TTB ve SAĞLIK POLİTİKASINDA STRATEJİLER

Dr. İlker BELEK*

Sağlık Bakanlığı'nın, "reform" tartışmalarının başlamasına neden olan projelerini ortaya attığı geçtiğimiz dönem, sağlık politikaları düzleminde teorik çalışmaların en yoğun biçimde yaşandığı zaman dilimlerinden birisi oldu.

Bugün ise, ülkenin değişen öncelikleri zemininde, sektörümüzde gözlenen iki konjonktürel olgunun altını çizmek gerekiyor:

1) Tartışmaların tüm canlılığıyla yaşandığı 1992 sonrasında, şimdi ortalık "durulmuş" görünüyor.

2) "Durulma" herhangi biçimde bir sonuca ulaşılmış olmasından değil, tam tersine sorunların ve önerilerin "askıya alınmış" olmasından kaynaklanıyor.

Yaşanılan sürecin ana tarafları olan Sağlık Bakanlığı ile sağlık sektöründe yer alan (yaşam mücadelesi veren) örgütler ve tartıştığımız konu bağlamında bunların en ileri ucu konumundaki TTB açısından farklı koşullar mevcut:

1) Bir bütün olarak devlet sağlık sektörüne yönelik müdahalelerini, başka sorunların kendisi açısından taşıdığı çok daha öncelikli karakteri nedeniyle gündeminden indirmiş durumda. Soluklanabildiği en uygun zamanda, çok kısaca özelleştirme olarak tanımlanabilecek olan tercihini, bu kez daha pragmatik ve "politik" bir tarzda (2 sene önce Sağlık Bakanlığı'nın çizmeye çalıştığı "demokratik" atmosferi gözetmeyi hiç düşünmeksizin) dayatacaktır.

2) Geçtiğimiz dönemde Bakanlık önerilerinin tam karşı ucunda yer almış olup, gündemi kendi politikaları doğrultusunda belirlemeyi hedefleyen TTB açısından ise, mevcut durumun daha çok yorgunluk ile tanımlanabileceği inancındayım... Normaldir... Ancak bu dönemin, daha önceden oluşturulan teorik zeminin zenginleştirilmesi ve daha kısa erimli politik tercihlerin somutlanması doğrultusunda değerlendirilmesi de aynı derecede bir zorunluluk.

Bu zorunluluk, Oda ve TTB seçimlerinin yapılmış olduğu şu günlerde kanımca özel bir önem taşıyor. İşte ben bu kısa yazıda böyle bir amacın gerçekleştirilmesine katkıda bulunmaya çalışacağım. Tahmin edilebileceği gibi, yazdıklarım daha önceden söylenmiş olanları ve söylemiş olduklarımı kısmen de olsa yinelemek olacaktır. Ancak bunların ötesinde kimi yönelimleri netleştirebileceğimi de umuyorum.

TTB'NİN ÜZERİNDE OLACAĞI POLİTİK ZEMİN:

1) TTB çalışan sınıflardan, işsizlerden, yoksul köylülerden ve marjinalleştirilmiş toplum kesimlerinden yana tavrını, bundan böyle daha da netleştirerek sürdürmelidir.

2) TTB kendi sektörü içinde tam süre ücretli olarak çalışan hekimlerden yana bir tavır içinde olmalıdır.

3) TTB hekim kitlesi içindeki kimi tabakaların, nesnel konumları itibarı ile, toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ve kaliteli sağlık hizmeti üretimi; kısaca kendi varlık koşulları ile tam karşıt konumlara düşen tercihler içinde olduğunu görebilmelidir. Hem kamuda hem de özel olarak kendi muayenehanelerinde çalışan hekimler ile özel sektörde yer alan büyük ölçekli sağlık işletmelerinin durumu böyledir. Bu bağlamda, TTB bu tabakasal çelişkiler zemininde kendi tercihini net biçimde geliştirebilmeli ve onurlu hekimlik mücadelesi önünde nesnel konumları ve öznel tutumları ile engel teşkil eden tabakaların olumsuz tutum ve davranışlarını ikircimsizce teşhir edebilmelidir. TTB'nin halkla temas edebilmesinin en önemli koşulu bu tavır olacaktır.

4) TTB'nin gündemini teşkil etmekte olan sorunların çok önemli bir kısmı sağlık sektörünün genelini ilgilendirmektedir. Bu nedenle aynı sorunların çözümleri de öncelikle sağlık işkolundaki diğer kitle örgütleriyle, işbirliğini gerektiren konunun özelliğine göre ise bütün işçi ve emekçi sınıfların örgütleriyle birlikte hareket etmeyi gerektirmektedir. Dolayısıyla önümüzdeki dönemde TTB'nin tek başına girişeceği eylemlilik biçimleri, hekim kitlesi

* TTB Halk Sağlığı Kolu.

içindeki "hekimci", aristokrat eğilimlerin güçlendirilmesi ve çok düşük bir olasılıkla da kısmi ücret artışları dışında hiçbir kalıcı kazanımla sonuçlanmayacaktır. Aristokrat eğilimlerin güçlenmesi, bunların daha geniş örgütlülük gerektiren mücadele tarzı önünde sekter-engelleyici bir işlev görecek olmaları nedeniyle, olumsuzluk olarak algılanmalıdır.

TTB'NİN SAĞLIK POLİTİKALARI ALANINDAKİ TEMEL AMACI:

TTB'nin bu konudaki en temel amacı; halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sunulan sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında denetleyici ve standart geliştirici bir işlevin yüklenilmesi olarak belirlenebilir.

Burada ilk dikkat edilmesi gereken nokta; TTB'nin yürütme ile değil, denetleme ile ilişkilendirilmiş olmasıdır.

Sağlık düzeyinin ve sağlık hizmeti kalitesinin geliştirileceği noktalar olarak ise kesinlikle dünyadaki en gelişmiş ülkelerin standartlarının hedeflenmesi gerekir. Türkiye'nin siyasal yönetimleri Türkiye'de yaşayan herkese, bilimsel gelişmelerin olanaklı kıldığı ve bugün gelişmiş kapitalist ülkelerde pratize edilmiş olan kazanımları sağlamakla yükümlüdürler. Bu düzeyin altında bir hizmet sunumu için gösterilecek hiçbir gerekçe kabul edilmemelidir. Türkiye halkları en az kapitalist dünya halkları kadar zengin olanaklar ve konfor içinde yaşamaya değerdirler.

Yukarıdaki tavır, Türkiye'deki siyasi iktidarların "kaynak yokluğu" türünden çeşitli manipülatif girişimlerini boşa çıkarmanın ve Türkiye'de "olanaklar ölçüsünde" değil, insani düzeyde yaşam talebinin geliştirilebilmesinin tek yoludur. Unutmamak gerekiyor ki, şimdiye dek olanakları belirleyenler, hep kapital ve rant sahiplerinden yana yontan iktidar çevreleri oldu ve bize "olanaklar" edebiyatı değil, insanca yaşam talebi gerekli. Bu nedenle söylediklerimizi olanaksız olarak niteleyecek dost ve düşmanlara, rahatlıkla ve bir ilk adım olarak "Elbette "olanaksız", ama bugün olanaklı olan ne varsa, hiçbir değer taşımadığını görmüyor musunuz!" yanıtını verebiliriz.

HEDEFLER :

Yukarıdaki amaç doğrultusunda benimsenecek hedefler iki başlıkta toplanabilir:

1) Eşitsizliklerin giderilmesinin takipçisi olunması,

2) Sağlık bilgisinin yalnızca sağlıkçılar tarafından kullanılması zemininde ve özellikle de özel muayenehanelerde bilgi kullanımının istismarı olarak somutlanan hasta hakkı ihlallerinin azaltılması yönünde yürütme hakkının (etik denetim - Onur Kurulları işlevi) kullanılması.

İlk hedef için TTB'nin işlevi yine denetleyicilik düzeyinde gerçekleşebilir. Eşitsizliklerin azaltılması iki düzlemde ele alınabilir: a) Türkiye ile gelişmiş kapitalist ülkeler arasında ve Türkiye aleyhine gözlenen eşitsizlikler, b) Türkiye'de, çalışan ve düşük gelirli sınıflar; Doğu; köy ve hizmet sunumu açısından da koruyucu sağlık hizmetleri aleyhine gözlenen eşitsizlikler.

Öte yandan, TTB'nin, hasta hakkı ihlallerine ve ellerindeki bilgi birikimini bilimsel normların dışında salt kendi bireysel çıkarları için kullanan hekimlere karşı net tavır alması; bunun da ötesinde bilgiyi kötüye kullanmayı engelleyici yaptırım hakkını kullanması; yukarıda belirlenen amaca hizmet etmesi dışında TTB'nin saygınlığını ve meşruiyetini de artıracaktır.

STRATEJİLER :

Geliştirilecek stratejik adımlar yukarıdaki hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik somut-politik tercihlerden oluşmalıdır. Bu tercihler sağlık hizmetinin örgütlenme ve finansman boyutlarını içerecektir.

Stratejiler Türkiye'nin somut gerçeklik ve sorunlarını dikkate almanın yanısıra, uluslararası düzeyde içine girilen ve daha doğru bir deyişle de uluslararası finans kurumlarınca azgelişmiş ülkelere önerilen "yeni" yönelimleri irdeleyerek geliştirilmelidir:

Bir sistem boyutunda ve genel olarak ele alınırsa; uluslararası kapitalizmin temel stratejisinin özelleştirme ve tüm çalışan sınıfların sendikal ve siyasal örgütlülüğünün zayıflatılması olduğu söylenebilir. Kapitalizmin temel hedefi, son 15 yıldır içine girdiği bunalımın aşılması zemininde sermayenin yeniden yapılanmasının sağlanması; devletin elindeki bütün kaynakların bu hedef doğrultusunda seferber edilmesi ve olası bütün muhalefetin en başından çökertilmesidir.

Sermayenin özetlenen bu stratejileri nedeniyle, çalışan sınıflara düşen; olabildiğince geniş bir cephe hareketi ile sendikal ve demokratik mücadeleyi yürütebilmektir.

Sağlık sektöründeki özelleştirme stratejisi de, sistemin sağlık için kaynak ayırmaya artık tahammülünün kalmamış olmasından kaynaklanıyor.

Tahammülsüzlük gelişmiş kapitalist ülkeler için de geçerli. Ancak gelişmemişler için, bu ülkelerde düzenli geliri olmayan geniş toplum kesimlerinin

hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayışlarından ve gelişmiş ülkelere kaynak aktarılmasına bağlı olarak gelişen genel yoksulluktan kaynaklanan yapısal bir farklılık var: O da bu ülkelerde sağlık için ayrılan kaynakların zaten son derece kıt oluşudur.

İşte Türkiye gibi ülkelerde, özelleştirme böyle bir zeminde ve sosyal güvenlik şemsiyesi olarak GSS ile birlikte öneriliyor. Özelleştirme bizzat genel bütçeden ayrılan kaynaklarla ve devlet inisiyatifi ile gerçekleştirilmeye çalışılıyor. GSS ise aynı zeminde devlet destekli özel sermayenin geleceğini garantilemenin yolu olarak gündeme getiriliyor. Şüphesiz Dünya Bankası'nın açık ifadeleri bu yönde değil... Ancak gelişmelerin bütünlüklü ve bilimsel analizi bize yukarıdakileri gösteriyor.

Vurgulanması gereken diğer nokta, gerçek bir kaynak yokluğu zemininde ve bizzat bu sorunun çözümü için gerçekleştirilmeye yönelindiği belirtilen özelleştirme ile sağlık sigortasının, yine kaynak yokluğu nedeniyle yaşama geçirilemiyor oluşları. Bu nedenle de Sağlık Bakanlığı'nın projeleri topluma sahte umutlar pompalamanın ötesinde gerçek hiçbir anlam taşımıyor.

TTB ve diğer emek örgütlenmeleri tarafından geliştirilecek bütün stratejilerin yukarıdaki gerçekleri dikkate alan bir anlayış doğrultusunda olması gerekiyor:

1) Bu anlamda da ilk geliştirilecek strateji, olabildiğince örgütlü bir emek cephesi hareketi içinde özelleştirme karşıtı bir tutum olmalıdır. Şimdiye dek bu konuda epeyce şey söylendi. Ancak özelleştirme bağlamında dikkat edilmesi gereken bir nokta daha var... O da Türkiye'de özelleştirmenin bir yasa taslağı maddesi durumuna getirilmeden çok önce, özellikle son 15 yıldır, giderek ivmelenen bir hızla yaşama geçirilmiş olmasıdır. Tek hekim muayenehanelerinden, büyük klinik ve hastanelere kadar irili ufaklı bütün girişimler, devletçe dolaylı (düşük ücretler, gelecek güvencesizliği gibi yarı süre çalışmayı uyaran nesnel dinamiklere karşı hiçbir önlem almayarak) veya doğrudan (kredilerle) yollarla desteklenmiştir. Bu anlamda, TTB'nin özelleştirme karşısındaki tavrı, yürürlüğe konulacak bir politikaya karşı değil, şimdiden önemli oranda gerçekleştirilmiş bir gerçekliğe karşı olmak zorundadır. Ve eğer eşitsizliklerin, hasta hakkı ihlallerinin azaltılması yönünde tutarlı ve işlevsel bir örgütsel yapı oluşturulmak; çalışan sınıflar nezdinde inanılır bir zemine oturulmak isteniyorsa, TTB olarak, özel hekimliğin (onu yaratan koşulları gözardı etmeyerek) her türlü icrasına karşı ilkesel düzeyde net bir karşıtlık belirlenebilmelidir. Hekim kitlesinin TTB'ye karşı düşüncelerini "çatlatacak" olsa bile.

Özelleştirme konusunda dikkate alınması gereken bir diğer önemli nokta, net bir hedefe bağlanmamış ve kendisini salt bir karşıtlık olarak tanımlayan tarzın pek de sonuç alıcı olamayacağıdır. Çünkü özelleştirmelerle gündeme gelecek bir diğer tehlike, özelleştirmelerin yaşandığı bütün sektörlerde ciddi işten çıkarmaların olacağıdır. Kapitalist sistem, bütün dünyada, bir yandan kimi sermaye gruplarına verimli işletmelerin özelleştirilmesi ile kaynak aktarmayı; bir yandan devletin taze para sıkıntısını çözümlemeyi hedeflerken; öte yandan da istihdam hacminin daraltılmasıyla ortalama kâr oranlarını en azından düşürmeden korumayı gözetiyor.

Kapitalizmin içine girdiği bunalım zemininde ve kâr oranlarının korunabilmesi bakımından, işten çıkarmalardan başka herhangi bir seçeceği kalmamıştır... Söz konusu süreç, işçi sınıfının reel ekonomik, sosyal konumundaki aşınma ile birlikte gelişecek olsa bile. Aynı olgu, her bunalım döneminde yaşanmıştır ve hemen herkesin bilgisi dahilindedir.

Dolayısıyla, kapitalizm koşullarında, üstelik kapitalizmin bu bunalımlı döneminde, salt özelleştirmeye karşı bir tavırla özelleştirme ve sonuçlarının engellenebilmesi yönünde etkin bir cephe hareketinin teorik stratejilerinin belirlenebilmesi olanaksız görünüyor.

Bu noktada özelleştirme karşıtı politikayı daha gündelik; çalışanların, özelde de sağlık emekçilerinin somut sorunlarıyla daha fazla oranda rezonans kuracak; daha yapıcı; işten çıkarmaları savunan tezler karşısında daha yıpratıcı olacak bir argümanla beslemek gerekiyor: O da, reel ücretlerde herhangi bir düşüş olmaksızın "Tam İstihdam ve Çalışma Sürelerinin Kısaltılması" biçiminde formüle edilebilir.

Bu talepler, içinde bulunduğumuz konjonktürde emekten yana somut bir tercihi dile getirmenin yanı sıra, eşitlikçi ve sömürüsüz bir dünyaya bağlanmanın da zeminini hazırlayacaktır.

Öyle sanıyorum ki, önümüzdeki dönemde sağlık işkolu özelinde "Çalışma Sürelerinin Kısaltılması" talebinin netleştirilmesi gerekecek. Çalışma sürelerinin kısaltılması, özellikle hekimler için, fiilen istihdam hacminin de artırılması demek olacaktır. Bu anlamda, yine hekimler için ve özellikle de hastane ortamlarında (şimdilik) üç vardiyalı çalışma ritminin savunulması andığım amaca hizmet edebilir... Daha düzenli, daha az süre çalışmak; daha fazla sayıda istihdam ortamı yaratmak; emeğimizin karşılığını daha fazla oranda alabilmek; sağlık hizmetinin niteliğini yükseltebilmek için...

2) Daha önceki bir yazımda da belirtmiştim... Ne gerekçe, amaç ve isimle olursa olsun, TTB,

kendilerinden yana tavır koyduğu toplumsal sınıfların üzerine ek bir finansal yük getirilmesini kabul etmemelidir. Çünkü bu uygulama olsa olsa bu sınıfların aleyhine varolan eşitsizlikleri artırmaya yarar.

Artık finansman konusunda gözlenen örgütsel tavır bulanıklığını da kesinlikle gidermek gerekiyor. Bulanıklıkları şu şekilde özetleyebilirim: a) "Genel bütçeden finansman" tercihinde gözlenen bulanıklık, b) giderek azalmakla birlikte "parasız sağlık hizmeti" tercihinde gözlenen bulanıklık, c) "hekim ile hasta arasına doğrudan para girmemesi" biçiminde geliştirilen tercihteki bulanıklık. Bu tercihleri bulanıklık olarak niteleyiş nedenlerimi şu şekilde özetleyebilirim:

Eğer hedefimiz eşitsizliklerin azaltılması ise, kendi başına bir "genel bütçeden finansman" ya da "kamu payının artırılması" tercihi eşitsizliklerin azaltılmasına değil, artırılmasına yardımcı olabilir ve ekonomik yükün daha fazla oranda çalışan ve yoksul sınıfların sırtına bindirilmesi sürecine eşlik edebilir. Kısaca, hükümet sağlık için ayırdığı bütçe payını, emeği daha çok vergilendirerek gerçekleştirebilir. Nitekim 1989-92 arasında Türkiye'de böyle bir süreç yaşanmıştır. Olay tamamen kapitalist ekonominin bunalım/rahatlık dinamiğiyle ilgilidir.

"Parasız sağlık hizmeti" talebi ise, eğer paranın bir değişim aracı olarak kullanıldığı günümüz gerçekliğini kavramaya çalışıyorsak, tek kelimeyle bilim dışı bir deyiştir. Çünkü kapitalist ekonomi işlerliği içinde, paranın gizlendiği bir üretim ve değişim süreci olabilir, ama bu paranın olmadığı anlamına gelmez. Dolayısıyla önemli olan, paranın nasıl toplandığı ve kullanıldığıdır. Bu anlamda da TTB'nin paranın varlığı gerçekliğini görmezden gelen tutum yerine, sürece ilkesel düzeyde doğrudan müdahale eden; finansman konusundaki ilkelerini netleştiren bir tutum geliştirmesi gerekir.

"Hasta ile hekim arasına paranın girmemesi" yönündeki tercih de (sağlık hizmeti üretimindeki ticari boyutu azaltmak yönünde işlev göreceği bir gerçek olmakla birlikte) yine realite karşısında kafasını kuma sokan bir tutumdur... Yukarıdaki nedenlerle... Eşitsizlikleri yaratan ve üreten mekanizma, hasta ile hekim arasındaki para ilişkisini gizleyerek (genel bütçe ile finansmanda olduğu gibi), finansmanda yükü yine eşitsizliklerden zarar görenlerin üzerine yıkabilir. Bu nedenle de bir önceki tercihle birlikte, eşitsizliklerin azaltılması bağlamında son derece belirsiz ve politik düzeyde en başta belirlemeye çalıştığım ilkelerle hiçbir tutarlılığı olmayan bir tutumdur.

Öte yandan finansman konusunda oldukça net ve kendi sınıfsal konumlanışımıza uygun argümanlar geliştirebilmek de olası:

a) Sağlık hizmetinin finansmanında paranın gerekli olduğunu bilerek, nereden sağlanacağı konusunu açıklığa kavuşturmalıyız. Bu anlamda da öncelikle sosyal olmayan/askeri alanlardan sosyal hizmet ve sağlık sektörüne kaynak aktarımını savunmalı; bu arada da ısrarcı ve ödün vermez bir biçimde devleti barışçı zemine davet eden bir tutum izlemeliyiz. En azından askeri alana aktarılan korkunç boyutlu para nedeniyle.

İkinci olarak, siyasi iktidardan özel sektöre sunulan devlet kredilerinin sonlandırılmasını, özel sektöre sunulan kaynakların kamu kurumlarına aktarılmasını istemeliyiz.

Son olarak da, bütün yapılanlara rağmen halen ek kaynak gerekecekse, bunun doğrudan vergileme ile sermaye, rant ve servet sahiplerinden alınmasını talep etmeliyiz.

b) Finansmanda ikinci önemli nokta, paranın hangi mekanizma ile toplanıp, denetleneceği ve dağıtılacağıdır. Mekanizma genel tercihlerimiz sonrasında bir devlet kurumu veya bu işle özel olarak ilgilenecek (yalnızca somutlamak için altını çiziyorum) SSK benzeri bir kurum olabilir. Şu nokta çeşitli ülkelerin deneyimleri ile netleşmiş durumda... Türkiye gibi yönetsel kapasite ve becerilerin zayıf olduğu ülkelerde, paranın toplanması için ayrı bir yapının kurulması, yönetim giderlerini artırıyor... Kimi ülkelerde bu tür yönetim giderleri toplamın %20'sine kadar ulaşabiliyor. Bu nedenle paranın genel vergi mekanizması ile toplanması ve ikinci bir adım olarak sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumlu devlet veya kamu kurumuna aktarılması daha akılcı olabilir.

Burada bizim hedeflerimiz açısından önemli olanı; kurumun hizmetten yararlananların ve sağlık emekçilerinin doğrudan katılımına açık bir yapıya sahip olmasıdır. O halde parayı denetleyecek, harcamaları yönlendirecek kurumun demokratikleştirilmesi kısa dönemli stratejik bir adım olarak belirlenebilir. Sağlık işkolundaki sendikalar, üç büyük işçi sendikası, tarım kesimini temsil eden birlik temsilcileri, sermaye kesimi temsilcileri ile hizmeti üreten kurumun yönetici temsilcileri finansör kurumun hem genel kurulunda hem de yönetiminde yer alabilmelidirler.

c) Üçüncü nokta paranın ne şekilde kullanılacağı, bir başka deyişle para ile hizmetin ne şekilde buluşturulacağıdır: Bütün dünyada son yıllarda gözlenen gelişme, hizmetteki etkinliğin artırılması adına finansör kurumun, aynı zamanda hizmet sunumunu da üstlenmesi yönünde. Böyle bir tercih hizmet sunumunun da merkezi düzeyde denetlenmesini sağlayabilir.

3) Hizmetin örgütlenmesi anlamında tercihimiz (üzerinde en çok tartışılan olduğu için burada ben de kendimi 1. basamak ile sınırlıyorum) her mahalleye/her köye bir sağlık ocağı, her işyerine bir işyeri sağlık birimi ve sağlık meclisleri biçiminde olmalıdır.

Yukarıdaki formül şu noktalarda bizi bilimsel bir zemine oturtur ve önümüzü açar:

a) Entegre ve ekip hizmeti yönündeki bilimsel anlayışı yaşama geçirme; hizmetten yararlananların katılımını sağlama; sağlığa ve sorunlara daha bütünlüklü ve sosyal bir çerçeveden bakma olanağı verir. Sağlık her zaman bir hastalık olarak değil, çevresel etkenlerden etkilenen ve sürekli gelişim halinde bulunan bir süreç olarak algılanabilir... Ki konuya bilimsel yaklaşımın gereği de budur.

b) Varolan olanaklardan (sağlık ocaklarından) yararlanarak, mevcut gerçekliği geliştirme şansı sağlar. Kaynak kullanımında etkinlik getirir.

c) Her işyerine bir sağlık birimi kurulması durumunda, sanayi ve hizmet sektörlerinde çalışan insanlara, çalışma koşullarına uyumlu hizmet sunma olanağı doğar.

d) Varolan olanakların geliştirilerek kullanılması tercihi, (örneğin) aile hekimliği formülünün yarattığı belirsizlik ve karmaşa duygularını da siler. TTB'yi kitlesi önünde daha meşru bir zemine oturtur. Akılcı bir tutumdur.

4) Sevk zinciri... TTB bu ilkeyi mutlaka savunmalı... Sevk zinciri talebi iki noktada perspektifimizi açar:

a) Hastanelerdeki tıkanıklığı çözer. Sonuç olarak bundan hem hastanedeki hekim, hem de tam bir şaşkınlıkla hastaneye yığılan hasta yarar görür. Öte yandan, yaşanan kargaşadan ticari yararlar sağlayan ve hastaneleri kendi arpalıkları olarak kullanan yarı süre özel çalışan hekimlerin bu tercihten mutlu olmayacaklarını bekleyebiliriz.

b) Sağlık ocaklarına ve pratisyen hekimlere kimlik kazandırır, onları işlevsel ve yararlı kılar. Hizmet içi sürekli eğitimle birleştirildiğinde pratik anlamda Genel Pratisyenliğin yaratılması anlamına gelir. TUS kaosunun temeldeki gerçek çözümüne de katkıda bulunur. Pratisyen hekimin yaşadığı kimlik karmaşası, yabancılaşma sorunlarını azaltacak yönde atılacak ve hekim hakkı ile hasta hakkını birleştirecek en somut adım olur.

5) Kanımca sağlık politikaları bağlamında savunmamız gereken, kısa vadeli sonuncu talep Tam Gün Çalışma Zorunluluğu... isteyen hekimin tam gün kamu sektöründe, isteyenin ise tam gün özel sektörde çalışacağı hizmet sunum biçimidir.

Yarı süreli çalışma ikili yönü bulunan bir dinamik üzerinden işliyor:

a) Hekim düşük bulduğu ücretini artırma ve kendi koşullarını kendisinin belirlediği; bu anlamda da daha güvenceli gördüğü koşulları yaratma olanağını buluyor.

b) Devlet ise, bir yandan hekim ücretlerini sınırlandırma zeminini yakalıyor... Hekime, gelirini artırma olanağının bulunduğunu ve bu olanağı kullanması anlamında da kendisine herhangi bir biçimde herhangi bir zorluk çıkarılmayacağı mesajını iletiyor... Öte yandan da, hekim tarafından üzerine gelecek sendikal mücadele isteğini tamponluyor.

Sonuçta yarı süreli çalışma "alan ve verenin" gayet memnun olduğu bir ortam yaratıyor.

Tam gün tercihi sağlık hizmeti sektöründeki kaosun; kötüye kullanmaların; mesleki değerlerdeki yıpranmanın; tüccar zihniyetin; eğitim hastanelerindeki hizmet ve eğitim kalitesindeki ciddi düşüşün önüne geçmenin en önemli adımlarından birisidir.

Tam gün tercihi örgütün birkaç noktada netleşmiş olmasını gerektiriyor:

a) Özellikle uzmanlar arasında yaygın olan yarı süreli çalışmanın gerek devlet hastanelerinde, gerekse eğitim hastanelerindeki rantiye ilişkileri yeniden yeniden ürettiğinin; bunun ise hizmetin kalitesinde, mesleki ve etik değerlerde, uzmanlık eğitiminin düzeyinde önüne geçilemez bir yıpranmaya neden olduğunun kabul edilmesi. Kısaca sürecin nesnel zemininin yarı süreli çalışma biçimi olarak değerlendirilmesi.

b) Yıpranma ile mücadelenin temel kanallarından birisinin yarı süreli çalışmaya karşı olması gerektiğinin düşünülmesi. Bunun da ötesinde yıpranma ile kesin mücadele kararlılığına ulaşılmış olması.

c) Yarı süreli çalışmakta olan hekimlerle (özellikle) ücretli hekimler arasındaki (en azından) ekonomik ve sosyal koşullar/konumlanış farkının, bu grupların çıkarlarını aynı zeminde savunmayı olanaksız kılacak denli açılmış olduğunun düşünülmesi... Ki bu düşünce doğrudan doğruya TTB'nin kendi nesnel zeminini hangi hekim grubunda gördüğü ile ilintilidir... Olgular ile sürecin bilimsel analizine dayanır.

Sıraladığım tercihlerin bir kısmında halen örgütsel tutum belirsizliği bulunuyor. Dolayısıyla bu noktada ilk yapılacak şey, TTB'nin yönetici kadrolarının yenilendiği bu zaman diliminde, belirsizliklerin netleştirilmesine yönelik kurumsal-katılımcı bir faaliyetin yaratılabilmesidir. Şüphesiz aynı aktivasyonun gerçekleştirilmesi sağlık politikaları dışındaki çalışma alanları için de bir zorunluluk. Bu yazı böylesi bir sürece katkıda bulunursa işlevini yerine getirmiş olacak.

Haziran 1994