

Müessese Müdür Yardımcısı ile birlikte Personel ve İdari İşler Daire Başkanı'na dilekçemi verip sözlü olarak da sorunu anlatmaya çalıştım. Kendisi "Hekimlerden şimdiye dek hiç böyle bir talep gelmedi, konuyla ilk kez karşılaştım." dedi. "1992 Ocak ayına dek bize süre verin konuyu araştıralım, zaten Hekim ücretleri konusunda huzursuzluk olduğunu biliyorum, çalışmalarımız var, doyurucu bir ücret verebilirsek bu konu zaten önemini yitirir değil mi?" gibisinden muğlak ifadelerle konuyu kapatmaya çalıştı. Dilekçeme vereceğiniz yanıtı göre yasal yollara baş vurmak istiyorum gibi bir şeyler söyleyecek oldum, bana gülererek "Yasal yoldan hiçbir şey yapamazsınız, siz bizim iyi niyetimize güvenin, sizleri düşünüyoruz." deyip kibarca kapıyı gösterdi. Bunca yıl kendi yaşadıklarım ve geçmişte yaşananlar kötü birer örnek olarak önümdeyken, çalışanların ekonomik çıkarlarının bazı kişilerin iyi niyetlerine bağlı olarak düzeltilemeyeceği çok açıkken tabii ki güvensizlik ve kuşku içinde geri döndüm. Ve tabii ki onbeş gün sonra dilekçeme olumsuz yanıt geldi. Ankara'dan "399 sayılı Sözleşmeli Memur Statüsündesiniz, Kurumun gösterdiği her alanda (1475 sayılı Yasaya bağlı işçiler de dahil) hizmet vermeye yükümlüsünüz, ek alanlar için ayrı ücret ödememiz mümkün değildir." diyorlar.

Şaşırmadım, beklediğim yanıtı. Ancak benim de yaşadığım ciddi sorunlar var ve bunları en azından dikkate almalarını sağlayana dek her türden yasal yolu bıkmadan denemeye kararlıyım. Bana göre Hekimlerin sözleşme koşulları farklı olmalıdır. Çalışma koşullarımız, sorumluluklarımız farklıdır, özlük haklarımız da farklı olmalıdır. Mevcut sözleşme son derece genel ve muğlak -ama birkaç maddesi var ki elini kolunu bağlayıcı. Örneğin işveren gerekli gördüğünde sözleşmeli personel başka alanlarda isdihdam edilebilir diyor. İki yıl önce de imzalarırken dikkatimi çekmiş, "bu ne" demiştim.

O zaman bana "Doktor hanım bu sizin için değil, sözleşme matbu olduğu için var, sizi başka bir işte nerede çalıştırabiliriz evrak-kayıta mı" diye espiri yapılmıştı. Ama iki yıl sonra "iki farklı işi, Kurum Hekimliği ve İşyeri Hekimliğini yaptırıyorsunuz; ya toplam ücretimi verin ya da sadece ücretimi verdiğiniz işi yaptırım" dediğimde aynen o maddeyi gösterdiler. Demek ki iki yıl önce insanların iyi niyetine hâlâ inanıyormuşum ben. Hayret! Peki efendim, Sağlık Bakanlığı'ndan istifa edeceğim. Bir yıllık sözleşmeyle her yıl sözleşmenin iptali, yani işsiz kalma riskini göze alacağım. 657'ye tabi Hekimlerin 2. bir işyerinde çalışabilme hakkından vazgeçeceğim. Hem memurunuzla eş-çocuk ve yakınları ile birlikte tedavi edici hekimlik hem de işçimize koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmeti vereceğim. Üstelik tüm bunların karşılığında sadece 2.700.000.-TL. ücret alacağım. Üstelik aynı Kurumda Sendikalı olma ayrıcalığına sahip TEK işçileri son toplu sözleşme ile en düşüğü 3.000.000.-TL. net ücret alıyor. Mesailer, ikramiyeleri, bayram harçlıkları buna dahil değil. Bol-

lu'da 8.000.000.-TL. net aylık ücret alan işçi mevcut çünkü Sendikaları sayesinde masaya oturup emeklerinin pazarlığını yapabilme hakkına sahipler ve son toplu sözleşme ile elde ettiklerine kendileri bile bir süre inanamadılar.

Sormadan edemiyorum; nerede benim 6 yıllık üniversite eğitiminin hakkı; nerede benim girdiğim işsiz kalma riskimin ve diğer haklarımdan vazgeçmemin karşılığı?

"Efendim, sözleşmeyi imzalamasaydınız" diye mezsınız. Şimdiye dek bizi kullanmalarına izin vermiş olmanız bundan sonra da susmamızı gerektiriyor. Sorun benim yaşamımda ve kafamda bugün olgunlaşmış, netleşmişse, bugün mücadeleye başlarım. Ama anlattım ya tek başına Bolu TEK'in Kurum Hekimini kimse ciddiye almıyor. Aynı sorunları yaşayan tüm Kurum Hekimlerinin desteğini bekliyorum. Ve meslek örgütümüzün sorunlarımıza duyarlı yaklaşmasını, sahip çıkmasını istiyorum. Bana en azından yol göstermeli, lojistik destek sağlamalı, hukuksal açıdan önümü açabilmeli. Ayrıca hukuksal dayanağı olan ciddi bir meslek örgütü olarak resmi yazışmalarla konuyu Kurumlar nezdinde (TEK Genel Müdürlüğü, Çalışma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, SSK gibi) gündeme getirilebilmeli.

Yasal yaptırım gücü olmayabilir. Ama bu Kurumların böylesi yöntemlerle duyarlılaştırılabileceğine inanıyorum. Üstelik ben de bazı girişimlerde bulunurken meslek örgütümün yanımda olduğunu gördüğümde kendimi daha güçlü hissedeceğim. Gülüp hafife alarak ya da aba altından sopa göstererek beni umutsuzluğa itenlerle daha kolay baş edebileceğim. Çok şey mi istiyorum?

Tüm Meslektaşlarıma saygı ve sevgilerimle.

Halk sağlığında yeni yönelimler

Doç. Dr. Caner FİDANER*

Halk sağlığını tanımlamak güçtür, çünkü herkes halk sağlığını kendi çalıştığı ya da yakınında gördüğü bölümüyle tanımak ve tanımlamak eğilimindedir. Farklı ülkelerde halk sağlığının birbirinden çok değişik alanlarla ilgilenmesi, çeşitli bilim dallarının etkinliklerini kapsamaması, farklı adlar alması (**public health, community medicine, community health...** gibi) tanımlamadaki güçlüğü artırıyor. Ama bütün bunlar, halk sağlığı kavramını tartışmaya engel olmamalı(*).

Halk sağlığı hekimlerinin iki ütopyası vardır: Birincisi, bütün hekimlerin bir halk sağlığı gibi dü-

* Halk Sağlığı Uzmanı, A.T.O Genel Sekreteri.

şündüğü ve davrandığı bir toplum. Bu düş, kendini yağsıma sayılabilecek bir çelişkiyi de içinde taşı; çünkü böyle bir toplumda artık halk sağlığı hekimlere gerek kalmayacaktır. İkinci ütopya ise, "politikacıların sağlık yönetimini toptan halk sağlığı hekimlere bıraktığı bir toplum" olarak tanımlanabilir. Burada da halk sağlığı planladıklarını gerçekleştirme gücüne sahip olacak; ama gündelik politikayla uğraşacağından hekimlik uygulamasından kopacak ve sağlıklı planlar yapamayacaktır. Dikkat ederseniz, her iki ütopya da sonunda halk sağlığı biliminin kendi kendisini yok etmesine varıyor. Neyse ki halk sağlığı olarak o denli etkin olmamız şimdilik pek uzak bir olasılık.

Halk sağlığı bilimini öteki disiplinlerden ayıran en önemli özelliklerden birisi, politikayla (ve politikacılarla) yakın ilişki kurmak zorunda olmasıdır. Ülkenin yönetim mekanizmasına uzak duran bir halk sağlığı, kendisini, incelediği olayları artık değiştirme şansı olmayan bir tarihçi gibi hissedecektir. Tersine, yönetimin toplumdaki öteki gereksinimlerin arasında sıkışacaktır. Bu nedenle halk sağlığısının atması gereken en önemli adım, gündelik politika ile sınırlarını çizmek ve görev tanımını buna göre yapmaktır. Bu yapılmazsa "halk sağlığı" dendiğinde herkesin aklına yalnızca "politikanın sağlıktaki izdüşümü" gelecektir.

İkinci dünya savaşı sonrası ileri kapitalist ülkelerde egemen olan "sosyal devlet" kavramı ile sosyalist ülkelerin merkezîyetçi-devletçi modelleri, halk sağlığını da yakından etkiledi. Kuşkusuz, her ülkenin modelini tartışmak ve değerlendirmek bu yazının çerçevesini çok aşar. Ancak şunu söylemek gerekiyor: Özellikle ellili ve altmışlı yıllarda sağlık düzeyi ölçütlerini iyileştirmekte başarılı olan merkezîyetçi modeller, yetmişli yılların sonunda kendi sınırlarına ulaştı. Doksanların başında ise, bir zamanlar her derde deva sandığımız kimi reçeteler,örneğin top-tancı, kolaycı çözüm önerileri birer tarih olmuştu. Değişen dünya, değişen toplum, ister istemez halk sağlığı anlayışının da kendini yenilemesini bir zorunluluk haline getirdi.

Halk sağlığı nereye gidiyor? Belki bu sorunun **en doğru** yanıtını bulabilmek için henüz kesin verilere erişmiş ve yeterli olgunluğa ulaşmış değilim. Ama en doğruyu bulana kadar susmak, bāzan birkaç yanlış söz söylemekten daha zararlı oluyor. Bu düşünceye sığınarak, doksanlı yıllarda halk sağlığında gözlediğim birkaç genel eğilimi aşağıda sıralamaya çalıştım.

1. YAYGIN HİZMETTEN NİTELİKLİ HİZMETE:

Çinlilerin, "ilkyardım hizmeti veren kısa süreli eğitim görmüş çiftçiler" olarak tanımlayabileceğimiz "çıplak ayaklı doktorlar", bir zamanlar halk sağlığı çevrelerinde çok popüler olmuştu. Çünkü o zamanlar makbul olan yaklaşım, niteliği düşük de olsa en uzak bölgeye sağlığı göndermekti. Sonraları ise bir yandan ulaşım ve iletişim olanakları gelişti, böylece insanların niteliği yüksek hizmete olan talepleri arttı;

öte yandan ilk basamaktan önce bir de "sıfırıncı basamak" tanımlandı, yani insanların kendi sağlıklarından sorumlu oldukları düşüncesi yayıldı.

Kuşkusuz, teknolojinin gelişmesi ve ileri tetkik araçlarının yaygınlaşması da bu tablonun oluşmasında etkili oldu. Sonuçta hizmetin yaygınlığı kadar niteliği de tartışılır oldu. Çünkü artık bireyler, bulunduğu yere gelen hizmete itibar etmek yerine, gerekirse daha uzak yerlere giderek ve para harcayarak teknolojiye ulaşmaya çalışıyorlardı. Gebelerin, kapılarına gelen ebenin hizmetini yeterli bulmayıp ultrason tetkiki için kadın-doğum hekimine gitmelerini bu duruma örnek olarak gösterebiliriz.

Bu gelişmeler, özellikle kentlerde sağlık ocağı gibi düşük teknoloji kullanması öngörölmüş; büyük ölçüde hekim ve sağlık personelinin emeğine dayalı hizmet üreten ilk basamak kuruluşlarının yetersiz kalmasına yol açtı. Gerçekten de bugün görünürde çok sayıda hekimin çalıştığı "şehir tipi sağlık ocakları" hizmet üretmez durumdadır, çünkü bu model toplumun gereksinmelerini yanıtlayamaz hale gelmiştir.

2. "BEDAVA HİZMET" KAVRAMINDAN KAYNAK ARAMAYA:

1970'lerin halk sağlığı modellerinde hizmetin kullanıcıya satılmaması, ücretsiz verilmesi vazgeçilmez bir yer tutar. Aslında "bedava hizmet" sözünü böyle, slogan biçiminde kullanmak doğru değil. Çünkü hiçbir hizmet bedava değildir, ancak hizmetin karşılığını ödeyen kişi ya da kurum değişir. Toplumda var olan gelir dağılımı düzeltilmeden, hizmet kullanma alışkanlıkları yönlendirilmeden ve sağlık kuruluşları arttırılmadan yalnızca sağlık hizmetlerinin "bedava" hale getirilmesi, ilk bakışta sanılacağı gibi "yoksul halka" yarar getirmez, hizmeti zaten kullanmakta olan orta sınıflara bir sübvansiyon olur ve belki bu grubun tüketim kalıplarını biraz değiştirir.

Öte yandan sağlık harcamalarının tümüyle genel bütçeden karşılandığını düşünelim. Eğer bütçenin çoğunu hālâ ücretlilerden topluyorsanız, örneğin gelir düzeyi yüksek gruplara verilen hizmetin bedelini de ücretlilere yüklemiş olursunuz.

Günümüzde "bedava sağlık hizmeti" kavramına ancak eski moda parti programlarında ve konuyu iyi bilmeyen bir kısım politikacıların düşüncesinden yapıldığı konuşmalarda rastlanıyor. Bunlar dışında artık herkese önerilerini gerçekleştirecek parayı nereden bulacağı soruluyor, halk sağlığı projelerine bir de finansman bölümü ekleniyor.

3. MERKEZİ-DEVLETÇİ PLANLAMADAN BÖLGESEL-DEVLETĐŞİ ÇÖZÜMLERE:

Yıllar boyu halk sağlığı, bir ülkenin bütün verilerine sahip olunabileceğini ve bu verileri değerlendirerek **en doğru** sağlık planının yapılabileceğini düşündüler; tek eksiklerinin söylediklerine kulak verecek, ikna edilebilir politikacılar olduğunu sandılar. Arap alfabesinin yerine bir gecede Latin harflerinin geçirilmesi gibi, bütün sağlık düzenini de mer-

kezden, bir çırpıda düzeltmenin düşlerini kuranlar oldu.

1980'li yılların sonu, yalnızca sağlıkta değil, her alanda merkezi ve merkezietçi çözümlerin çöküşüne tanık oldu. İnsanlar artık masa başında hazırlanmış planların toplumu dönüştürmede sanıldığı denli etkili olamadığını anladılar. Geniş kapsamlı ve iddialı planların yerini daha küçük çapta, ama örnek niteliği taşıyan projeler almaya başladı. Bu gelişmenin doğal (ve önemli) bir sonucu olarak tepeden inme kararlar etkinliğini yitirmeye başladı, onların yerini artık yavaş yavaş hizmeti kullananların talebi alıyor.

Toplumbilimlerin bir çok kavramının yeniden tartışıldığı günümüzde, halk sağlığında gözlenen yeni eğilimler de kuşkusuz bu birkaç satırda ifade edilenlerle sınırlı değil. Ancak tartışmalara bir yerden başlamak gerekiyor. Zamanın peşinden gitmeyi değil, toplumda bir şeyleri değiştirmeyi amaç edinmiş bir bilimsel disiplinin de gelişmelerin dışında kalması düşünülemez.

Halk sağlıkçıların da üstünde durdukları zemini önümüzdeki yıllarda enine boyuna tartışacaklarına inanıyorum. Umarım ki, 1990'lar bitmeden yeni paradigmaya uygun yeni kavramlar ve uygulamalarla halk sağlığı yeniden doğacaktır.

Tıp - sosyoloji ilişkisi

Doç. Dr. M. Aytül KASAPOĞLU*

GİRİŞ:

Sağlık ve hastalık büyük ölçüde insanların içinde yaşadıkları toplumun sosyal, kültürel, ekonomik özellikleri ve toplum içindeki kendi yerleri tarafından belirlenir. Kuşkusuz insanların genetik yapıları, v.b. diğer bazı özelemler de konuyla yakından ilişkilidir. Ancak toplumsal boyutun önceliği "sağlık-toplum" ile "tıp-sosyoloji" ilişkisi üzerine dikkatleri çekmekte; konunun önemi ve popülaritesi paralel bir hızda artmaktadır. Daha çok sayıda sosyolog ve hekim, tıp-sosyoloji ilişkisiyle aktif bir biçimde ilgilenmekte; ortak projelere yönelmektedir. Özellikle Avrupa ve A.B.D.'de sanayi ya da siyaset gibi sosyolojinin geleneksel alanlarıyla karşılaştırdığında hem yeni hem de iddiasız görülen bu alana son yıllarda ilgi o kadar artmıştır ki, "tıp sosyolojisi" sanayi-ötesi toplum aşamasına gelen ülke sosyolojilerinin hem kurumsal hem de uygulamalı çalışmalar yapabileceği en verimli ve geniş alan olarak tanıtılır hale gelmiştir,

NELER YAPILABİLİR?

Sosyologlar ile hekimlerin birbirlerine neleri, nasıl yapabileceklerini anlatmaları başlangıç için uygun bir adım olabilir. Örneğin, sosyologlar, sağlık hizmeti üreten ve tüketenler ile yöneticilere, hatta politikacılara, sağlık-hastalık; doktor - hasta ilişkileri; doktora başvurma ya da hastaneye kabul veya sağlık örgütlenmesi ve uygulanan sağlık politikaları konularında batıda ve bizde ne türde çalışmalar yapıldığını gösterebilirler. Hastalık nedenlerindeki çeşitlenmeleri, cinsiyete ve sınıf farklılıklarına göre hastalık ve ölümlere yol açan etmenlerdeki değişimleri açıklayabilirler. Doktor-hasta ilişkisinin aslında bir çatışma ilişkisi olduğuna ve bunun sosyal sınıflar arasında farklı bir görünüme sahip olabileceğine dikkatleri çekebilirler. Modern tıp karşısında geleneksel iyileştirmenin etkililiğini tartışabilir; alternatif tıbbi değerlendirebilirler. Hekim-dışı sağlık personeli kategorisindeki tüm sağlık çalışanlarının konumlarını ve katkılarını araştırabilirler. Sağlık bakımının verilmesinde devletin rolü ile modern toplumda tıbbın nasıl temel bir sosyal kontrol kurumu hale geldiğinin anlaşılmasına yardımcı olabilirler. Mesleki değerlerin kazandırılması başta olmak üzere tıp eğitimini araştırabilirler. Hasta olmayan toplum bireylerine sağlıklarının sürdürülmesi için en temel olan koruyucu hekimlik hizmetlerinin pazarlanmasında etkili olabilecek teknikleri tanıtabilirler v.b. Kuşkusuz bu liste çok daha uzatılabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde toplumlar hiçbir çağda görülmemiş ölçülerde değişmekte, yeniden yapılanmaktadır. 'Bilgi toplumu', 'post-endüstriyel toplum', 'post-modern toplum' kavramlarıyla ifade edilen aşamaları yaşayan toplumlar genelde sanayileşmelerini tamamlamış 'merkez' konumundaki ülkelerdir. Türkiye gibi gelişmekte olan 'çevre' konumundaki ülkelerin, sanayileşme konusundaki eksikliklerini hızla gidererek çağın gereklerine ayak uydurabilmeleri, ancak kendi toplumsal yapılarına uygun, özgün modeller üretilebilmeleriyle olanaklıdır. Diğer bir ifade ile sanayileşmeden vazgeçmeksizin hızla 'bilgi toplumu' özelliklerini kazanabilme, batının deneyimlerini yakından bilmek; bunları eleştiri süzgecinden geçirmek ve onları yararlanılabilecek kaynaklar haline dönüştürmekle mümkündür. Aynen aktarmak ve taklitçilik hastalığından kurtulmak; bilinçli ve ekip halinde yürütülecek projeler üretmek için 'sağlık' uygun bir alan görünümündedir. Hekimler ve sosyologlar bu tür bir yaklaşımla iş ve gücbirliği etmenin artık kaçınılmaz bir görev ve sorumluluk olduğunu kavramak durumdadırlar.

Tıp eğitiminde olduğu kadar sağlık hizmetlerinin sunulmasında da karşılaşılan güçlüklerin insan-birey ve toplum boyutunda olanlarının yenilenmesine yönelik modellerin üretilmesinde tıbbın, başta sosyoloji olmak üzere sosyal bilimlerin tümünden yararlanması ussal bir yaklaşım olarak değerlendirilmeli ve özendirilmelidir.

* D.T.C.F. Sosyoloji Bölüm Başkanı