
Tam Süre Çalışma

Dr. ERDAL ATABEK

Tam-süre çalışma dediğimiz konu, aslında, sadece sağlık hizmetlerinde değil, toplumsal yaşamımızda da önemli bir değişimin belirtisi. «**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 yetkisinden ücret isteklerini netleştiriyor. İlginç yanı, bu isteğin hekimlerden gelmesi, daha da ilginç yanı kamu yetkililerinin bu isteğe yeterince sahip çıkmamaları. 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.**

Örneğin; 1930 yılında hekim sayısı 1182. Bir hekime düşen nüfus 12.220. 1923 yılında ülkede 950 yataklı üç devlet hastanesi var. Bu hastaneler ve il merkezlerindeki il özel idaresine bağlı Gureba hastaneleriyle yataklı hizmet yürütülüyor. 1924 yılında Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune hastaneleri açılıyor. 1930 yılında Haydarpaşa Hastanesi bile yok, bu hastane 1936'da açıldı. 1930 yılında toplam yatak sayısı 11398. Bu hastanelerin araç, gereç durumu da kuşkusuz geri. Teknolojik destek yok denecek gibi. Hasta sayısı ise, elbette çok. İşte bu üç özellik, hekim sayısının azlığı, hasta sayısının az olmayışı, hastane hizmetlerinin ise, gelişmemiş olması hekimlerin muayenehanelerinde çalışmasını ön plândaki hizmet durumuna getiriyor. Millî gelirin düşüklüğü, dağılımdaki dengesizlik doğal olarak sağlık hizmetini de etkiliyor. Böylece, hekimler muayenehanelerinde ücret verebilecek hastalara, hastanede ise ücret veremeyecek hastalara hizmet veren bir çalışma sistemine giriyorlar. Bugün part-time çalışma diye bilinen, hem resmî görevde, hem de muayenehanede çalışma sisteminin nedenleri ve oluşumu böyle. Eğer, bütün öğeler aynı biçimde, aynı oranda gelişseydi bu durumda büyük bir değişim beklenmezdi, ama, gelişme böyle olmuyor.

1950 yılına bakalım. Hekim sayısı 6.895'e çıkmış. Bu sayının 3.647'si uzman, 3248'i pratisyen hekim. Bir hekime düşen nüfus sayısı 3030'ye inmiş. Toplam yatak sayısı 18.837. Bu durumda hastaların serbest hekim talebi azalmıyor, ama, sunulan serbest hekim iş-gücünde önemli bir artma var. Oysa, bu artmayla paralel olarak artmayan millî gelir, hekimlerin serbest çalışma alanını daraltıyor. Dikkat edilmesi gereken nokta, hekim gereksinmesinin artmasına karşın, serbest hekimliğe talebin aynı oranda artmamasıdır. Bu durum, yâni, hekim sayısı arttığı halde, hekime serbest talebin millî gelir nedeniyle bu oranda artmaması iki önemli etki yapıyor. Birincisi, hekimlerin ücretleriyle ilgilenmeye başlamaları, ikincisi de serbest çalışmak isteyen hekimlerin arz - talep kuralına göre kazanabilecekleri yerlerde toplanmaları. Her iki olgu da, Türkiye'de kapitalistleşme süreci ilerledikçe, daha belirgin duruma gelecektir.

Özellikle, serbest çalışma alanına girmekte geç kalmış genç hekimler, gerek para kazanmayı zorlayan koşulların ittiği meslek içi rekabetin beğenmedikleri sonuçlarına girmemek, gerekse gözlerini çevirdikleri ücretlerin azlığını gidermek amaçlarıyla çalışma düzenini eleştirmeye başlamışlardır. Tam-süre çalışma isteklerinin ortaya çıkışı, yoğunlaşması, hekimler arasında bir karşıtlığa dönüşmesi bu tarihlerde başlar. Değişen toplum içinde, hekimler de değişmektedir. Ama, koşullar değişmez. Düzene uyan uyar, uyamayan başının çaresine bakar. Başının çaresine bakmanın en geçerli yollarından birisi yurt dışında çalışmadır. Türkiye'den yurt dışına gitmek sadece sosyo-ekonomik nedenlerle açıklanabilir. Yurt dışına çalışmak için giden hekimlerin en büyük sayısı 1950 - 1960 döneminde gitmiştir. Gene bu dönemde hekimlerin çalışma sistemine, hekimlerden gelen eleştiriler yoğunlaşmıştır. Gerek Tıp Fakülteleri kliniklerinde, gerek Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı hastanelerinde, gerekse artık sayısı artmaya başlayan Sosyal Sigortalar hastaneleri, ve diğer kamu kuruluşları yataklı kuruluşlarında part-time çalışma şiddetle eleştirilmekte, hekimlerin yalnız kamu hizmetinde çalışmaları, muayenehane açmamaları, yeterli ücreti sadece bu kuruluşlardan almaları istekleri yoğunlaşmaktadır. O dönemin, özellikle genç kuşakları tam-süre çalışmayı şiddetle önermekte, kliniklerin başında bulunan eski kuşaklar ise buna şiddetle karşı çıkmakta, hekimiu muayenehanesinin hekimin kişiliği demek olduğunu öne sürerek bu istekleri desteklememektedir.

Bu çatışma ürününü verir, 1965 yılında tam-süre Yasaları birbiri ardına çıkar. Bu yasalar, aslında bir geçiş dönemini belirler. Bu geçiş döneminde, bir gerçeği kabul etme vardır, ekonomik bir destek vardır ve uzlaşma vardır. Bu Yasalarla tam-süre çalışma ilkesi kabul

edilmiştir, zamlarla 2700 lira olan maaş tavanının % 93'ü olan 2500 lira ödenek tavanı getirilmiştir ve isteyen kabul edecek, isteyen kabul etmeyecektir. Onun için, bu Yasalar bir geçiş dönemini belirlemiştir. Sonraları, bu geçiş döneminin eskiye dönüş biçimini aldığı görülecektir.

Ama, tam-süre çalışma bu yasalarla başlamamıştır. Tam-süre çalışma, ülkede 1963 yılında uygulanmaya başlanan 224 sayılı Sosyalizasyonla başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin Yasa, uygulama bölgelerinde hekimlerin muayenehane açmadan çalışmaları, buna karşın mukaveleli çalışabilmeleri esaslarını getirmiş ve doğu bölgelerinde uygulama başlamıştır. O tarihlerde mukavele ile verilen ücret yüksek sayılabilir, ancak uygulama sınırlıdır, sadece doğu bölgelerinde uygulanmaktadır. Türkiye ise kapitalistleşme sürecine girmiştir.

Böylece, ülkede tam-süre uygulaması dağınık, birbirinden farklı biçimlerde, bütünlükten uzak yürümeye başlamıştır.

Özellikle, Tıp Fakülteleri klinikleriyle Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tam-süre çalışmanın döner sermaye gelirleriyle finanse edilmesi, ortaya bir döner sermaye sorununu da getirmiştir. Tam-süre çalışma, döner sermaye ile özdeşleşmiş, buralara başvuran halkın ödemek zorunda bırakıldığı ücretler, bir süre sonra sağlık hizmetini paralı bir hizmet niteliğine dönüştürmüş, tepkiler ise, bundan sorumluymuş gibi tam-süre çalışmaya yöneltmiştir. Oysa, bu ikisi birbirinden tamamen ayrıdır. Gene bu iki kuruluşta uygulanan özel hasta statüsü hasataları genel-özel diye ikiye ayırmış, böylece tam-süre diye gelen sistem, düşünülenin tam tersi sonuçlar veren bir uygulamaya dönüşmüştür.

Diğer yandan, 1965 yılında önemi olan ödenek, artık bütün ekonomik değerini yitirmiş, hızla ilerleyen enflasyon, 10 yıl içinde 2500 lirayı (brüt rakam), değerinin dörtte birinden de aşağıya indirmiştir. Böylece, eskiye dönüş, hizmetleri eski durumuna getirerek tamamlanmıştır.

1977 yılı sonunda, hekim sayısı 22.000'e ulaştı. Bir hekime düşen nüfus sayısı yaklaşık olarak 2000. Yatak sayısı 100.000'i aşmış durumda. Yataklı tedavi hizmeti oldukça ileri teknolojik yeniliklerle destekleniyor. Hizmet, iyi eğitilmiş, birbiriyle çalışmaya alışmış bir ekip hizmetine dönüşmüş. Böylece, **hekimliği uygulama giderek bireyci bir san'attan, ekiple verilen bir bilimsel düzene dönüşüyor.**

Bu durum, 1930'dan çok, 1950'den oldukça iyi bir standardı gösteriyor. Hekim/nüfus oranı, hasta yatağı/nüfus oranı, bir hekime düşen nüfus sayısı ölçütleri giderek iyileşmiş. Kuşkusuz, yurdumuz için iyi diyebileceğimiz düzeyin hâlâ altında. Ama, kronolojik gelişme olarak daha iyiye yönelmiş. Ama, bu standartlarla dahi iyi bir hizmet düzeyi kuramıyoruz. Standartlar daha iyi olsa, örneğin hekim sayısı artsa, yatak sayısı artsa, bir hekime düşen nüfus sayısı daha düşse, aynı bozukluklar sürdüğü takdirde aynı bozuk hizmetin ortaya çıkacağı da kuşkusuz. Çünkü, bozukluk, sayılarla doğrudan ilgili değil. Ortadaki bozukluk, ülkenin gereksinmeleriyle, ülkenin kalkınma modeli olarak seçilen kapitalizmin çelişmesinden doğuyor. Kapitalist sistemin sağlık hizmetini nasıl etkilediğine gelince, bunu anlamak oldukça kolay kanısındayım. Kapitalist sistem, genel olarak üretilen değer (karşılığı ödenmiş ve ödenmemiş emek değerinin tümünün) girişimciler eliyle yeni değerler üretmek üzere kapital biçimine dönüşmesini öngörür. Bu da, yapısı gereği en çok kâr getiren iş alanlarına yatırım yapmak demektir. Bu sistemde, kapital birikiminin bazı kişiler ve bazı bölgelerde toplanması kaçınılmaz sonuçtur. Kuşkusuz, sistemin ürünü olan kâr 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, yâni, özel hastaneelrin 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 doğrultudan 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, hiç bir meslek, hiç bir hizmet düzenin dışında kalamaz, düzenden soyutlanamaz, düzenin kuralları dışına çıkamaz. Konu, basitçe budur.

Hekimler, üretilen değerden kendilerine uygun gördükleri geliri elde etmek için serbest çalışma yolunu yeğlemektedirler. Böyle yapmayıp da, sadece kendilerine verilen ücretle yetinseler o zaman da hekimlerin Devlet tarafından sömürüldükleri gerçeğiyle karşılaşırız.

Hekimlerin aldıkları ücretle, hasta muayene ücretleri arasındaki bir karşılaştırma bu durumu ortaya koymaktadır. Aysa 5000 lira ücret alan (net) bir hekimin, günde aldığı ücret serbest alanda, bir ya da iki hasta muayene ücretidir. Oysa bir hekim kamu sektöründe çalışırken, ortalama 40-60-80 hasta (yerine ve zamanına göre) muayene etmektedir. Kamu hastanelerinin döner sermayesindeki hasta muayene ücretleri bile durumu ortaya koymaya yeterlidir. Böylece, kapitalist sistem hekimi ya sömürmek, ya da sömürülmek yollarından birini seçmekle karşı karşıya bırakır. Bozuk düzende hekimin sorunu, işte budur.

Tam-süre çalışma, bu düzenin bozukluğunu ortadan tamamen kaldırabilir mi? Kuşkusuz hayır, ancak, hekim açısından sakıncaları önemli ölçüde giderebilir. 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,**
7. **Kamu kuruluşlarında kesinlikle uygulanması, koşulları gereklidir.**

Böyle bir tam-süre çalışma, hekimleri kamu hizmetine çekebilir, uygun bir mahrumiyet, fazla çalışma sistemiyle desteklediği zaman hekim dağılımını olumlu yönde etkileyebilir, hekimlere güvence verdiği ölçüde benimsenip uygulanması kolaylaşır.

Bugüne kadar, tam-süre çalışmayı hekimlerin istediğini, kamu yetkililerinin ise bu oranda sisteme sahip çıkmadıklarını belirttik. Bunun nedeni de, kamu yetkililerinin çalışma sistemi düşüncesinden çok, «kendi düzenini kendin kur» ilkesini benimsemeleridir. Bir çok kamu kuruluşunda hekimleri bir yere atarken, «orada serbest çalışma iyi gelir getirir» tavsiyesinde buldukları hatırlanırsa, konuyu anlamak kolaylaşacaktır.

Tam-süre çalışma, sağlığın bozuk düzenini ortadan kaldırmaya, kuşkusuz yeterli değildir. Ama, tam-süre çalışma bireyci hekimin

«emekçi hekim»e dönüşümünü belirleyen, hekime toplumdaki görevini daha sosyal bir nitelikte yapma olanağını verecek önemli bir aşamadır.

Yalnız hekimden söz etmek belirgin bir örnek olarak önemli, ama, eksik olacaktır. Tam-süre çalışma sistemini ekip hizmetini yapmaya yönelten özellik, onun, bütün sağlık personelinin kapsamasıdır. Hekimden ve dış hekiminden başka bir sağlık elemanının serbest çalışması olmadığı halde, sistemin içine bütün sağlık personelinin alınması, çağdaş bir hizmetin bir gereğidir.

Tam-süre çalışma bu özellikleriyle gerçekleşirse bir aşama olacaktır.

