ilk yıllarında sıtma, frengi, trahom savaşım örgütlerinde tam süre çalışan hekimlere o günlerdeki milletvekili maaşının birkaç katı maaş verilmiş olması az bilinen bir gerçektir. 1961'de çıkarılmış sosyalleştirme yasının en önemli ilkelerinden birisi, zorunlu tam süre çalışmadır ve kısa bir süre başarı ile uygulanmıştır. Daha sonraki yıllarda, 1965'te yapılan yasal düzenlemelerle, hekimlere bazı sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı olarak tam süre çalışma olanağı sağlanmıştır. Bu uygulama Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda sınırlı tutulmuş, buna karşın fazla çalışma ücreti, yokluk bölgeleri tazminatı, ikramiye gibi formüllerle sürdürüldüğü SSK'da ise yaygın olarak benimsenmiştir. Öyle ki, 1978'de tam süre yasının çıkarıldığı günlerde SSK'daki hekimlerin %79'u tam gün çalışmaktadır (Tonguç, 1990).

İsteğe bağlı olarak çalışmak dışında, kamuda çalışmanın yalnızca tam süre istihdamla olanaklı hale getirileceği bir yasal düzenlemenin yapılmasıyla ilgili tartışmalar temel olarak 1970'li yılların ikinci yarısında yoğunlaşmıştır. Dönemin dinamikleriyle de koşut olarak, tartışmalar kapitalist üretim ilişkileri ve sağlık hizmetinin kendine özgü nitelikleri üzerinden yürütülmüştür.

*Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Öğretim Üyesi

Kapitalist sistem, genel olarak üretilen değer (karşılığı ödenmiş ve ödenmemiş emek değerinin tümünün) girişimciler eliyle yeni değerler üretmek üzere kapital biçimine değişmesini öngörür. Bu da, yapısı gereği en çok kar getiren iş alanlarına yatırım yapmak demektir. Bu sistemde, kapital birikiminin bazı kişiler ve bazı bölgelerde toplanması kaçınılmaz sonuçtur. Kuşkusuz, sistemin ürünü olan kar da, bazı kişiler ve bazı bölgelerde toplanır. Bu kaynaktan gelir elde etmek için başlıca koşul, bu kişilere ve bu bölgelere yönelik hizmet vermektir. İşte, özel sağlık hizmetinin, yani özel hastanelerin ve serbest çalışan hekimlerin gelişmiş bölgelerde toplanmasının temel nedeni budur. Böylece, her özel hizmet gibi, özel sağlık hizmeti de gelişmiş bölgelerde toplanır ve gelir düzeyi arttıkça hizmetten yararlanmak da kolaylaşır. Kamusal sağlık hizmeti de, bu sistem içinde aynı doğrultuda kurtulamamaktadır. Hekim, yeterli bir ücret beklemek yerine özel çalışmayı yeğlemekte, kamu hastaneleri döner sermaye yoluyla gelir elde etmenin yollarına başvurmakta, böylece sosyal nitelikli bir hizmet dahi kapitalist sistemin etkisinde gelişmektedir. Bu durumda, hekimleri gelişmiş bölgelerde toplanmakla suçlamak, hekimlerdeki uzmanlaşma eğilimlerini eleştirmek, hekimlerin serbest çalışmalarını yermek, kısaca hekimleri ve sağlık hizmetlerini düzenden soyutlamak anlamsız, yanlış, demagojik bir tutum olmaktadır. Hiç kimse, hiçbir meslek, hiçbir hizmet düzenin dışında kalamaz, düzenden soyutlanmaz, düzenin kuralları dışına çıkamaz (Atabek, 1977).

Atabek'in 1977'deki değerlendirmesinin bugün halen güncelliğini korumasının nedeni, konuya yalnızca bir çalışma biçimi olarak değil, aynı zamanda kapitalist sistem üzerinden getirdiği eleştiridir. Atabek, tam-süre çalışmanın sağlığı bozuk düzenini ortadan kaldırmaya yeterli olmayacağını; ancak tam-süre çalışmanın bireyci hekimin "emekçi hekim"e dönüşümünü belirleyen, hekime toplumdaki görevini daha sosyal bir nitelikte yapma olanağını verecek önemli bir aşama olduğunu da vurgulamaktadır (Atabek, 1977).

O yıllarda TTB Merkez Konseyi Başkanı olan Dr.Erdal Atabek, başka bir yazısında da Tam-süre çalışma denilen konunun, aslında, sadece sağlık hizmetlerinde değil, toplumsal yaşamımızda da önemli bir değişimin belirtisi olduğuna değinmektedir. "Tam-süre çalışma, hekimlerin muayenehane açmadan, ek görev almadan, yeterli ücretlerini kamu kuruluşundan alarak tüm emeklerini kamusal hizmete vermeleri demek. Bu, ilginç bir özellik. Çünkü, bir yandan hekimlerin bireysel çıkarlarından vazgeçmelerini belirliyor, diğer yandan da kamu yetkilisinden ücret isteklerini netleştiriyor. Tam-süre çalışmanın geçirdiği aşamalar, bugüne kadarki gelişimi, bugün içinde bulunduğu durum, tamamen sosyo-ekonomik yapımızın değişimleriyle uyumlu, bu değişimlerin ürünüdür. Böylece, tam-süre çalışmanın da, bütün diğer konular gibi toplumsal gelişmelerden soyut bir sorun olmadığını görüyoruz" (Atabek, 1978a).

1978'deki tam süre tartışmaları sırasında, sağlık alanının ticarileştirilmesine ilişkin temel eleştiriler de getirilmektedir. Kar amacına yönelik her uygulamada olduğu gibi, sağlık alanına ticaret kurallarının girmesiyle birlikte, temel ilke olan "Halkın sağlığının korunması ve sağlanması"nın önemini yitireceği ve en iyi niyetli uygulayıcının gözünde bile hastanın bir kar aracı olarak belireceği dile getirilmektedir. Buna göre özel çalışan hekim, hasta sayısını, yani "kar"ını arttırmak için -ne denli iyi niyetli olursa olsun- özel hastasıyla çalıştığı hastane vs. gibi kamu kuruluşu arasında bir köprü kurmak durumunda kalacaktır. İşte bu nedenlerden dolayı muayenehanesi olan hekim kamu kuruluşundan ayrılmak istememektedir (Tangör, 1978).

Hekimlerin part-time çalışma sırasında yaşadıkları hekim-hasta ilişkisindeki yabancılaşma da o yıllarda tartışılan konu başlıklarından biri olmuştur. Atabek, bu yabancılaşmadan duyulan rahatsızlığı dile getirmektedir. Atabek'e göre tam süre çalışma ilkesinin çok önemli bir dinamiği vardır: Hekim-hasta ilişkileri. Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak, kamu hizmetinde hekimlerin çalışmaları özel çalışmalarıyla birlikte yürütülmüştür. Hekimlere, sağlık elemanlarına özel bir ücreti de içeren personel rejimi yerine, hekimlerin 8-14 saatleri arasında kamu hizmetinde çalışmaları, bundan sonra ise muayenehanelerinde çalışmaları bir çalışma biçimi olarak kabul edilmiştir. Bu çalışma biçimi hükümetlerce konmuş ve sürdürülmüştür. Nedeni de çok açıktır: Hekimi yalnız kamu hizmetinde çalıştırmak için, özel bir ücret biçiminin uygulanması gerekir. Bunu hiçbir hükümet göze almamış, hekimin ikili çalışmasını sürdürmek yolunu seçmiştir. Böylece hekimler, kendilerine verilen memur maaşına ses çıkarmamış, hükümetler de hekimlerin asıl ekonomik kaynak olarak kamu muayenehanelerinde çalışmaları üzerinde durmamış, tersine bu yolu kendileri hekime göstermiştir. Bu bozuk düzende, hekimler kamuda çalışırken gelirlerini özel çalışmadan sağlamak için halktan ücret almışlar, halk da karşısında sadece ücret alan hekim görmüş, böylece hekimle halk bu ilişkide yabancılaşmıştır (Atabek, 1978b).

Bir yandan tartışmalar sürüp giderken, TTB tarafından henüz yeterince tartışılmadığı ve beklentileri karşılamaktan uzak olduğu açıklansa da, 2162 sayılı yasa 1978'de çıkarılmıştır. Yasanın temel gerekçeleri, kamu sağlık kuruluşlarındaki hekimlerin özel tababete dönük çalışmalarının bir çok yerde, hem hizmeti hem hekimi korkunç şekilde yozlaştırması ve sadece kamu hizmetinde çalışmak isteyen veya çalışmak zorunda kalan hekimlerin, diğer sabit gelirli emekçiler gibi ekonomik sıkıntıdan kurtulamamaları olarak açıklanmaktadır. Yeni yasa; kamu sektöründeki hekimi özel tababetten uzaklaştırarak, aklını ve enerjisini sadece kamu hizmetine vermesini sağlamak, kamu sağlık hizmetinde hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesi ve kamu sağlık hizmetinin daha

verimli ve yozlaşmadan işlemlerini sağlamak amacını taşımaktadır (Dinç, 1978).

O yıllarda yasanın hem öncesinde, hem de sonrasında başta TTB yayınlarında olmak üzere zengin bir tartışmanın yürütülmüş olduğu gözlenmektedir. Tam süre ile ilgili yasanın çıkmasıyla birlikte, yasadaki beklenen yararlar da tartışılmıştır. Bunlardan birisi de hekimlerin işçi sınıfının mücadelesi içinde daha etkin bir rol üslenebileceklerine ilişkin beklenti olmuştur. Asil, bu beklentiyi şöyle dile getirmektedir: "Hekim seçeneğini kamu hizmetinden yana yapmışsa tüm emek ve zamanını topluma verecektir. Kamu hizmetinde çalışırken serbest çalışma olanağı kaldırıldığından, muayenehane-hastane köprüsü, zaman çalma gibi, bazen tüm hekimleri zan altında tutan olaylar, sanıyoruz önlenmiş olacaktır. Tıp fakültelerindeki öğretim üyesi hekimler gerek öğretim, gerekse bilimsel araştırma için daha geniş zamana sahip olabileceklerdir. Görevlerini yürütürlerken, bir takım kişisel çıkarlarını kollama zorunda kalmaktan kurtulacaklardır. Onurlu görevlerini, çağdaş bilim adamılığı koşullarında sürdürebilme olanağını bulacaklardır. Yasa kapsamına giren hekimler, bundan böyle, yaşama ilişkin hak ve güvencelerini bireysel çalışma ya da bireysel kurtuluştaki aramanın yanlış olduğu bilincine varacaklardır. Bu da, hekimlerin, işçi sınıfının verdiği mücadelede saflarını alması ve asıl çözüme tüm çalışanlarla birlikte varılabileceği gerçeğini görmesini sağlayacaktır. Emekten yana tercihini kullanan hekimler, sömürü düzeninin yıkılmasında, örgütlü mücadelenin gerekliliğini pratik yaşamlarında görüp, öğreneceklerdir. Kanımızca, yasanın en önemli özelliklerinden biri de budur" (Asil, 1978).

Atabek, tam-süre çalışmanın, düzenin bozukluğunu ortadan tamamen kaldıramayacağını, ancak, hekim açısından sakıncaları önemli ölçüde giderebileceğini açıklamaktadır. Bunu sağlayabilmesi için, tam-süre sisteminin;

1. Tamamen ve sadece genel bütçeden finanse edilmesi,
2. Ekonomik koşullarının yeterli olması,
3. Günün koşullarına kolaylıkla uyabilecek bir hareketli ölçüye bağlanması,
4. Yatan hastayla ilgili bir genel/özel ayrımı yapmasına olanak vermemesi,
5. Bütün kamu kuruluşlarında aynı biçimde uygulanması,
6. Sistemin sürekliliğinin güvenceye kavuşturulması, ve
7. Kamu kuruluşlarında kesinlikle uygulanması

koşullarının gerekliliği vurgulanmıştır (Atabek, 1978a).

1978'deki tam süre tartışmalarına bakıldığında, kamu sağlık hizmetleri açısından, otuz yıl sonra tam süre ile ilgili temel istemlerin farklılık göstermediğini söylemek olanaklıdır.

1978'de yasanın çıkması bazı hekimler arasında büyük bir hoşnutsuzlukla karşılanmıştır. Bu hoşnutsuzluğu Asil şöyle açıklamaktadır: "Bir taraftan kamu hizmetinde çalışırken, diğer taraftan muayenehanesinde kazanç sağlayan hekimlerden bazılarının, kamu sağlık kurumlarını kendi çıkarları doğrultusunda kullandıkları, ne yazık ki yadsınmaz bir gerçektir. Bu uygulama giderek, yine bazı hekimlerin, özel işyerleri lehine toplumsal hizmet süresinden zaman çalmalarına yol açmıştır. Ortaya çıkan bir başka örnek de, muayenehane-hastane köprüsü esprisi ile tanımlanan olgudur. Hastaneye yatabilmek için, orada çalışan bir hekimin muayenehanesinden geçmenin gerektiği düşüncesi toplumumuzda yaygın, yine ne yazık ki üzümlerle belirtilen, gerçeklik payı olan bir kanıdır. Bu ikili çıkar ilişkisinin yasa ile birlikte ortadan kaldırılması, bazı kesimlerde hoşnutsuzluk yaratmıştır. Ancak, hemen belirtelim ki, yasa kamu hizmetini özel çalışma yapmamak koşulu ile benimsemiş, zorunlu kılmamıştır. Dileyen kamu görevi almamak koşulu ile serbest çalışma olanağına sahiptir. Buna karşın, yasaya bir takım tutarsız gerekçelerle karşı çıkanların asıl nedenini anlamak hiç de zor değildir. Kızgınlığın başlıca nedeni, yukarıda değindiğimiz çıkar ilişkilerinin ortadan kaldırılmasıdır" (Asil, 1978).

1980 sonrası gelişmeler

12 Eylül darbesinin hemen ardından, ilk yapılan düzenlemelerden biri tam süre çalışmanın iptal edilmesi olmuştur. O yılların dinamikleri ve yaşananlar her ne kadar tam süre çalışmanın iptal edilmesiyle ilgili kapsamlı bir tartışmanın yürütülememesine yol açmışsa da, başta halk sağlıkçıları olmak üzere sınırlı bir kesim hekimlerin tam süre çalışmasına duyulan gereksinimi toplumla paylaşmayı sürdürmüştür. Bunlardan biri Prof.Dr.Nusret Fişek'tir. Fişek değerlendirmesinde kamu personel rejiminin temel kurallarından birinin, hiçbir memurun serbest olarak mesleğini icra edemeyeceği ve ticaret yapamayacağı olduğuna değinmektedir. Fişek'e göre, bu kuralın uygulanmasında, hekimler dışında, önemli bir aksaklık görülmemektedir. Hekimlere gelince; kamu kesiminde çalışan hekimlere serbest meslek icra hakkı tanınmayınca, bunlar özel sektöre kaymakta, kamu sağlık hizmetleri aksamakta ve hatta durmaktadır. Bu nedenle hekimlere bir ayrıcalık tanıma zorunluluğu doğmaktadır. Sağlanabilecek ayrıcalık ya hekimleri hem memur hem de serbest meslek mensubu saymak, ya da hekimlere kabul edebilecekleri bir yaşam standardı sağlayacak ölçüde ücret ödeyerek personel rejiminin temel ilkesini korumaktır. Birinci çözüm hekimler için karlı olanıdır. Çünkü bu sistem hekime bir yandan

memurluk haklarından ve güvencesinden yararlanma olanağı vermekte, öbür yandan da gücünün yettiği kadar para kazanma özgürlüğü sağlamaktadır. Şayet hekimin değer hükümleri elveriyorsa kamu sektörü tesislerini de kendi çıkarı için kullanarak daha fazla kazanç sağlayabilmektedir. Bu çözüm, hekime ücret ödeyecek güçte olanları da memnun etmektedir. Çünkü, onlar hem daha çok sayıda hekim arasından seçim yapabilmeye, hem de hasta oldukları zaman kendilerini kamu kesimi hastanelerine yatırıp -özel hastanelere kıyasla daha ucuza ve daha iyi koşullarda tedavi olanağı sağlayacak hekimi kolayca bulabilmektedir. Amaç kimilerini memnun etmekse bu çözümü kabul etmemek için neden yoktur (Fişek,1981).

Fişek, hekimin "hem memur hem de serbest meslek mensubu" sayılmasının, bir başka deyişle, kamuda part-time çalışmasının üç temel sakıncasının olduğunu açıklamaktadır. İlk olarak, bu sistem kamu yararına değildir. Çünkü bu sistem hekimi, kamu kuruluşlarındaki hizmetini ikinci plana atmaya zorlar. Hekim, gücünü ve zamanını çoğunlukla özel kazancı için harcama durumuna düşer. Bu doğaldır. Serbest kazancın söz konusu olduğu durumlarda davranışlara hukuk ve ahlak kurallarından çok, "Pazar ekonomisi" kuralları yön verir. "Karı azamiye çıkarmak" Pazar ekonomisi kurallarından biridir. Ancak bu demek değildir ki her hekim bu biçimde hareket eder. Doğal olarak her kuralın kuraldışı olanları da vardır. Kamu yararına olmaması dışında, bu sistemin bir başka sakıncası koruyucu hekimlik hizmetlerinin gerektiği ölçüde geliştirilmesini engellemesidir. Koruyucu hekimlik hizmetleri kişiler tarafından gereksinim duyulan bir hizmet değildir. Bu hizmetler parasız olarak sunulsa bile kabul edilmeyebilir. Kişilerin, sağlığı koruyucu önlemlere uymaları, onları uygulamaları için sürekli eğitilmeleri gerekir. Bu nedenle hiçbir ülkede koruyucu hekimlik hizmeti satılan bir hizmet olmamıştır. Herkesin para kazanma yarışında her yola başvurduğu bir toplumda, hekimlerin muayenehane açma haklarını kullanarak kendilerine gönençli yaşam sağlamaktan vazgeçmeleri, koruyucu hekimlik ve sağlık yönetimi alanında uzmanlaşmaları beklenemez. Halbuki sağlık hizmetlerinde öncelikle ele alınacak hizmet, koruyucu hekimlik hizmetleridir. Üçüncü temel sakınca, bu sistemle "Herkes eşit sağlık hizmeti" amacının sağlanmasının gerçekleşmemesidir.

Muayenehane açma hekimlere bir hak olarak tanınınca, hekimleri herkese hizmet edecek biçimde yurt içinde yaymak olanaksızdır. Hekimler kazancın yüksek olduğu yörelerde ve uzmanlık alanlarında yığılır (Fişek,1981).

Fişek, bir yandan hekimlerin part-time çalışması ile ilgili sakıncaları sıralarken, diğer yandan da bu sistemin başarılı olmasının beklenmemesi gerektiğinin altını çizmektedir. Fişek'e göre; amaç tüm halka eşit sağlık hizmeti vermek olduğuna göre, 50-60 yıllık Cumhuriyet döneminde uygulanan ve tüm halka sağlık hizmeti götürmede başarısız olduğu bilinen "Hekimin hem memur ve hem hizmetini hastalara para ile satan kişi" olması sisteminin bundan sonra başarılı olabilmesi de olanaksızdır (Fişek,1981).

Tam süre çalışmanın kamusal önemi

Dünyada özellikle hekimlerin istihdam biçimlerine bakıldığında, üç istihdam biçimi ön plana çıkmaktadır: Fazla mesai çalışması (Over-time), tam süre çalışması (full-time) ve yarı zamanlı çalışması (part-time). Terminolojiyi ortaklaştırmak açısından, aslında, ülkemizde bugünkü haliyle hekimlerin yarı zamanlı çalışmasının gerçek bir part-time çalışması değil, over-time çalışması olduğunu söylemek gerekir. Çünkü, kamuda part-time çalışan hekimlerin büyük bir bölümü, kamu sektöründeki işinden çıktıktan sonra ya kendi muayenehanesinde, ya da özel sektöre ait başka bir işyerinde mesleklerini uygulamaya devam etmektedirler.

Sağlık hizmeti sunucularının üç temel hedefi bulunmaktadır: Eşitlik, verimlilik ve kalite. Kapitalist üretim ilişkileri kar maksimizasyonu gereğince "eşitlik" hedefi ile ilgilenmek yerine verimlilik ve kalite ile ilgilenmeyi gerektirdiğinden; özel sektörün sağlık alanındaki rotası da böylece belirlenmiş olmaktadır (Tablo 1).

"Sağlığın en temel insan hakkı olduğu kabulü", sağlık hizmetine herkesin ve gereksinim duyduğu ölçüde erişmesinin sağlanabilmesi için, kamunun sağlık hizmeti sunmasını zorunlu kılmaktadır. Kamu sektörü, bir yandan eşitlik hedefine ulaşmak, diğer yandan da kaynakları etkin kullanmak açısından başta sağlık insan gücünün yönetimi olmak üzere, "iyi yönetim" ilkelerini yaşama geçirmek zorundadır. Sağlık

Tablo 1. Sağlık hizmeti sunucularının üç temel hedefi

Hedef	Hedefin anlamı	Kamu sekretörünün önceliği	Özel sektörün önceliği
Eşitlik	Sağlık hizmetine herkesin ve gereksinim duyduğu ölçüde erişmesi	Evet	Hayır
Verimlilik	Kaynakların etkin kullanılması	Evet	Evet
Kalite	Hizmetten yararlananların hoşnutluğu	Hayır	Evet

hizmeti sunumunda hekimlerin tam süre çalışmasının sağlanması, sağlık insan gücünün iyi yönetiminin en temel bileşenlerinden biridir. Ancak, sağlık insan gücü süreci (Planlama, yetiştirme ve istihdam) ile ilgili temel değerlendirmelerde olduğu gibi; tam süre çalışma biçimi de ülkede geçerli olan sağlık sisteminden bağımsız olarak değerlendirilemez.

Tam süre çalışma, kamu sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından istenen bir çalışma biçimidir. Eşitsizlikleri azaltmaya odaklanmış kamucu bir sağlık sisteminde tam süre yaklaşımı, en başta hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesini ve sağlık hizmetinin daha verimli olmasını sağlamak amacını taşır. Kar maksimizasyonuna odaklanmış, örgüt yapısı sunu/istem dengesine göre serbest piyasa tarafından belirlenen bir sağlık sisteminde ise tam gün, hekim emeğinin ucuzlatılması girişiminden öteye gidemez. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 21. yüzyılda sağlık sistemlerinin kronik sorunlarının aşılabilmesi için, sağlık insan gücünün beş temel alana odaklanarak yetiştirilmesi ve istihdam edilmesini önermektedir (WHO,2005):

1. Hasta-merkezli tıbbi bakım,
2. Hastalarla, sağlık hizmeti sunucularıyla ve toplumla ortaklık,
3. Nitelik gelişimi,
4. Bilgi ve iletişim teknolojileri, ve
5. Halk sağlığı bakış açısı.

Elbette, sağlığı ticarileştirmekle ilgili politikalara seyirci kaldığı, hatta zaman zaman içinde yer aldığı için eleştirilen Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği sorun alanları tartışmaya açık olmakla birlikte; özellikle "halk sağlığı bakış açısı"na uygun istihdam politikalarının önerilmesi, üzerinde durulmaya değer bir yaklaşımdır.

DSÖ'ye göre, geleneksel olarak halk sağlığı ile uğraşanlar ile bunun dışında kalan sağlık insan gücünün sağlığa farklı yaklaşımlarının olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, halk sağlığı herkesin sorumluluğu olarak tanımlanmakta ve sağlık insan gücünün, topluma sunulan, hastalıkları önleyici ve sağlığı geliştirici hizmetlerin savunucusu olması gerektiği vurgulanmaktadır (WHO,2005).

Dünya Sağlık Örgütü, halk sağlığı bakış açısını dört bileşeni ile tanımlamaktadır:

1. Topluma dayalı tıbbi bakım sağlamak (Bireysel gereksinimleri dışlamayan, ancak toplumun gereksinimlerini gözetken; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve tütün kullanımının engellenmesi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirebilen bir tıbbi bakım anlayışı),

2. Sistemlerle düşünmek (Sağlık sisteminin; mikro ya da hasta düzeyi, mezo ya da sağlık örgütlenmesi ve toplum düzeyi ile makro ya da sağlık politikası düzeylerinden oluştuğunun farkında olmak ve birinin diğerini nasıl etkilediğini bilerek sağlık hizmetlerine yaklaşmak),

3. Tıbbi bakımın sürekliliği için çalışmak (Toplumun koruyucu hizmetlere gereksinimi olduğunu, sağlıkla ilgili her girişimin kronik sağlık sorunlarını önlemek için bir fırsat olduğunu, tıbbi bakımın klinik önlemlerden palyatif bakıma kadar süreklilik gösterdiğini bilerek çalışmak), ve

4. Temel sağlık hizmetinin başat olduğu bir sağlık sisteminde çalışmak (Gereksinim duyulan her türlü sağlık hizmetine evrensel düzeyde erişim olanağının sağlandığı, sağlıkta eşitliğin sosyal adaletin bir parçası olarak tanındığı, toplum katılımının sağlık alanında tanımlandığı ve hayata geçirildiği, sağlıkta sektörler arası işbirliği yaklaşımının olduğu, sağlık insan gücünün ekip niteliği taşıdığı ve iyi iletişim becerisine sahip olduğu bir sistemde çalışmak).

Hiç kuşkusuz, yukarıda sıralanan bileşenler, hekimler de içinde olmak üzere, sağlık insan gücünün çalışma zamanının tümünü çalıştığı kamu kurumuna ayırmasını zorunlu kılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm ve "Tam Süre Çalışma"

1978'de yürürlüğe giren tam süre çalışma yasası 12 Eylül ile birlikte sona erdirilmiştir. Otuz yıla yakın süredir hekimlere tanınan yarı zamanlı çalışma hakkının, kamu sağlık kuruluşlarının eşitliğe odaklı ve verimli çalışmasını sağlayamadığı bilinen bir gerçektir. Hekim zamanını, bilgisini, becerisini, deneyimini ve enerjisini çalıştığı kamu kurumuna veremedikçe; sağlık hizmeti "eşitlik" hedefinden uzaklaşmaktadır. Ancak, 2007 yılının sonunda, "Sağlıkta Dönüşüm" adıyla bilinen neoliberal sağlık politikalarının Türkiye'deki biçimini "başarıyla" uygulayan Hükümetin, bir yandan devletin sağlık hizmeti sunumundan el çektilmesini sağlamaya çalışırken, bir yandan da kamuda çalışan hekimleri tam süre ile istihdam etmeyi planlamasının "eşitlik" ilkesi ile çeliştiği çok açıktır. Tam süre ile Hükümetin temel hedefi "verimlilik" ve "kalite"nin sağlanmasına dönük olabilir. Çünkü her iki hedef de, özellikle yataklı tedavi kurumlarının özelleştirilmesi sürecinde Hükümetin elini güçlendirebilecek niteliktedir. Buna rağmen, tam süre çalışmanın desteklenmesi toplumsal bir sorumluluktur. Burada önemli olan yaklaşım, "tam süre çalışma" kavramının içeriğinin netleştirilmesidir.

Tam süre çalışma, kamu sağlık kuruluşlarında eşitliğin sağlanmasına odaklanmalıdır. Tam süre çalışma, tek başına, hekimin yalnızca kamuda çalışması ya da ücretini yalnızca kamudan alması anlamına gelmemektedir. Hekim (sur-time, mesai dışı çalışma

vb adlarla) çalıştığı kurumda farklı bir statüde kesinlikle çalıştırılmamalıdır. Bugün kamuda tam süre çalıştığı halde -üniversite hastanelerindeki öğretim üyelerinde olduğu gibi- hekimlere mesai dışı çalışma adıyla "özel hasta muayenesi" ve "özel ameliyat" gibi hakların verilmesi "eşitlik" ilkesini derinden yaralamakta; yurttaşın gereksinim duyduğu sağlık hizmetine erişimini kısıtlamaktadır. Kamu, bu biçimiyle hekimlerin "özel" çalışabildikleri özel bir kurum biçimine dönüştürülmektedir. Böyle bir çalışma biçiminin kamu sağlık hizmetleri açısından hiçbir değeri bulunmamaktadır.

60. hükümetin "Tam Gün" yasasına bakış

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı" incelendiğinde ortaya çıkan sonuçları ana hatlarıyla şöyle sıralamak olanaklıdır:

1. Tasarayı "Tam Gün" olarak adlandırmak yanlıştır. Çünkü tasarı, hekimlerin tam süre çalışması felsefesiyle ilgili temel bir yaklaşıma sahip değildir. Tasarı bu haliyle kamu sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaya ve hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesine yönelik bir çabanın değil; aksine finansmanı sigorta sistemiyle sağlanan bir sağlık sisteminin hekim işgücü piyasasını sermaye sahipleri yararına düzenlemeye dönük hazırlanmış bir yasal düzenleme özelliği taşımaktadır. Bir başka deyişle, hekimler proleterleştirilmektedir. Tasarı kamucu bir sağlık sistemi istemiyle ilişkili olmadığı için; hekimlerin çalışma koşullarının iyileşmesi beklenmemelidir. Tasarıda tam gün yaklaşımı dışında yer alan üç önemli düzenlemenin altı çizilmelidir. İlk olarak, tıp fakültelerinde öğretim üyelerinin özel hasta muayenesi ortadan kaldırılmaktadır. Geç kalınmış, çok olumlu bir gelişmedir. İkinci olarak, kamu sağlık kurumlarında sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık çalışanlarının, devlet memuru olarak istihdam edilenlerle -döner sermaye tazminatları üzerinden- aynı özlük haklarına sahip olmasına ilişkin bir düzenleme yapılmaktadır. Bu düzenleme de olumlu olmakla birlikte; asıl yapılması gereken iş, bütün sağlık çalışanlarının (Taşeron şirketler aracılığıyla istihdam edilmek zorunda kalanlar da içinde olmak üzere) devlet memuru olarak istihdam edilmelerini sağlamak olmalıdır. Üçüncü düzenleme iyonlaştırıcı radyasyonla çalışanların haftalık çalışma saatlerinin 40 saat olarak düzenlenmesiyle ilgilidir. Eğer iyonlaştırıcı radyasyonla çalışanların sağlığını ve çalışma ortamını izleyecek ve önlem alacak yeni bir yasal düzenleme olmaksızın çalışma saatleri artırılırsa; bu durum radyasyonla çalışanların sağlığını olumsuz etkileyebilir.

2. Hekimler "full-time" yerine "over-time" çalışmak zorunda kalacaktır. Tasarıda yer alan haftalık çalışma süresinin 45 saatten, 40 saate indirilmesi çok uygun bir yaklaşımdır. Ancak, hekimin kazancının mesai

saatleri dışında üreteceği sağlık hizmetine endekslenmesi, uygulamada 40 saatlik çalışma süresinin aşılması sonucunu doğuracaktır. Üstelik mesai saatinin üzerinde bir çalışma anlayışının getirilmesi, karşımızda duran yasanın aslında bir "over-time" çalışma biçimini getirdiğini de göstermektedir. Tasarı bu haliyle, bugün zaten over-time çalışmak zorunda kalan hekimleri, tam gün adı altında daha zor koşullarda, aynı belki daha uzun çalışma süreleriyle ve daha düşük özlük hakları ile istihdam etmekten öteye geçemeyecektir.

3. Tasarı hekimlerin çalışma yaşamlarına ilişkin kısıtlamalar getirmektedir. Tasarı ile "tam gün" bir kamu çalışma biçimi olmaktan çıkarılmaktadır. Tasarıda "geri ödeme kurumları" diye adlandırılan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşma yapmış özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler için de tam süre çalışma zorunlu tutulmaktadır. Böylece hekimin özel sektörde çalışırken, çalışma süresini ve çalışabileceği kurumu kendi istenciyle belirleyebilmesi ortadan kaldırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu tasarı ile, temel vurgusunun sağlık hizmeti sunumuna değil, sağlık hizmetlerinin finansmanına -ve örgüt yapısına- bir müdahale olduğunu göstermiştir. Tasarı bu haliyle, Bakanlığın kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmak gibi bir kaygısının ürünü değildir. Tasarı hekimleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesi bulunan özel sağlık kuruluşlarının emeklerini rahatlıkla sömürebilecekleri bir insan gücü biçimine dönüştürmektedir. Bir başka deyişle, tasarı ile "hekim işgücü piyasası" sermaye sahipleri yararına düzenlenmekte; hekim emeği ucuzlatılmaktadır. Tasarı bir bütünün parçası olduğu için, tek başına değil, son yıllarda uygulamaya konulan/konulması planlanan diğer yasal düzenlemelerle birlikte ele alınmalıdır. "Sağlıkta Dönüşüm"ün temel yaklaşımının devletin sağlık hizmeti sunumundan el çektilmesi olduğu bilindiğine göre; kamucu bir sağlık sistemi istemi olmaksızın hekimleri tam süre çalışmaya zorlamak; sağlık alanındaki patronların karını artırmaktan öteye gidemeyecektir.

4. Tasarı hekimlerin insanca yaşamalarını sağlayacak bir özlük hakkı düzenlemesi içermemektedir. Tasarı, hekimlerin ne maaşlarında ne de emeklilik dönemine ilişkin doyurucu bir iyileştirmeyi içermektedir. Tasarıda hekimlerin ücretlerini arttırmaya dönük düzenlemeler büyük ölçüde döner sermaye tazminatları ile ilgilidir. Öyle ki, nöbet ücretlerindeki artışların bile döner sermayeden karşılanması söz konusudur. Döner sermaye tazminatlarının "düzenli ve kalıcı bir gelir olmadığı" bilinmektedir. Kalıcı bir gelir değildir, çünkü: Emeklilik dönemine yansımamaktadır, süreklilik göstermemektedir (Sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paralar dağıtılmaktadır, bu kuruluşlardan sürekli para gelmesi söz konusu olmayabilir), eşitsiz dağılmaktadır, geleceği belirsizdir ve hekimin sağlık

sorunları yaşamasından büyük ölçüde etkilenmektedir. Bütün kamu hastaneleri son düzenlemelerle birlikte borç batağına doğru sürüklenirken, döner sermaye tazminatlarının bundan sonra ne kadar süre ile ödenebilecekleri bile belli değildir. Döner sermayelerden Maliye Bakanlığı'nın tebliği ile yapılan düzenlemeler uyarınca, personelin tazminatları öncelikli olarak ödenmek zorunda değildir. Bilançosunda borcu görünen döner sermaye işletmelerinin personele tazminat ödemesi mümkün olmayabilir. Üstelik, özellikle devlet hastanelerinin döner sermaye gelirlerinin Hükümetin bir kararıyla silindiği bilinirken; hekimlerden yaşamlarını döner sermaye tazminatlarına bağlı olarak sürdürmelerinin beklenmesi doğru değildir.

5. Tasarı hekimlerin sağlığını bozmaya adaydır. Döner sermaye tazminatlarının "performans" adı altında "hizmet başı ödeme"ye endekslenmesi; bir yandan çalışma barışını bozarken, bir yandan da özellikle rekabet içerisinde çalışmaya zorlanması yüzünden hekimlerin ruh sağlığını bozmaya da adaydır. Hizmet başı ödeme yönteminin yürürlükte olduğu ülkelerde, tanı/tedavi endikasyonlarının, operasyonlarda seçilen anestezi türlerinin, istenen tetkiklerin, kullanılan ilaç ve tıbbi malzemenin bilimsel ölçütlere göre belirlenmesi ilkesinden uzaklaşmış olduğunu gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu sistemde ayrıca hekimden her şeyi daha fazla yapması beklenmektedir: Daha fazla hasta muayenesi, daha fazla tetkik, daha fazla ameliyat, daha fazla girişim... Bütün bu "daha fazla"lar, hekimin aynı zamanda daha uzun süre ve daha yüksek tempoyla çalışmasına da yol açacaktır.

6. Tasarı hekim işsizliğini arttırmaya adaydır. Kapitalist üretim ilişkileri içerisinde işgücü piyasasının düzenlenmesi, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, günümüzde küreselleşmenin de etkisiyle, genellikle çalışanların istihdamı açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Şirketler yeni işçi almak yerine, mevcut işçilerini daha fazla çalıştırma yolunu seçmektedirler. Örneğin, 2004'te Türkiye'de imalat sektöründeki işçiler haftada 52 saat yerine ortalama 45 saat çalışmış olsalardı, ek olarak 500.000 işçinin istihdam edilmesi gerekecekti. Benzer bir durum, bu tasarı ile hekim işgücü için de geçerli olacaktır. Patronlar bir yandan kendileri tarafından belirlenen esnek çalışma saatlerini dayatırken, diğer yandan da yeni hekim istihdam etmek yerine, var olan hekimleri daha uzun süre çalıştırma yolunu seçeceklerdir.

7. Tasarı yabancılaştırmayı artıracak, çalışma barışını bozacaktır. Rekabete dayalı çalışma düzeni, dayanışma içinde olması gereken sağlık hizmeti ekibinin üyelerini karşı karşıya getirecek ve çalışma barışı bozulacaktır. Üstelik hizmet başı ödeme ile ücretlendirilme, sağlık hizmetinin "ekip" olarak sunulması yaklaşımını da zedeleyebilir ve en gereksinim duyulduğu anda ekibin dağılmasına yol açabilir.

8. Tasarı tıp eğitimini ve tıpta uzmanlık eğitimini olumsuz etkileyecektir. Tasarı ile öğretim üyelerinin para kazanması sağlık hizmeti sunumuna endekslediği için, öğretim üyeleri eğitim ve araştırma için zaman ayırmak yerine, mesailerinin büyük bir bölümünü sağlık hizmeti sunumu için ayırmak yoluna gideceklerdir. Eğitim kurumlarının temel işlevinin lisans/lisansüstü öğrenci yetiştirmek olduğu asla akıllardan çıkarılmamalıdır. Üniversitelerdeki sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, tıp fakültesi öğrencileri ile asistanların uygulama olanağı bulabilmesi amacıyla kurulmuş sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşların temel olarak sağlık hizmeti üretmesi anlamına gelecek her türlü düzenlemeden kaçınmak gerekir. Aksi halde, tıp eğitiminin niteliğinin düşmesi kaçınılmaz olacaktır. Öğretim üyelerinin özlük hakları, eğitim -ve araştırma- etkinlikleriyle mutlaka ilişkilendirilmelidir.

9. Hastalarımızın sağlığı tehlikeye atılmaktadır. Tasarı tedavi edici hizmetleri önceleyen, dolayısıyla temel sağlık hizmetlerini yok sayan bir yaklaşımla hazırlanmıştır. Hekimlere verilecek ücret temel olarak döner sermaye katkılarına bağlanmakta; döner sermayeye katkı da tedavi edici sağlık hizmetine (Tasarıda yazdığı biçimiyle: muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden bölümlerde çalışma) odaklanmaktadır. Bu durumda bir yandan hastalarımızın sağlığı tehlikeye atılmakta; diğer yandan da ilaç ve tıbbi malzeme tüketimi -dolayısıyla çokuluslu şirketlere aktarılan para- arttırılmaktadır.

10. "İthal hekim" yeniden gündeme getirilmektedir. Vatandaşlarımızın sağlığı ucuzca çalışacak, mesleki bilgi ve becerisi şüpheli olan ithal hekimlere emanet edilmek istenmektedir. Bugün kalkınmada öncelikli yerlerde güç koşullarda çalıştırmak üzere yalnızca yeni mezun hekimleri "zorunlu hizmet" adı altında çalışmaya zorlayan; ancak tıp fakültelerimizden mezun olan hekimlerin tümünü istihdam etme kararlılığı olmayan sağlık politikaları ortadayken, ithal hekim davetinde bulunmak doğru değildir.

Sonuç olarak, hekimlerin tam süre çalışması benimsenmesi gereken bir çalışma biçimidir; ancak bu çalışma biçimi hekimin içerisinde yer alacağı sağlık sisteminden bağımsız olarak ele alınamaz. Tam süre çalışma ancak eşitsizliklerin azaltılmasına odaklanmış kamucu bir sağlık sistemi içerisinde hekim emeğini değerli kılar. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı" ise sağlığın serbest piyasanın insafına terk edileceği bir sağlık sistemi içerisinde hekim işgücü piyasasını düzenlemekte ve hekim emeğinin serbest piyasanın temel kuralı olan sunu/istem dengesine göre belirlenmesi yerine -şimdilik- kendisi tarafından düzenlenmesi yaklaşımını getirmektedir. Tasarının bu haliyle benimsenmesi uygun değildir.

KAYNAKLAR

Asil, I. (1978) "Sağlık Hizmetlerinde Tam Süre Çalışma", Toplum ve Hekim, Sayı 11:20-26.

Atabek, E. (1977) "Tam-Süre Çalışma", Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni, Sayı 15-16:18-23.

Atabek, E. (1978a) "Tam-Süre Çalışma", Toplum ve Hekim, Sayı 3:15-20.

Atabek, E. (1978b) "Tam Süre Çalışma ve Sonrası", Toplum ve Hekim, Sayı 9:5-8.

Dinç, H. (1978) "Nasıl Bir Tam Süre Yasası?", Toplum ve Hekim, Sayı 4:6-15.

Hamzaoğlu, O. (1998) "Tam Süre Çalışma İçin Tartışma Notları", Toplum ve Hekim, 13(6):454-455.

Fişek, N. (1981) "Hekim İstihdam Politikası", Prof.Dr.Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları, Sağlık Yönetimi, Türk Tabipleri Birliği Yayını, 1997, Ankara.

Öztek, Z. (1998) "Halk Sağlığı Sözlüğü", T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tangör, A. (1978) "Tam Süre Çalışma Yasası ve Sonrası", Toplum ve Hekim, Sayı 8:16-18.

Tonguç, E. (1990) "Tam Süre Yasası Olayı", Sağlık ve Toplum, Sayı 2: 42-45.

WHO (2005) "Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century", World Health Organization, The Challenge of Chronic Conditions, France.