

SAĞLIK BAKANLIĞI'NCA İZLENEN HEKİM İSTİHDAM POLİTİKALARI

Dr. Recep AKDUR*

Cumhuriyet'ten günümüze dek, Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen hekim istihdamı uygulamalarında beş ayrı dönem /uygulama dikkati çekmektedir. Bu dönemler; Dr.Refik Saydam (1923-1950), DP Hükümetleri (1950-1960), Sosyalleştirme (1960-1970), 1970-1980 arası ve Eylül 1980 sonrası dönemleri olarak adlandırılabilir.Bu dönemlerin her birinde farklı düzenleme ve uygulamalar yapılmıştır. Ancak, 1923'ten günümüze daha genel bakıldığında, izlenen esas/ana politika açısından birbirinden keskin hatlarla ayrılmış iki dönemin varlığı açıkça görülmektedir.Bu iki dönem ise, 12 Eylül 1980 öncesi ve sonrasındır.

Eylül 1980 öncesinde, sağlık hizmetlerine genel yaklaşım özünde, bir kamu hizmeti olduğu şeklindedir. Zaman zaman karşı tezler ve uygulamalar olmuş ise de, 1923-1980 arasında hizmetlere yaklaşımın ana eksen bu olmuş, Anayasa'larda da ifadesini böyle bulmuştur. 12 Eylül'den sonra ise, hizmetlerin özelleştirilmesi ana eksen olarak benimsenmiştir. Politikadaki bu temel değişiklik, sağlık sektörünün tüm uygulamalarına olduğu gibi, hekim istihdamı alanına da yansımış ve belirleyici olmuştur.

1980 öncesi dönemde, izlenen genel sağlık politikası zemini üzerinde;

- 1- Genelde hekim sayısında azlık,
- 2- Özellikle kırsalda/kamuda çalışacak hekim bulamama,
- 3- Pratisyen/ uzman dengesindeki bozukluk,

hekim istihdamını belirleyen temel olgular/sorunlar olmuştur. Bu sorunlara çözüm getirmede benimsenen, izlenen politika ise, genel hatlarıyla, özendirme/destekleme ve göreceli demokratik yaklaşımdır.

Genelde hekim sayısını özelde ise kırsalda/kamuda çalışan sayıyı arttırmak ereğiyle, "Leyli Tıp Talebe Yurtları" uygulamasına başvurulmuştur. Bir

yandan olanakları kısıtlı gençlerin tıp fakültelerinde okumaları özendirilip/desteklenirken öte yandan da, bunlara belli bir süre mecburi hizmet yüklenerek kırsalda/kamuda çalışan hekim sayısı arttırılmaya çalışılmıştır. Ayrıca, kamuda özellikle de hükümet tabipliklerinde yüksek ücret uygulaması yapılmıştır.

Tüm kamu kuruluşlarında çalıştırılacak hekimlerin atamaları tek elden ve Sağlık Bakanlığı aracılığı ile yürütülmüş ve denetlenmiştir. Her tür hekim atama ve yükseltmelerinde tarafsızlık, liyakat ve kariyere olabildiğince özen gösterilmiştir. Personelin kendi sınıfı içinde üst derece ve makamlara yükselmesi yolları açık tutularak, yaygın bir hakkaniyet duygusu ve düşüncesi sağlanmıştır. Bu dizden olmak üzere; sağlık müdürleri belli bir süre ve belli yerler de çalışmış ve kendini kanıtlamış olanlar arasından seçilmiştir. Müsteşarlık ve genel müdürlük gibi makamlara en uçtan başlayarak kademe kademe yükselen hekimler getirilmiştir.Bu tarafsızlık ve hakkaniyeti sağlamak ereğiyle, tüm atama ve yükseltmeler "Bakanlık Encümeni" adı verilen kurulda incelenerek /kararlaştırılarak yapılmıştır. Bakanlığın tüm birim amirlerinden oluşan bu kurulun, bazı istisnalar dışında, kararlarında oybirliği esas alınmıştır.

Bu dönemde, "hekimin amiri hekim olması" ilkesine/düşüncesine uygun davranılmış, belli idari birimler dışında, tüm birim amirlerinin hekim olması yasa gereği haline getirilmiştir(3017 sayılı yasa).

1960'lara gelindiğinde, hekim sayısındaki artışa karşın, kır/kent, uzman/pratisyen ve kamu/özel dağılımındaki dengesizlik varlığını sürdürmüştür. Bu sorunlara çözüm ise 224 sayılı yasa uygulamalarında aranmıştır. Bu uygulamalardaki temel yaklaşım ise;

- 1 - Sözleşmeli statü/yüksek ücret,
- 2 - Mahrumiyet ödeneği, sosyalleştirme puanı ve benzeri özendirme/destekleme politikası olmuştur. Burs karşılığı mecburi hizmet uygulamasıyla atama ve yükseltmelerdeki göreceli demokratik uygulamalara bu dönemde de devam edilmiştir.

* Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

1960'ların sonuna doğru, "sağlık hizmetlerinin kamu sorumluluğu olması" anlayışına karşı politikalar uç vermeye başlamış ve özelleşmeyi destekleme çabaları artmıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, sosyalleştirme uygulamaları gevşetilmiş, sözleşmeli statü, yüksek ücret ve sosyalleştirme puanı uygulamaları terkedilmiştir. Bu durum yalnızca sağlık ocaklarında çalışan hekimleri etkilememiş, tüm kamuda çalışan hekimlerin ücretlerinde büyük bir gerileme başlatmıştır. Böylece 1960'ları takip eden yıllarda görülen kır/kent, kamu/özel dağılımındaki kısmi düzelleme durmuş, durmanın da ötesinde dengeler tekrar, kır ve kamu aleyhine hızla bozulmuştur.

Böyle bir ortamda, Tam Gün Yasası devreye sokularak genelde tüm kamuda çalışan özelde ise kırsalda çalışan hekimlerin ücretlerinde anlamlı bir iyileşme sağlanmıştır. Bu uygulama hemen sonuç vermiş, kır/kent-kamu/özel dengelerinde belirgin düzelmeler görülmüştür. Bu uygulamaya da Eylül 1980 darbesi ile son verilmiştir.

Eylül 1980 Darbesi ile topluma dayatılan alt üst etme ve toplumu yeniden yapılandırma hareketinden, sağlık politikası da payına düşeni almıştır. Herşeyden önce, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin önünü açacak Anayasa değişikliği yapılarak, tüm uygulamalar özelleştirme eksenine oturtulmuştur.

Bu genel politika zemini üzerine;

- 1- Genelde hekim sayısı fazlalığı,
- 2- Kentlerde kamu/özel hekim fazlalığı,
- 3- Kırsalda ise azlığı

sorunları oturmuştur. Bunlara karşı çözüm olarak ise; Cumhuriyet'ten beri izlenen politikanın tam tersine, mecburi hizmet, düşük ücret, yanlı/kayırmalı atama ve yükseltme gibi politikalar izlenmiştir.

Çıkarılan "Mecburi Hizmet Yasası" ile kamu veya özelde çalışabilmenin tek koşulu mecburi hizmeti tamamlamaya bağlanmıştır. 3017 sayılı Yasa askıya alınmış, Bakanlık Merkez'deki amirliklere ve il müdürlüklerine ya hekim dışı ya da insiyatif koyamayan yanlı hekimler atanmıştır. Sicil Amirleri Yönetmeliği değiştirilerek hekimlerin amirliği vali ve kaymakamlara bırakılmıştır. Öte yandan da hastanelerde de hekimlerin yöneticiliğini elinden alacak hazırlıklara girişilmiştir. Tüm bunlara ortam sağlamak üzere, Bakanlık Encümeni uygulamasına son verilerek, tüm atama ve yükseltmeler parti/bakan/personel genel müdürü insiyatifine bırakılmıştır. Sonuç ise, mecburi hizmet kur'aları, uzmanlık, şef, şef muavinliği sınav ve seçmeleri her türlü hakkaniyetten arındırılmıştır. Tayin ve yükseltmelerin ölçütü yanlılık/kayıрма ve suistimaller olmuştur. Özetle kirli, kirli olmayanında ise şaibeli bir ortam yaratılmıştır.

Böylesi kötü bir ortam 1980'li yılların sonuna doğru hekim kamuoyunun büyük tepkisine neden olmuş ve bunun bir sonucu olarak uzmanlık sınavları merkezleştirilmiştir. TUS'nun merkezleştirilmesi, bu kirli ortamda kurtarılabilen tek alan olmuştur. Ancak bu kadarlık hakkaniyet bile fazla gelmiş ve buna karşı da çare bulunmakta geç kalınmamıştır. Bakanlıkta yatay geçiş uygulamaları ile, üniversitelerde ise doktora programları ile merkezi TUS uygulaması da delinmiştir.

Tam gün tazminatı, mahrumiyet ödeneği ve geçici hizmet tazminatı gibi hekimlere yüksek ücret verebilenin araçları birer birer yok edilerek, hekimler 657 sayılı yasa çerçevesine sıkıştırılmıştır. Ücretler, geçmişe göre, gerilemekle kalmamış, birçok kamu görevlisinin çok gerilerine düşmüştür.

1990'lı yıllara gelindiğinde, hekim sayılarında sağlanan tümönel gelişme, uzman/pratisyen kamu/özel dağılımında kısmi bir iyileşme görüntüsünü de beraberinde getirmiştir. Ancak kırsaldaki yetersizlik varlığını sürdürmüştür. Buna karşılık büyük kentlerde, yanlı atamalarla, Sağlık Bakanlığı'nın bütün birimlerinde (hastane sağlık ocağı) kadro fazlası yığılmalar ve gizli işsizlik ortaya çıkmıştır. Bu gelişme mecburi hizmet uygulamasını gereksiz hale getirmiş, sonuçta da mecburi hizmete son verilmiştir. Mecburi hizmetin kaldırılması, bazı çevreler ve Bakanlık'ça, demokratik bir gelişim gibi sunulmuştur. Oysa tam aksine, olay gizli işsizlikten mutlak işsizliğe geçimi, hekimleri işsizlikle terbiye etmenin bir gereğidir. Aynı şekilde pratisyen/uzman dengesindeki düzelmeye olumlu bir gelişme gibi algılanmış ve algılanmıştır. Bu iyileşme olağan/normal bir süreçle ulaşılan bir iyileşme olmayıp, tam tersine, pratisyeni işlevsizleştirmenin ve tamamen ara kademe statüsüne hapsedmenin yalancı görüntüsüdür. Bunun en açık kanıtı, Bakanlık'ça hazırlanan tüm reform paketlerinde birinci basamakta uzman istihdamının öngörülmesidir.

Özet ve sonuç olarak, günümüzde izlenen istihdam politikasının ana hedefleri; hekimleri;

- 1-Emeğini kiralayan, iş güvencesinden yoksun beyaz gömleli emekçiler haline gelmiş,
- 2-Mutlak işsizler ve bunun baskısı ile düşük ücrete mahkum,
- 3-Her türlü yönetim ve insiyatiften yoksun,

4-Küçük bir azınlığı ise kapital sahibi ve işbirlikçisi olarak cepheleştirmiş hale getirmektir. Buna karşılık, emeksizleşmenin bir sonucu olarak, hekimler arasında gelişen/gelişecek olay örgütlenme/dayanışma ve sendikalist hareketin başarısı ya da başarısızlığı izlenen bu politikanın geleceğini belirleyecektir.