1980'den Günümüze Hekimler ve Hekim Örgütleri*

Dr. Semih ŞEMİN**

Günümüzde bir çok olgunun ve sorunun değerlendirilmesinde, 1980 yılı doğal bir başlangıç olarak kabul edilmektedir. Bu durum 1980 sonrası dönemin, ülkemizde yarattığı değişimlerin önemini vurgulamakla birlikte, 1980 öncesi dönemin yeterince dikkate alınmaması ve önemsenmemesi tehlikesi de taşımaktadır. Şühpesiz Son 10 yıl, hem ülkemizde hem dünyada önemli değişimlerin odağı olmuştur. Bununla birlikte ülkemizde 1980 öncesi ve sonrası hakim olan yapılanma ve yaklaşımlar nesnel bir bütünlük taşımaktadır.

Bütünsel bir bakış açısıyla, 1980 sonrasının hekim örgütlenmeleri değerlendirmesinde, ülkemizde varolan sosyo-ekonomik yapı, sağlık hizmetleri örgütlenmesinin tarihsel gelişimi, devletin örgütlenme tarzı, kitle örgütleri deneyimi ve birikimi, sürekli gözönünde bulundurulması gerekli noktalardır. Bu noktalarda doğal olarak ülkemizin dünyadaki konum ve yerinin belirleyici bir önemi olmaktadır. 2000'li yılların eşiğinde "az gelişmiş" ve bağımlı bir ülke olmanın getirdiği, her alanda "çok gelişmiş", çarpık, kronik sorunlar ve çelişkilerle karşı karşıyayız ve bu olgu son 10 yılın değil en azından son yüzyılın sorunu olarak durmaktadır.

Böyle bir yaklaşım içerisinde ele alındığında, 1980 sonrası dönem, hekim örgütlenmeleri açısından, özellikleri farklı bazı bölümlere ayrılabilir. **1) 1980 - 1986 dönemi 2) 1986 - 1990 dönemi 3) 1990 - 1992 dönemi.**

Bu yazı içerisinde hekim örgütlerinin dönemsel temel özellikleri belirtildikten sonra, genelde var olan durum ve hekim örgütlerinin gelişme çizgisini irdeleyen 1992 ve sonrası için bir değerlendirme yapılacaktır.

1- 1980 - 1986 DÖNEMİ

1980 sonrasının geride kalan ama niteliği en belirgin dönemi, bu dönemdir denebilir. 12 Eylül'ün getirdiği ağır baskı koşullarından, ekonomik ve özlük hakları kayıplarından en fazla etkilenen kesimlerden biri de şüphesiz hekimler oldu. Bu dönemin önemli bir özelliği, hekimlerin toplum içerisinde varolan ayrıcalıklarını, azaltmaya veya yoketmeye yönelmesiydi. Tam gün yasası ile getirilen hakların kaldırılması, mecburi hizmet, tıp fakültesi öğrenci sayılarının arttırılması, bu durumun değişik örnekleri olarak sayılabilir. Gene bu dönemde varolan sağlık sorunlarının tartışılması, "yokluğuyla", "azlığıyla" veya "yetersizliğiyle" bir "hekim sorununun" tartışılmasına çoğu kez indirgenmiştir.

Bu tutum halkın sağlık sistemine yoğunlaşabilecek tepkilerinin, en "ucuz" ve "etkili" yoldan önüne geçilebilmesi için gündeme getiriliyordu. **Böylece sağlık alanına ayrılması gereken büyük oranlardaki finansman yerine, yükün ve sorumluluğun hekimlere atılması ve hekimlerle halkı karşı karşıya getiren çıkarların ve çelişkilerin artması hedefleniyordu.**

Genelde olduğu gibi hekimler üzerinde de bu baskı politikalarının daha kolay uygulanabilmesi için, hekimlerin örgütsel bütünlüklerinin dağıtılması, TTB ve tabip odalarının etkisiz ve güçsüz hale getirilmesi amaçlandı. Özel çalışmayan hekimlerin tabip odalarına üye olma mecburiyetinin kaldırılması, TTB yöneticilerinin yargılanması, bazı tabip odalarının faaliyetlerinin durdurulması, Sağlık Bakanlığı ve mülki idare amirlerinin denetim yetkilerinin arttırılması, "politika yapmanın, sendika ve siyasi partilerle ilişki kurmanın" yasaklanması, bu durumun değişik örnekleridir. Varolan yasal çerçeve özünde, tabip odalarının yalnızca özel muayenehane hekimliğinin tabela boyutları, taban ücretleri, hasta simsarları gibi ticari deontolojik sorunlarıyla uğraşan, yetkisiz zabıta teşkilatı benzeri bir işlev görmesi ile sınırlandırılmıştı.

1980 - 1986 dönemi, depolitizasyonun ve sessizliğin, hekimlerde ve tabip odalarında yoğun bir biçimde etkisini gösterdiği yıllar olmuştur. Mecburi hizmet gibi, mahiyeti pratikte sürgüne benzeyen bir soruna dahi ciddi bir karşı çıkış gündeme getirilememiştir.

(*) İzmir T.O. Bülteni Mart 1992 sayısında yayınlanmıştır.

(**) İzmir T.O. Kongre Delegesi.

1984 tarihli, hekim sorunlarını konu alan ve TTB'nce yetkililere gönderilen "**Memorandum**", sorunların dile getirilmesi açısından önemli bir başlangıçtır. Bununla birlikte dönemin genel havasının bir parçası olan "yumuşak üslup", "ölçülü eliştiri" "TTB'nin kamu yararı gözeten kamu kurumu niteliği" bu Memorandumun temel özelliği olmuştur.

"Türk Tabipleri Birliği, başta Türkiye Cumhuriyeti hükümetleri olmak üzere sağlıkla ilgili tüm kamu ve özel kuruluşların iyi niyetli olduğunu peşinen kabul eder. Ancak birliğimiz hükümetlerin çözmek zorunda olduğu diğer sorunlar arasında halk sağlığını ilgilendiren konuların arka plana atıldığını da üzüntüyle belirtmeyi görev sayar ve bunu yanlış bir tutum olarak değerlendirir."

"Bu metinde sözü edilen sorunlarımızın çözümü için birliğimiz uygulanabilir somut ve kalıcı önlemler geliştirmeyi, yetkililere sunmayı ve ortak çalışmalara tüm gücüyle katılmayı onurlu bir görev sayar." (1)

Bu yaklaşım içerisinde zorunlu hizmet, ücretler, nöbet hizmetleri, tayinler, eğitim, sağlık hizmetleri v.b. sorunlar Memorandum'da dile getirilmiştir.

Gene bu dönem içerisinde, 1985 yılında TTB'nin idam cezalarına karşı aldığı tavır, ülkemizdeki insan hakları ihlallerinin yoğunluğu dikkate alınırsa biraz geç ama önemli ve olumlu bir tavırdı.

Sonuçta 1980 - 1986 arası, hekim örgütlenmeleri açısından kitlesel gücün olmadığı, TTB ve tabip odalarının örgütsel olmaktan çok şeklen varolabildiği, otokontrol ve sessizliğin yılları olarak tanımlanabilir.

2- 1986 - 1990 DÖNEMİ

A) Çağdaş Hekim Hareketi

1986 yılından itibaren Ankara, İstanbul ve İzmir'deki tabip odalarında "**çağdaş hekim hareketleri**" yönetimlere geldi. Diğer bazı büyük illerde de benzer gelişmeler oldu. Bu 3 büyük ildeki hareketin isimleri aynı ve programatik yaklaşımları yakın olsa da niteliklerinde belirgin farklılık sözkonusuydu. Demokratik katılım mekanizmalarına önem veren, hekim hareketindeki dinamizmi bir eylemlilik sürecine yansıtmayı isteyen yaklaşımıyla, Ankara Tabip Odası'ndaki pratik değişim bu farklılıklara önemli bir örnekti.

Program düzeyinde İnsan hakları, demokrasi, hekimlerin özlük ve demokratik hakları, katılım konularında genel bir ortaklık taşıyan çağdaş hekim hareketi, yıllardır süregelen "sessizliğe" bilinçli bir tepkiydi. Mecburi hizmetten büyük şehirlere dönen hekimler, asistanlar, pratisyenler, genç uzmanlar, kısaca 1980 sonrasında ekonomik ve özlük haklarıda kaybı en yoğun yaşayan hekim kesimleri, bu hareketin kitlesel tabanıydı. Büyük şehirler arasında özel muyanehane hekimliğinin ve ek gelir kaynaklarının en düşük olduğu Ankara'da, kitlesel tabanın daha yaygın olmasının nesnel bir zemini de vardı.

1980 sonrası, ekonomik istemler temelinde, ilk işçi grevlerinin ve direnişlerinin yasal sınırları değişik biçimlerde aşarak uygulandığı toplumsal tepkilerin göreceli yoğunlaştığı bir ortam mevcuttu. Bununla birlikte öğretmenler, mühendisler v.b. kesimlerde ve örgütlerinde genel bir durağanlığın olduğunu söylemek yanlış olmasa gerek.

1980 - 1987 arası kamuda çalışan hekimlerin, maaşlarındaki enflasyonun uğrattığı büyük erozyon, 1987'de yasalaşan ama uygulanamaya Sağlık Hizmetleri Temel Yasası'nın getirdiği "**sözleşmeli personel**" v.b. yaklaşımların özlük haklarında yol açacağı yeni kayıpların endişesi, T.U.S. kapılarında yığılmaların artması, hekimlerin o dönemki gündeminin ilk sıralarında yer alıyordu. Bu durum, özlük ve ekonomik hakları almak, en azından varolanları korumak için, "**yasalara**" ve **"yasaklara"** karşı "**yasaları zorlayarak**" bir tavır alma potansiyeli yaratıyordu.

Şüphesiz hekimler toplumun en kötü durumda olan kesimlerinden birisi değildi, ama toplumsal ve maddi ayrıcalıklarının en hızlı bu dönem içerisinde azaldığı, unutulmaması gereken bir noktadır. Ayrıca yıllarca sağlık sistemindeki tüm olumsuzlukların temel sorumlusu olarak görülmesinin hekimlerde yarattığı, baskı, potansiyeli bir tepki kaynağıydı.

Ülke genelinde ise 1986 - 1990 dönemi,, 1983'ten beri iktidarda olan ANAP yönetiminin 1987 genel ve 1989 yerel seçimlerinde görüldüğü gibi, uyguladığı politikaların **toplumsal meşruiyetinin** gittikçe zayıfladığı bir dönemdi.

Yeni bir bakış açısıyla, ortak sorunlar konusunda ortak tavır alma isteği ve niyeti hekimler arasında belirgin bir **yankı** bulmaya başlamıştı. Büyük şehirlerdeki tabip odalarında komisyon çalışmaları, birim toplantıları, temsilciler seçimi ve benzeri çalışmalar, hekimlerin belirli eksiklikler taşısa da azımsanmayacak bir **ilgi odağı** haline geldi. Değişik konulara ilişkin düzenlenen panellerin toplantıların v.b. artmasının yanısıra, TTB.nce "işyeri hekimliği sertifikası kursları" gibi uygulamalar gerçekleştirildi. Yine hekimler arasında yıllardır geleneksel leşen, "tabip odası ne yapıyor "veya" tabip odası politika yapıyor", soru ve imajlarına, yeni yanıtlar arama ve getirme çabası da başladı.

Bu dönemde çağdaş hekim hareketinin hem kendi içinde hem de genelde sorguladığı ve ayrımlaştığı temel noktalar, **"tabip odalarının kamu kurumu veya kitle örgütü niteliği", "politika yapma tarzı ve anlayışı" "hekim sorunlarına**

ilişkin mücadele perspektifi", gibi konulardı. Bu konulardaki tartışmalara pratik bir anlamı ve değerlendirmelere ilişkin bazı kıstasları "beyaz eylemler" dönemi verdi.

B) Beyaz eylemler ve sonuçları

1988 Ağustosunda o zamanki Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı'nın "doktorlar paraya doymuyor" sözleri eylemsel bir sürecin başlangıcı oldu. Eylül 1988'de toplam TTB Temsilciler Meclisi, bu sözleri "şiddetle kınayarak" ve **"Hekimlik Onuru ve Özlük Hakları Bildirgesini"** kabul ederek, bununla ilgili bir imza kampanyası açtı. Ayrıca "hekimlerin hastalarına muayene için en az 20 dakika süre ayrılması" konusunda yapılacak uygulamanın zamanlama ve aşamalandırılması için, TTB Merkez Konseyi'ne "görev ve yetki" verdi. Açılan imza kampanyası, bir çok ilde ciddi bir biçimde çalışması yapılmamış olsa da özellikle büyük şehirlerde azımsanmayacak bir ilgi gördü. Aynı dönemde gazetelere "karşınızda nasıl bir hekim görmek istersiniz" başlıklı, kamuoyunu aydınlatıcı ilanlar verildi.

1988 Ekiminde Ankara Tabip Odasının düzenlediği **"Beyaz yürüyüş"** kitlesel bir katılımla gerçekleştirildi. Bu yürüyüş, 1980 sonrası yalnızca hekimlerin değil tüm memurların ilk yasal yürüyüşüydü. "Hekimlik onurunu geri alacağız", **"hekimin derdi, halkın derdi",** "sağlık için hekim, hekim ister geçim", **"İnsan sağlığından tasarruf yapılamaz",** "Karşılıksız nöbet tutmak istemiyoruz" v.b. pankartlar Beyaz Yürüyüş'teki genel hava ve ve karakteri, tepkilerin yöneldiği sorunları yansıtmaktaydı.

Ankara'daki Beyaz Yürüyüş örneği, "Yasalar çerçevesinde hükümeti rahatsız edecek eylemler yapmadıkça hiç bir hakkınızı elde edemezsiniz"(2) sözleri çerçevesinde yayılan etkileşimlerle, hekim tabanındaki artan genel istekle birlikte, **İzmir, (Kasım 1988), İstanbul (Aralık 1988) beyaz yürüyüşleri** aynı tepkiler ve beklentiler doğrultusunda gerçekleştirildi.

Ocak 1989'da toplanan TTB Temsilciler Meclisi, Polikliniklerde hastalara yeterli zamanın ayrılması için hekimlere, hastalara ve devlet yetkililerine çağrıda bulunma kararı aldı.

Nisan 1989'da toplanan Ankara Tabip Odası ara genel kurulu "yetkililerin boş vaatler dışında hiç bir adım atmamaları karşısında, bu oyalamalara artık hekimlerin tahammül edemeyeceklerini ve somut kazanımlar elde edilene kadar daha da etkili, sürekli ve örgütlü mücadele etme, hekimlerin talepleri ve hastaların sağlık hakkı konusunda, kamuoyunu aydınlatmaya devam etme kararlılığında olduklarını" ilan etti. Aynı zamanda "eylemlerin meşruluğunu haklılığımızda taşıdığı görüşünü" temel alarak, **"hastahanede toplu halde nöbet tutulması",** "hastalara yeterli süre uygulaması", **"Türkiye'deki tüm hekimlerin ve sağlık çalışanlarının çağırılı oldukları bir yürüyüş ve miting düzenlenmesini",** "Sendika Girişim Komisyonu Kurulmasını" kararlaştırdı.

Bu kararlar doğrultusunda Ankara'da, toplu nöbetler, yemek boykotları, Sağlık Bakanlığı önünde önlük bırakma v.b. eylemler gerçekleştirildi. İzmir ve İstanbul'da da, hekimlerden gelen istemlerin dayatmasının etkisiyle, daha dağınık ve örgütsüz olarak benzer eylemler yapıldı.

TTB ve Tabip Odası temsilcilerinin Haziran 1989'da Sağlık Bakanlığı'yla yaptığı görüşme beyaz eylemlerin etkisiyle gerçekleşmekle birlikte "toplu pazarlık" havasından uzak kaldı. Bu durumda Sağlık Bakanı'nın toplantıda "Aranızda iki görüş olduğunu da biliyorum"(9) sözleriyle belirttiği gibi, TTB içerisinde beyaz eylemlere ve hekim hareketine yaklaşımdaki nitelik farklılığının, gelişen hareketliliği geleneksel kamu kurumu anlayışı ile değerlendirmenin ağır basmasının önemli bir etkisi oldu. TTB beyaz eylemlerin getirdiği bazı olanakları daha ileriye taşımada yetersiz kaldı.

Şunu kabul etmek gerekir ki beyaz eylemler **kamuoyunda geniş yankılar yaratarak,** varolan olumsuz hekim imajının değişmeye başlamasında önemli katkılar yaptı. 26 Mart 1989 yerel seçimleri sonrası gelişen işçilerin **"Nisan eylemleri"** de benzer nitelikler taşıyordu. ANAP yönetiminin meşruiyetinin, 1989 Yerel Seçim yenilgisiyle azaldığı bir dönemde, "beyaz eylemler"in ve "Nisan eylemleri"nin haklı bir nesnel zemini sözkonusuydu. Bununla birlikte diğer sağlık personelinin ve memurların eylem süreçlerine katılımı bu dönemde oldukça sınırlıydı.

Yaklaşımlar değişse de, ülkemiz yönetimlerinin **"yaraları iyileştirmese de sarma"**, tepkileri **"normalize"** hale getirme konusunda belirgin bir birikimi ve yeteneği söz konusudur. 1989 Temmuz dönemi maaş artışlarının yaklaşık % 100 olmasında, "döner sermayeden" hekimlere ve sağlık çalışanlarına 1989 Temmuzundan itibaren pay verme uygulamasının başlamasında, çok küçük miktarlarda da olsa sağlık personeline nöbetlere ilişkin ücret ödenmesinde, kamu işçilerinin ücret artışlarının yüksek oranlarda yapılmasında "beyaz eylemlerin" ve "nisan eylemleri"nin etkisi yadsınamaz.

Temmuz 1989'dan sonra eylemlerin etkisini yitirmesinin temel önemde bir etkeni de bu ücret artışları ve düzenlemeleri oldu. Beyaz eylemler kitlesel bir katılım yaratmakla birlikte, eylemler sürecindeki potansiyelin, TTB ve tabip odaları içerisinde sürekli örgütsel ve kitlesel bir güç haline gelmesini de getirmedi.

Diğer yandan özünde ekonomik somut istemler temelinde olan ve bu sınırlarda kalan beyaz eylem-

ler, yasal sınırları "aşmasa da" bu sınırları zorlamayı ve **toplumsal bir meşruiyet** yaratmayı sağladı. "20 dakika hasta bakımı" uygulaması gibi varolan sağlık sisteminin işleyişini bozabilecek ve dolaylı bir **"işi yavaşlatma"** sayılabilecek, uygulamaların yaşama geçirilmesinde ise **yetersiz** kalındı. Bu eylemin kamuoyu yaratmada bir etkisi olsa da üç büyük şehirde bazı hastahanelerde uygulanmaya çalışsa da, sürekli ve sistemli kılınamadı ve pratiğe geçirilmesi gerçekleşmedi. Hastalar için bir eylem olarak gözüken "20 dakika uygulaması" özünde hekimlerin ekonomik istemleriyle ve tepkileriyle ilgili bir tavırdı.

Beyaz eylemler, eylemlerin yürütülmesinde ve planlanmasında **kitlesel onay ve istemlerin temel alınması** ve demokratik katılım süreçlerinin yaratılması açısından bir çok olumlu örnek yarattı. Sağlık çalışanlarının ve hekimlerin sendikalaşması konusunda bilinç ve istemi artırdı. TTB ve tabip odalarının olan ve olması gereken niteliği, hatta genelde demokratik kitle örgütlerinin işlevleri konusunda bir **tartışma zemini** oluşturdu ve bu konudaki farklılıkların netleşmesinde yararlı oldu. Kasım 1989'da Ankara Tabip Odası'nca düzenlenen "Demokratik Kitle Örgütleri Perspektifler - Sorunlar" sempozyumu ortaya çıkan tartışma zeminlerinin önemli bir örneğiydi.

Beyaz eylemlere yönelik açılan yasal soruşturmalar da, bilirkişi raporlarında bir suç unsuru saptanmamasıyla sona erdi.

3- 1990 - 1992 DÖNEMİ

A) Tabip Odaları ve TTB'de değişim

1990 Nisanındaki genel kurullarda İstanbul'da **"Demokrat Hekimler"**, İzmir'de **"Demokrat Hekimler Birliği"**, Ankara'da **"Çağdaş hekimler"** listeleri tabip odalarında yönetimlere geldiler.

1990 Nisan Seçimlerinde yönetimlere gelen grupların programları, ülkede ve hekimlerde varolan deneyimlerin yanısıra, beyaz eylemlerin de etkisiyle, 1986 ve 1988 çağdaş hekim programlarından örgütlenme tarzı, hedefler, istemler v.b. konularda daha sistemli yaklaşım ve perspektifleri içeriyordu.

İstanbul'da Demokrat Hekimler programında, **"Hekimlere ait bir Oda"** "Katılımcı Demokratik Tabip Odası", **"Hekim parlementosu niteliğinde Temsilciler Kurulu"** v.b. ilkeler çerçevesinde tabip odalarını **"Sağlık sorunları ve sağlık politikalarında bir taraf olan"**, "hekimlere hizmet veren", **"Sosyal yaşantımızın ortak değerlerimizin bir parçası"**, "mesleksel her türlü kastlaşmaya karşı çıkan", **"grevli toplu sözleşmeli sendikayı savunan"**, "ülkenin demokratikleşme sürecinde önemli bir rol oynayan" bir yaklaşımla ele alıyordu.

İzmir'de "Aktif katılım", **"kitleselleşme"**, "demokratik iç işleyiş", **"Ekip çalışması"**, Temsilciler meclisi", **"Sendikalaşma hakkı"**, "Onurlu hekimlik", **"Gönüllü ilgi odağı"**, "Güçlü, üretken dinamik bir tabip odası", **"İnsan Hakları"**, "Profesyonelleşme", Demokrat Hekimler Birliği programının temel noktalarıydı.

Ankara'da "Çağdaş hekimler Programında" benzer yaklaşımlar sözkonusuydu. Diğer bazı illerdeki tabip odalarında da kitleselleşme, katılım vb. yönlerde geçmiş dönemlere göre olumlu bir değişim gündeme geldi.

TTB'nde de büyük şehirlerde odalardaki değişime ve gelişime paralel olarak, Temmuz 1990'da yapılan seçimlerde **"Ektin - demokratik bir TTB için çalışma grubu"** çoğunluk olarak yönetime geldi. Bu grubun temel ilke ve hedefleri şu şekildeydi.

"TTB'nin önündeki en acil hedef; kurumsallaşma, kitleselleşme ve demokratikleşmedir. Buradaki kurumsallaşmadan kasıt; bürokratik yapıyı güçlendirme değil, aksine, en uçtaki üyeden oda yönetimlerine, odalardan TTB Merkez Konseyi'ne kadar uzanan zincirde, katılımı sürekli, düzenli ve olanaklı hale getiren bir yapılanmadır.

TTB ve odalar, tüm hekimlerin, hep birlikte sorunlarını tartıştığı ve bu sorunlara karşı yine birlikte çözümler üretebildiği bir yapıya kavuşmalıdır.

TTB odalarla olan ilişkilerinde, ast-üst ilişkileri çerçevesini reddeden, aşağıdan yukarıya işleyen, tüm odaların ve hatta giderek tüm hekimlerin katılımına ve politikalar belirlemesine olanak tanıyan bir yapıya kavuşmalıdır.

TTB, bir devlet dairesi görünümünden kurtulmalı, çok sesli, katılımcı, aktif oda ve üyelerin platformu haline gelmelidir. Hekimler adına birşeyler yapan TTB değil, hep birlikte birşeyler yapılabilecek bir TTB yaratılmalıdır"(3)

Bu anlayışla TTB'nde **"Özlük hakları"**, "Pratisyen hekimlik", **"Mezuniyet Öncesi ve Sonrası eğitim"**, "Meslek hastalıkları Sağlık Hizmetleri ve Halkın Sağlığı", **"Genel Demokrasi ve İnsan Hakları"**, konularında çalışmalar yapılması planlandı.

Bu çalışmaların yürütülmesinde her tabip odasından temsilcilerin katılımıyla oluşturulan **Genel yönetim Kurulu (GYK) ve Temsilciler Meclisi'nin** karar verme organı haline getirilerek Pratisyen hekimler kolu, **Sürekli Eğitim Kolu,** Sendika ve Özlük haklar kolu, **İşçi Sağlığı ve Profesyonel Hizmetler Kolu,** İnsan hakları kolu, **Yayın Dökümantasyon Kolu,** Hasta hakları halkla ilişkiler tıbbi ahlak kolu, **Sağlık sektörü ve politikalar kolu** kurulması öngörülüyordu.

TTB ve tabip odalarındaki bu değişimlerle birlikte 1990 - 992 döneminin hekim örgütlenmeleri açısından değerlendirilmesi, yaşanan süreçler ve

yarattığı sonuçlar açısından 1990 - 1991 ve 1991 - 1992 dönemleri olarak ele alınabilir.

B) 1990 - 1991 Dönemi

Bu dönem genel olarak dünyada ve ülkemizde yoğun, hareketli olayların yaşandığı bir dönemdi. **Körfez bunalımı ve savaşı, Zonguldak maden işçilerinin grevi ve yürüyüşü, 1990 Temmuz eylemleri ve sendikalaşma, Türk-İş'in 3 Ocak 1991 işi bırakma eylemi v.b.,** bu dönemin genel niteliğini belirleyen olaylardı. Şüphesiz hekimlerin ve tabip odalarının genel olarak gündemini belirleyen ve dolduran da, bu gelişmeler ve yarattıkları sonuçlar oldu.

1990 Nisanından kısa bir dönem sonra, 1990 temmuz Kamu personelinin artışının **% 25** olarak belirlendiğinin açıklanması, sağlık çalışanları ve hekimler arasında yoğun tepkilere neden oldu. Maaş artışlarının **% 100** olması ve benzer ekonomik istemler temelinde, özellikle İzmir ve İstanbul'da değişik eylemleri ve etkinlikleri kapsayan bir süreç yaşandı. Sağlık çalışanları ve hekimlerin **yemek boykotları,** toplu telgraf - mektup göndermeler, **hastahane bahçelerinde protesto yürüyüşleri,** gazete ilanları, süreç içerisinde değişik kereler ve değişik yerler olmak üzere gündeme getirildi. Tabip odalarının bu eylemsel süreçte aktif, belirleyici bir konumu söz konusu oldu.

Bu eylemsel dönem, özellikle ekonomik istemler ve kamuoyunu ektileme yönünden, daha açık ve net dile getirilmekle birlikte, beyaz eylemlerle temel olarak benzer bir karakter taşısa da, bazı önemli farklılıklar da içermekteydi. Birinci olarak bu eylemler Ankara'dan daha çok İzmir ve İstanbul ağırlıklı olarak gerçekleşti. İkinci olarak sağlık personelinin aktif katılımı çerçevesinde bu eylemler, sağlık personeli ve hekimlerin **ortak eylemleri,** hatta yer yer sağlık personelinin eylemlerine hekimlerin katılması şeklini aldı. Aynı zamanda bu eylemlilik sürecinde, "Sendikalaşma" somut ve belirleyici bir istem olarak ön plana çıkarılan olgulardan biriydi. Temmuz 1990 eylemlerinden kısa bir süre sonra da kamu sağlık personeline yönelik değişik sendikalar kuruldu. Üçüncü olarak eylemler yalnızca sağlık personeli ile de sınırlı kalmayıp, diğer memur kesimlerinin de katıldığı **genel memur eylemleri** muhtevasına büründü.

Bu eylemlerin sonucu, İzmir'de başlayan Ankara, İstanbul, Kocaeli v.b. yerlerde devam eden **sürgün ve cezalandırmalar,** SSK ve Sağlık Bakanlığı yönetimlerince uygulandı. Bu sürgünler ve cezalandırmalar karşısında aktif bir tavır alınmakla birlikte, yarattığı sonuçlar açısından potansiyelin düşmesinde önemli bir etken oldu.

1990 Temmuz eylemlerinin ardından Ocak 1991' de yine memur maaş artışı daha da düşük düzeyde tutulmasına rağmen, yeni bir eylemlilik dalgasının doğmasına yol açmadı. Böyle bir tablonun ortaya çıkmasında **kamuoyu yaratan ama sonuç getirmeyen eylemlerin tekrarlanmasına olan genel bir isteksizliğin yanısıra,** memur sendikalarının henüz netleşmiş bir konuma sahip olmaması ve gündemin Körfez Savaşı ve işçi eylemlerine kayması belirleyici rol oynadı.

Aralık 1990'da başlayan Zonguldak maden işçilerinin grevi ve Ankara yürüyüşü ardından gelen Türk-İş'e bağlı sendikaların ve işçilerin katıldığı **3 Ocak işi bırakma eylemi, mücadele deneyimi açısından bir çok önemli iz bıraktı.** Genel bir destekleri sözkonusu olmakla birlikte, sağlık çalışanlarının ve tüm diğer memur kesimlerinin bu sürece aktif katılımının gerçekleşmemesi, memur ve işçilerin ortak mücadelesi ve kazanımları açısından önemli bir kayıptı.

Ocak 1991 de başlayan **Körfez savaşı** ve yarattığı sorunlar, uzun bir süre ülkemizi olduğu gibi tüm dünyayı ilgilendiren bir sürecin yaşanmasına neden oldu. TTB ve özellikle İstanbul ve İzmir olmak üzere bazı tabip odalarında bu savaşa ve Türkiye'nin savaşa girmesine karşı çıkma yönünde yoğun çaba ve etkinlikler gündeme geldi. Bu savaş aynı zamanda yüzlerce hekim ve sağlık personelinin **"geçici görev"** adı altında özlük, hakları dikkate alınmadan çok kısa bir süre içerisinde Güneydoğuya gönderilmesine ve bu yönüyle sağlık personeli ve hekimlerin yoğun tepkilerine neden oldu. Özlük haklarının ihlal edilmesiyle, usulsüz olarak yapılan bu geçici görevlendirmelere karşı çıktıkları gereçesiyle İzmir Tabip Odası'nın yönetim kurulu üyeleri cezalandırıldı.

1990 - 1991 Dönemi, genel olarak ele alındığında, bu kronolojik gidiş çerçevesinde bir çok önemli deneyimin kaynağı oldu. Bu süreç içerisinde "temsilciler meclisi", "genel üye toplantıları", birim toplantıları özellikle eylemsel dönemlerde kararların alınmasında ve hayata geçirilmesinde temel görevler üstlendiler. Bunların yanısıra bilimsel, sosyal, kültürel ve benzeri faaliyetlerin ve hekimlere yönelik sigorta, araba kampanyası vb. hizmetlerin canlılığı açısından bu dönemin, büyük şehirler başta olmak üzere tabip odalarında geçmiş dönemlere göre daha yoğun ve hareketli geçtiğini de belirtmek gerekir.

TTB açısından ise bu dönemde varolan program doğrultusunda bazı çalışmaların yapılmasının yanısıra, devam edegelen anlayış farlılıklarının getirdiği TTB içi çelişkiler de, değişik biçimlerde yaşanmaya devam etti ve etkili oldu.

C) 1991 - 1992 Dönemi

Nisan 1991 ara Genel Kurulları ile başlayan sürecin bir önceki döneme göre hekim hareketi ve tabip odaları açısından belirgin bir **sessizliği** ve **durağanlığı** içerdiğini söylemek yanlış olmasa ge-

rekir. Hekim hareketinin ivmesini belirleyen Ankara, İstanbul ve İzmir'deki ara genel kurullar bu sessizliğin bir ifadesi olarak geçmiş dönemlere göre katılım ve niteliği oldukça düşük ve cansız bir biçimde gerçekleşti.

Büyük şehirlerdeki tabip odalarında üyelere yönelik bilimsel, sosyal v.b. dallarda hizmetlerin üretilmesi, bu dönemde de artarak devam etse de kamuoyunda hekim sorunları ve özlük haklarına ilişkin sistemli bir program ve koordinasyon çerçevesinde gündem belirlemede, belirli bir **ivme düşüklüğü** yaşandı, TTB'nin 39. Büyük Kongresi'nde bu konuya ilişkin kaar da alınmasına rağmen birim örgütlenmeleri, Temsilciler Kurulu, GYK gibi katılım mekanizmaları etkin bir işlev görmekten uzak kaldı. **Gündelik ve rutin faaliyetlerin ağırlıklı olduğu, kitlesel katılımın sınırlı kaldığı bir tablo temel olarak ortaya çıktı.** Yeni kurulan sağlık çalışanları sendikaları da özellikle hekimler açısından kitlesel bir **çekim merkezi** olamadı.

Şüphesiz böyle bir tablonun ortaya çıkmasında, ülke gündemini belirleyen temel olayın 20 Ekim Genel Seçimleri ve istemlerin, beklentilerin bu seçimlere kanalize olmasının önemli bir rolü vardı. Seçim kampanyasından çok reklam ve vaatler kampanyasını andıran bir seçim dönemi, kamuoyunun uzun bir süre temel konusu oldu. TTB ve bazı tabip odaları seçim döneminde 1980'den beri sağlık alanındaki uyglamaları değerlendiren ve somut istemleri önerileri dile getiren değişik çalışmaları gündeme getirdiler.

20 Ekim Genel Seçimlerinden sonra ise, bilindiği gibi toplumun ve kamuoyunun önemli oranda desteğini alan, DYP - SHP Koalisyonuna dayalı Hükümet kuruldu. İnsan hakları ve demokrasi konuları başta olmak üzere, Koalisyon protokolü ve Hükümet programında yer alan vaatler çerçevesinde, yaratılan umutlar ve beklentiler dalgası, özellikle ilk dönemlerde oldukça büyük oldu. Yaratılan umut ve beklentilerin ne kadarının gerçekleşeceği konusunda önemli kuşkular bulunsa da bu yaratılan dalga kişisel anlamda zihinlerde, toplumsal anlamda kitle örgütlerinde, büyük oranda var olan yeni yönetimin **açık desteklenmesini,** en azından "ehveni şer" yaklaşımıyla **sessiz kabulünü** gündeme getirdi. TTB ve tabip odaları da genel olarak destekler bir tavırla birlikte yeni hükümete ilişkin net bir tutum belirlemede özellikle ilk dönemlerde yetersiz kaldılar. Somut bazı talepler gündeme getirilmekle birlikte, genelde olduğu gibi sağlık anlanında da **"resmi gündemin"** insiyatifi ve belirleyiciliği hakimiyetinde bir sürece girildi.

Şüphesiz bu periyodun ülkemizde varolan koşullar içerisinde çok uzun sürmeyeceği söylenebilir. KİT ürünlerine yapılan zamlar ve 1992 Ocak kamu personeli maaş artışlarının düşük tutulması, genel olarak verilen vaatlerin ya budanması ya da unutulmaya terkedilmesi gibi yaklaşımlar, **yeni yönetime açılan toplumsal kredinin çok cömert harcandığının önemli işaretleridir.** Yönetimler yenilense de, ekonomi, sağlık, eğitim vb. gibi çok alanda uygulanan politikaların, eski ve bilinen politikaların, bazı biçimsel değişikliklerle devamı olması ülkemizde az rastlanan bir olgu olmamaktadır.

Sonuç olarak böyle bir gündem çerçevesinde akan ve akacağı benzeyen 1991 - 1992 döneminin TTB ve tabip odaları açısından, hekimlere yönelik bazı hizmetlerin yürütülmesinin ağırlık kazanmasıyla birlikte, yeni atılımlara gereksinim gösteren bir soluklanma ve değerlendirme dönemi de olduğunu söyleyebiliriz

4) 1992 ve SONRASI İÇİN GENEL BİR DEĞERLENDİRME

A) Dünya ve Türkiye

Hızla akan olaylar ve olgular silsilesi içerisinde yaşanan bir değişim sürecinin son 10 senenin temel vurgusunu oluşturduğu bir dünyada yaşıyoruz. Öyle ki insanlığın yaklaşık bir senelik gündemini işgal eden **"Körfez Savaşı"** bile üzerinden az bir zaman geçmesine rağmen **"unutulanlar"** arasına girebiliyor. Yeni bölgesel savaşlar, yeni çelişkiler gündemi belirliyor.

Böyle bir tablo içerisinde, varolan "Sosyalist Sistemin" çözülmesi ve dağılması, sol yaklaşımların prestij kaybı sonucu oluşan tek kutuplu dünyada, yeni değerler manzumesi ve yeni bir söylem tarzı ortaya çıkmaktadır. "Küreselleşme", "Globalleşme" "Ortak insani değerleri" gibi kavramların oluşturduğu **Yeni Dünya Düzeni** "güleryüzlü bir hava içerisinde" yeni değer yargılarını, daha doğrusu yıllardır bilinen ve tartışılan bazı kavramları biçimlendirmektedir. **"Demokrasi", "insan Hakları", "Serbest piyasa ekonomisi",** Yeni dünya düzeni söyleminin temel köşe taşlarını oluşturmaktadır. Bireyleri ve bireyler arasındaki ilişki ve iletişimi hakimiyeti altına almaya çalışan kitle iletişim araçları, medya dünyası, bu çerçevede **gündemi belirlemede, alternatifleri gözükmeyen bir tekseslileği dayatmada,** etkin bir rol üstlenmektedir.

Bütün bunlara rağmen, Dünyada varolan sorunların ve çelişkilerin daha büyük ve daha sivri hale gelmesi süreci devam etmektedir. Bölgesel nitelikte de olsa **savaşlar,** ülkesel ve bireysel **sömürge** ve **sömürü** ortamı yine söz konusudur. En fazla insan hakları ve demokrasi lafının yapıldığı bir dönemde, bilinen ve bilinmeyen insan hakları ihlalleri olağanüstü boyutlarda devam etmektedir. En demokratik denen ülkelerde bile anti demokratik bir çok yaklaşım ve uygulama gündeme gelebilmektedir. Son körfez savaşı örneğinde olduğu gibi, insan haklarına uyan bir "savaş" ve demokrasiye, eşitliğe

uygun bir sömürü ne kadar mantıklı ve doğru olabiliyorsa geçerli olan "İnsan Hakları ve Demokrasi" yaklaşımı da bu derecede **sınırlı ve içi boşaltılmış** hale getirilmek istenmektedir.

Yine "serbest piyasa ekonomisi" uygulaması ülkesel ve bireysel düzeyde "Varlıklılar" ve "Yoksullar" arasındaki çelişkiyi daha da attırmaktadır. 5,3 milyar insanın yaşadığı Dünyamızda, azgelişmiş ülkelerde yaşayan **4,5 milyarına** yıllık kişi başına ortalama **700 dolar** gelir düşerken, geriye kalan gelişmiş ülkelerdeki 800 milyon insana **15000 dolar** düşmektedir. A.B.D'nde yalnızca yıllık sağlık harcamaları, ülkemizin toplam ulusal gelirinin **4 katı** düzeyindedir. Başka bir örnekle bir bilgisayar şirketi İ.B.M'in yıllık cirosu ülkemizin yıllık ulusal gelirine yakındır. Yine yoksul ülkelerde yaşayan 3 milyar insanın dünya gelirinden aldığı pay, 60 milyonluk Fransa'nın Dünya gelirinden aldığı paya eşit olmaktadır.(4)

Dünya çapında serbest piyasa, bir tarafta **aşırı ve gereksiz tüketimin** diğer tarafta beslenme yetersizliği, salgın hastalıklar, cehalet, yabancılaşma ve benzerlerinin **"serbestisi"** anlamına gelmektedir. Günümüzde 1 milyar kişi gerçek yoksulluk, açlık içinde bulunurken 600 milyon kişi de açlığın sınırındadır. Dünya nüfusunun **% 80'nini** oluşturan az gelişmiş ülkelerde bilim adamları ve mühendislerin ancak **% 7'si** vardır.(5)

Üstelik bu durum gelişmiş ülkelerin de rahat ve çelişkisiz olması da demek değildir. A.B.D'nde artan ekonomik bunalımla nüfusun yaklaşık % 20'si sefalet sınırında olup aynı zamanda hiç bir sağlık güvencesine sahip değildir ve **"sağlık güvencesi"** politik alanda önemli bir **vaat** halindedir. Dünyada tüketilen psikotrop ilaçların yarısı A.B.D'nde tüketilmektedir. Avrupada bir örnekle, Belçika da 25-34 yaş arası ölüm nedenlerinde intihar birinci sırada yer almaktadır.(6)

Ülkemiz ise, kurulmaya çalışılan yeni dünya düzeninin önce 24 Ocak kararlarıyla başlayıp 12 Eylül'le devam eden "serbest piyasa ekonomisine", ve sonrasında "insan hakları ve demokrasisine" uyum sağlama sürecinde, aynı zamanda toplumsal ekonomik, siyasi, **keskin çelişkilerle** karşı karşıya bulunmaktadır. Yeni dünya düzeninin parçası olma uğraşısında, kişi başına düşen **1400 dolarlık** yıllık geliriyle ve kişi başına **1000 dolar** dış borcuyla, bozulan gelir dağılımına, artan enflasyon ve yoksullaşmaya, yıllardır biriken ekonomi, sağlık, eğitim, konut, beslenme v.b. alandaki sorunlara çare aramak durumundadır.

Yıllardır sürdürülen "kalkınma" ve "sanayileşme" umutları ve sözlerine rağmen az gelişmiş bir sanayi, tarıma dayalı bir ekonomi ve işgücü, alt yapısı oturmamış kentleşme ve bu durumun getirdiği değişik sorunlarla iç içeyiz. Toplam işgücünün gelişmiş ülkelerde **% 3'ü** tarım sektöründe çalışırken ülkemizde **% 50'si** tarım sektöründedir. Ülkemizde yaklaşık **2 milyon** fabrika işçisi varken bu oran yaklaşık aynı nüfusa sahip olduğumuz Fransa'da **13'milyondur.** Yine ülkemizde son 40 senede nüfusun **% 95'i** doğduğu yerden başka bir yere göç ederek yaşarken Japonya'da ise halkın **% 25'i** halen doğduğu evde yaşamaktadır.(10) Böyle çarpık çelişkilere, "bireyselleşme" ve "köşeyi dönme" vb. ideolojilerinin "serbest piyasa ekonomisi" çerçevesinde eklendiği toplumsal bir ruh hali yaratılmak istenmektedir.

Sağlık hizmetleri ve sağlık personeli açısından da bu tablo çerçevesinde benzer çelişkileri sıralamak mümkündür. **Serbest piyasa** ve dolayısıyla **"kar"** mantığının hakim kılınmaya çalışıldığı sağlık alanında bölgesel ve kişisel dengesizlikler ve eşitsizlikler büyük boyutlardadır.

Ülkemizde yıllık sağlık harcamaları kişi başına yaklaşık **60 dolar** ile düşük bir orandadır. Örnek vermek gerekirse: **14 milyon nüfuslu Hollanda'nın, sayıları 2 milyonu aşmayan yaşlı nüfsunun yalnızca bakımı ve tedaevisi için 1991 yılındaki harcamaları (4,5 milyar dolar), aynı yıl ülkemizdeki kamu, özel tüm sağlık harcamalarından fazladır.** Yine 1991 yılında, 3,9 milyar dolar ülkemizin ödediği dış devlet borç miktarı benzer şekilde tüm sağlık harcamalarını aşmaktadır.(7)

Hastane yataklarının % 36,5'u, hekimlerin, % 47'si üç büyük kenttedir. Üstelik son 10 senede yaklaşık **33 bin hekim** (tüm hekimlerin % 60'ı) **mecburi hizmet** uygulamasına tabi tutulmuştur. Sağlık sorunlarına ilişkin benzer çelişkileri değişik örneklerle arttırmak mümkündür.(8)

Görüldüğü gibi hem dünya hem Türkiye basit sorunlarla ve çelişkilerle karşı karşıya değildir. Hekimlerin ve hekim örgütlerinin geleceğini de, bu önveriler çerçevesinde değerlendirmek gereklidir.

B) Hekim Örgütleri

1- Hekimlerin Nesnel Durumları ve Sorunları

1980 öncesinde daha homojen ve ayrıcalıklı toplumsal, ekonomik yapıya sahip olan hekimlerin son 10 senede hetorojen bir yapıya dönüşümleri hız kazandı. Hekimlere ilişkin, pratisyenler, asistanlar, uzmanlak, özel veya resmi çalışanlar, hastahane veya özel poliklinik sahipleri, öğretim üyeleri, baştabipler v.b. gibi, değişik konumları içeren geniş bir yelpaze söz konusudur. Bu yelpaze içerisinde ücret - gelir durumları ve bürokratik mekanizmadaki yerlerine göre ayrımlaşma ve farklılaşma gündeme gelmektedir.

Son 10 senede özellikle kamu kesiminde çalışan hekimlerin hem ücretlerinde hem özlük haklarında büyük kayıplar olduğu bir gerçektir. **Pratisyen, asistan ve yeni uzmanların** hekimler içeri-

sinde gelir düzeyi en düşük grubu oluşturmaları da bu temelde olmuştur.

Aynı zamanda 1980 sonrasında ücret durumlarındaki kayıplar, 1989 yılına kadar yoğun olup bu tarihten sonra en azından enflasyon oranına yakın artışlar yapılarak, kayıpların stabil hale getirildiği söylenebilir. Yeterli bir kıstas olmamakla birlikte memurluğa yeni başlayan bir pratisyenin maaşının, yaklaşık olarak 1981'de **400 dolar,** 1988'de **370 dolar,** 1992'de **580 dolar** olması bu durumun bir göstergesidir. Ayrıca tüm hekimleri kapsamamakla ve yeterli oranda olmamakla beraber, döner sermaye primlerinden pay verilmesi, nöbet ücretleri vb. ek ödemeler, son senelerde gündeme gelmiştir. **Bunlarla birlikte hekimlerin maddi konumu değerlendirirken, hem toplumdaki hem de hekimler arasındaki gelir dağılımındaki dengesizliklerin artışını gözden ırak tutmak gerekir.**

Yine Son 10 sene süresince, yalnızca özel çalışan hekimlerin tüm hekimlere oranı % 35'ten % 20'ye düşmüştür. Ücretlerde düşüklüğün yanısıra hekimlerin özel muayenehaneler başta olmak üzere, ek gelir olanaklarında da belirli azalmalar olmuştur. **Böyle olmakla beraber özel çalışan hekimlerin gelir düzeyleri ve hekimlerin ek gelir kaynaklarının durumuna ilişkin nesnel veriler oldukça sınırlıdır.**

Hekimlerin 1980 sonrası sınıfsal konumlarında bir değişim olmakla birlikte, bu değişimin nitel karakteri abartılmamalıdır. Hele bu değişimi bazen yapılageldiği gibi **"proleterleşme"** kapsamı içerisinde değerlendirmek için henüz oldukça erkendir. Ücretli çalışma oranında önemli bir artış olsa da, her ücretli hale gelme olgusu, sosyo-ekonomik yapılanma içerisinde birçok faktörün etkilediği "Proleterleşme" ile eş anlamlı değildir.

Bir baz olması açısından örneklenirse, **bugün ülkemizde yaklaşık 600 bin kişinin gelirini belirleyen asgari ücretle kamuda yeni göreve başlayan bir pratisyen hekimin geliri arasında yedi kattan fazla bir fark sözkonusudur.** Ayrıca potansiyeli bir tehlike olmakla birlikte hekim işsizliğine bugün için yok denebilir.

Hekimlerin toplumsal ekonomik statüleri "kaybedecekleri bir şey olup olmaması" anlamında değerlendirilirse, daha kaybedecekleri çok "şeyler" olduğunu söylemek yanlış olmasa gerekir. Varolan toplumsal düzen, hekimler açısından nesnel olarak **bireysel kurtuluş olanaklarını** tüketmiş değildir. "Kurulmuş düzenlerin bozulmaması", "varolanları koruma", "sorunlara ve olaylara pragmatist (faydacı) yaklaşımlar", hekimler arasında yaygın bir ruh halidir.

Aynı zamanda serbest ekonomisi gereği sağlık hizmetlerinde de **"kâr"** mantığının geçerli kılınmaya çalışılması sonucu **"pazar"** kurallarının ve çelişkilerinin hekimler arasında yaygınlaşması artmaktadır. Hekimler açısından, genelde sağlık sistemlerindeki olumsuz koşullara tepkiyle birlikte, bu olumsuz koşullardan yararlanma olanağı da söz konusudur ve bu yararlanım, sağlık sistemine duyulan tepkilerin pratik bir anlam kazanmasında önemli bir engeldir.

Özel muayenehane hekimliği, kamuda çalışma ile birlikte part-ime biçimi ağırlıklı olmak üzere yaygınlığını sürdürmektedir. Özel muayenehane hekimliğinde, uzmanlar ve özellikle bazı uzmanlık dalları açısından 3 büyük şehrin dışındaki taşra kentlerinin ve ilçelerinin cezabesi devam etmektedir. 1980 sonrası büyük şehirlerde özel poliklinikler, işyeri hekimliği, ve benzeri yerlerde çalışma pratisyen ve uzmanlara ek gelir olanakları yaratmaktadır.

Hekimlerin toplumsal ekonomik konumları değerlendirildiğinde **"üretli"** hale gelme sürecinin **"özel çalışma"** ile ağırlıklı olarak birbirine eklendiğini söyleyebiliriz. Günümüzde kamu kesiminde çalışma, özel muayenehane hekimliği, polikliniklerde çalışma, işyeri hekimliği, hekimlerin günlük yaşam içerisinde geniş bir zamanını kapsayan değişik konbinasyonlarda çoğu kez birliktedir.

Genel olarak bir "statü" kaybından söz edilebilse de bu kaybın değişik hekim kesimlerindeki etkileri ve boyutları da farklı olmaktadır. **Örneğin hekimlerin önemli bir kesimi olan pratisyenlerin küçük ve dağınık birimlerde çalışmanın getirdiği dezavantajlar ve uzmanlığın devam edegelen çekiciliğine rağmen örgütlenmeye ve katılıma yatkınlığı diğer hekim kesimlerine göre belirgin bir artış içerisindedir.**

Hekimlerin beklentilerini, istemlerini, toplumsal - ekonomik konumlarını ve bu konumdaki değişimleri, hekim örgütlerinin perspektifleri programları açısından, öznel ve ön yargılı davranmaksızın sürekli değerlendirilmek ve araştırmak önemli bir zorunluluk olmaktadır.

Hekimlerin istemlerinin yoğunlaştığı alan daha çok ücret kayıplarına yönelik olmakla birlikte son yıllarda yaşanan statü kaybının bundan başka önemli bir çok nedeni de vardır. Hekimlerin sorunları ücret v.b. gelir durumlarından çok daha geniş **"haklar"** çerçevesinde ele alınması gerekli bir olgudur. Sosyal, bilimsel, kültürel demokratik, özlük v.b, hak, olanak ve mekanizmaların gerçekleşmesi bu olgunun birbirinden ayrı ele alınamayan ve uzun vadeli bir değişim isteyen bir çerçeveşidir.

Ayrıca ücret artışlarına yönelik istemlerde ülkemizde uygulanan ekonomik politikaların da etkisiyle, ağırlıklı olarak enflasyon karşısında hekimlerin ve diğer çalışanların gelir kayıplarını azaltmaya yönelmektedir. Hekimlerin ve çalışanların ücret artışlarıyla yalnızca enflasyon karşısında kayıplarını karşılamayı değil, **yaşam standartlarını yükselt-**

meye çalışması, varolan koşullar içerisinde "lüks" bir yaklaşım olarak çoğu kez algılansa da gündeme getirilebilmelidir.

Bu temelde ücret artışları gibi günlük ve kısa vadeli istemlerin ve bu istemlerin doğurduğu tepkisel potansiyelin temel istemlerle birleştirilmesi ve örgütlenmenin güçlenmesine kanalize edilmesi zor ama sistemli yapılması gerekli bir işlemdir. Böylece "eylemsel" dönemler arasındaki gündemin belirlenmesinde yaşanan boşlukların da yarattığı olumsuz etki daha sınırlı olabilecektir.

Hekimlerin diğer sorunlarının yanısıra yaşanan **etik sorunlar büyük bir öneme sahiptir.** Hepimizin bildiği gibi varolan sağlık sistemi **"ahlaksal normların"** hergün, heran zorlanmasına olanak yaratmaktadır. "Köşe dönmenin", "kendini kurtarmanın", "bireyselleşme"nin bir yaşam anlayışı haline getirilmek istendiği ülkemizde, hekimlerin bu durumdan ektilenmeleri, kuşkusuz doğal olmakla birlikte kaçınılmaz değildir. **Bu durum bir yönüyle hekimler arasında örgütsel ve mesleksel eleştiri - özeleştiri geleneğinin yeterince olmaması ile de ilişkilidir.**

Hekim - hasta, hekim - hekim , hekim - sağlık hizmetleri v.b. yönleriyle geniş bir kapsamı olan etik sorunları, TTB, ve tabip odalarının gündeme getirip ele alması, günümüze dek sınırlı kalmıştır ve kalmaktadır. Bu duruma ilişkin örgütsel ve yasal konumdan kaynaklanan nedenler ve yetersizlikler olmakla birlikte esas sorun yaklaşım tarzındadır. "Herkesin yaptığını hekimlerin yapmasını da doğal karşılama", "hekimlik onurunu korumanın, hekimleri korumayla, eşdeğer tutulması", bu yanlış yaklaşım tarzlarına birkaç önemli örnektir. Bu durum, varolan olumsuzluklarla uğraşma yerine "bir yolunu veya yöntemini bulup" olumsuzluklardan yararlanmaya bir zemin teşkil etmektedir.

Etik kurallara aykırı davranan azımsanmayacak sayıda hekimin olduğu bir gerçektir. Bu konuya ilişkin **"kuralsızlığın hakimiyetini"** doğal karşılamak yerine, belirli kurallar konmasında ve uygulanmasında adımlar atılmalıdır. **Dar anlamda yalnızca hekimlerin çıkarlarını gözeten yaklaşımların, uzun vadede hekimlerin çıkarlarına da hizmet etmeyeceği, farkında olunması gereken önemli bir noktadır.** Ayrıca etik sorunlar sadece "Onur kurullarının" çalışıp çalışmaması düzeyinde ele alınacak bir olguda değildir. Bu durumda daha kapsamlı bir faaliyet ve perspektif gereksinimi söz konusudur.

Etik sorunlara ilişkin hekimlerin geneli şikayetçi olmakla birlikte değişiklik konusunda yeterli potansiyeli yoktur. Yaşanan deneyimlerin gösterdiği gibi meslek içi eleştiri ve özeleştiri birlikteliğin bir engeli değil, zorunlu bir ön koşuldur. Meslek çıkarlarının korunması ve hekim örgütlerinin gerçek anlamda bir "meslek örgütü" niteliğine kavuşması eğitim ve denetimin birarada geliştirilmesine bağlıdır.

Etik kuralların yerleştirilmesinde sağlık sistemindeki olumsuzlukların giderilmesinin şüphesiz önemli bir rolü olacaktır. Bu açıdan beyaz eylemler döneminde hekimler arasında artan sağlık sorunlarındaki olumsuzlukların sorumlusu ve ortağı olmamaya yönelik potansiyelin arttırılması ve geliştirilmesi önemli bir gereksinimdir.

Hekim sorunları açısından önemli bir yer tutan diğer bir alan mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimindeki yetersizliklerdir. Bu sorunun çözümüne yönelik ciddi bir **"resmi girişim"** şimdiye kadar gündeme gelmemiştir. TTB ve Tabip Odaları'nda özellikle son senelerde, mezuniyet sonrası eğitime yönelik sistemli ve etkin bir işlev üstlenmeyi hedefleyen, Medline, değişik yayın faaliyetleri, kurslar vb. gibi hekimlerin artan ilgisini çeken çalışmalar yapılmaktadır.

2- Örgütlenme, Demokratik Katılım

Hekim örgütlerini değerlendirirken, kitle örgütleri deneyimi ve birikimi sınırlı olan, değişik baskı ve engellerle sınırlı bırakılan bir toplum da bulunduğumuzu gözardı etmemek gerekir. Hekimler ve benzer kesimler açısından örgütlenme modelinin kitlesel bir bilinç ve istem ile "aşağıdan yukarıya" doğru değil, "yukarıdan aşağıya" gündeme gelen tarihsel bir gelişim periyoduna tabi olduğu bilinen gerçeklerdir. Devletin "himayesi" ve "gözetimi" çerçevesinde gelişen "kamu kurumu" niteliği bu tür bir tablonun ürünüdür.

TTB ve büyük şehirlerdeki tabip odalarında son senelerde gelişen çizgi "kamu kurumu" niteliği ve kavramına belirgin bir açıklık getirdi. "Hekimlerin çıkarlarını", kamu kurumu, niteliğinin temel noktalarından biri olan devletin çıkarlarının korunmasından önde kabul edip, belli istemler doğrultusunda eylemler yapılmasının anlamı da bu noktada yatmaktadır.

Bununla birlikte kamu kurumu niteliğinin, TTB ve tabip odalarında çok derin kökleri olduğunu da dikkate almak gerekir. Hekim kitlesinin "devlet - hekim" ilişkilerinde bilinç düzeyi, TTB ve tabip odalarındaki bazı örgütsel "gelenekler", "hükümetler kötü olabilir ama devlet daima iyidir" mantığının genel geçerliliği, ülkemizde devletin toplumsal - ekonomik hayattaki olağanüstü ağırlığı, bu durum için geniş bir nesnel zemin yaratmaktadır.

Bürokratik mekanizmalarda hala önemli bir rolü olan, birçok yerde "devleti" temsil eden bir konum ve işlev üstlenen hekimlerin devleti salt bir **"işveren"** olarak algılaması düzeyi geridir. Günü-

müzde hekimlerin büyük bir kesimi kamu kurumlarında çalışmakla birlikte aynı zamanda yaklaşık 3000 civarında hekim Sağlık Bakanlığı, SSK gibi yerlerde, baştabip, sağlık müdürü, genel müdür v.b. idari mekanizmalarda görev yapmaktadır.

Kuşkusuz "kamu kurumu" niteliğinin netleşmesini sağlayacak önemli bir yaklaşım, "kitle örgütü" niteliğinin yaratılıp yaratılamaması sorunudur. Kabul edilmelidir ki bu dönemde, "beyaz eylemler" ve 1990 Temmuz eylemleri dışında, TTB ve tabip odaları çalışmalarına ve organizasyonuna kitlesel katılım istenen düzeylerde olmamıştır. Burada dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, kitle örgütlerinde katılımın salt sayısal düzeyde değerlendirmenin ve buna göre olumlu veya olumsuz sonuçlara varmanın, yeterli bir kıstas teşkil etmemesidir "Kitle Örgütü" kavramında sayısal katılım kadar varolan **"örgütlenmiş kitle"**nin program, ilişki ve organizasyon niteliğindeki durum da gözardı edilmemelidir.

Hekim örgütlerine tüm hekimlerin aktif katılımı istense de, kısa vadeli gerçekçi bir olgu değildir. Özellikle olağan periyotlarda hekimlerin "günlük maişet derdi" örgütlenmeye aktif katılım için doğal bir istem ve zamanı kısıtlı bırakmaktadır.

Bununla birlikte hekim örgütlerinin hekimlerin genel nabzını yakalayan somut hedef ve sonuçlara ilerleyen bir **potansiyel güç görünümü ve niteliği** yeni kazanımların, süreç içerisinde artan bir katılımın önemli bir ön koşuludur.

Kitle örgütlerinin olması gereken diğer önemli bir özeliği "demokratik katılım" mekanizmaları açısından TTB ve bazı büyük il tabip odaları son yıllarda bazı önemli girişimlerde bulundular ve adımlar attılar. Bununla birlikte "birim temsilcilikleri", "temsilciler meclisi", Genel yönetim kurulu" gibi organların işlevlerinin artarak, sürekli ve sistemli bir biçimde "karar mekanizmalarının" temeli haline gelmesi henüz gerçekleşmemiştir. Bu tür organlar varlıklarını sürdürse de, işlevleri ve yarattıkları etki, beklenen düzeyden az olmuştur.

Demokratik katılım ve karar mekanizmalarına TTB ve tabip odalarında işlerlik kazandırılması, bu konuya ilişkin bilinçliliğin artmasıyla beraber daha uzun vadeli ve sistemli bir çabayı gerekli kılmaktadır. Bu katılım mekanizmalarının işlevlerinin arttırılması hedeflenmekle birlikte, varolan konumu da abartılmamalıdır.

Varolan bu durumda, hekimlerin örgütlenme ve demokratik katılıma olan ilgi ve gereksinimlerinin daha çok ücret artışı talep ve istemleriyle sınırlı kalması ve bu istemlerin yoğun olduğu dönemler dışında "örgütlenme potansiyelinin" yetersiz olması önemli bir etkendir. Hekimlerin "Neyi", "Nereye kadar" ve "Nasıl" yapabilecekleri soruları ve cevapları Hekimlerin örgütsel konumları açısından sürekli gözönünde bulundurulması gerekil noktalar olmaktadır.

Bu durumun yanısıra, TTB ve tabip odaları son dönemler hekimlerin değişik açılardan ve sebeplerden ilgilerini çeken, hizmetler planlamış ve gerçekleştirmişlerdir. Bilimsel toplantılar, sosyal aktiviteler, işyeri hekimliği, Med-Line, lokaller, sigorta çalışmaları, araba kampanyaları v.b. **profesyonel niteliği** ağır basan çalışmaların son yıllarda önem kazanması bu durumun değişik örnekleridir.

Bu çalışmalara yönelik artan bir katılım ve genişleyen bir çeper de sözkonusudur. Günümüzde hekimlerin de gereksinim duydukları örgütlenme tarzı bu tür çalışmalara yönelik olmakta, TTB ve tabip odalarının **"Hizmet örgütü"** niteliği ön plana çıkmaktadır.

Hekimlere yönelik bu tür çalışmaların "kitle örgütü" niteliğini ve demokratik katılım mekanizmalarını da güçlendirebilmesi için özel bir önem ve dikkat gerekmektedir. **Bu açıdan hekimlere yönelik planlanan hizmetlerin amaç ve anlamında, belirgin bir netlik ve açıklık sözkonusu olabilmelidir.** Örneğin olumlu niyet ve hedeflerle başlayan ve önemli bir ilgi alanı haline gelen "işyeri hekimliği sertifika programları" amaçlar ve ilkeler anlamında gözden geçirilip yeni bir perspektife sahip olabilmelidir. Yoksa TUS'a benzer yığılmalar ve sorunlar bu kurslara ve benzerlerine yönelik yaşanabilecektir.

Ayrıca, T.T.B. ve tabip odaları hekimlerle birlikte hekimlik mesleğinin de örgütüdür. Bilimsel, etik ve benzer yönlerde mesleki normların saptanması, savunulması ve uygulanması ile gelişecek **"meslek örgütü"** niteliği T.T.B. ve tabip odalarında örgütlenmiş hekim kitlesinin niteliğinin gelişiminde, asgari temel bir bazıdır.

Bu genel çerçevede hekimlerin örgütsel konum ve düzeylerinde iradi çaba ve faktörler önemli olsa da abatılmamalıdır. Hekimlerin toplumsal ekonomik durumlarındaki farklılık TTB ve tabip odaları çatısı altında ve varolan yasal konum içerisinde ortak çıkarlar ve hedefler konusunda belirgin zorluklar yaratmaktadır.

Aynı zamanda üç büyük ilde hekimler arasında gelişen hareketliliğin niteliği ile taşrada varolan konum arasında da önemli farklar söz konusudur. Üç büyük ildeki tabip odası çalışmaları arasında bile genelinde koordinasyon ve organizasyon yeterli düzeyde değilken, ülke genelinde varolan bu durum bazı önemli çelişkilerin kaynağı olmaktadır.

TTB ve tabip odalarına ilişkin varolan yasal sınırlar, hekim haketinin ve örgütlenmenin gelişmesinde günümüzde önemli bir engel teşkil etmektedir. TTB ve tabip odalarının görevleri, niteliği, örgütlenme tarzı demokratik katılım mekanizmalarına ilişkin birçok yasal sınırlama mevcuttur. Bu yasal sınırlar içerisinde TTB ve tabip odası yöneticile-

rinin bile çalışmalara katılım **"amatör"** bir faaliyet, ek bir görev şeklindedir.

TTB ve Tabip Odaları çalışmalarını yalnızca bir grup hekimin "özverisi" olarak algılanması temelinden kurtaracak profesyonel bir yaklaşım, hekim örgütlerinin gelişiminde atılması gerekli önemli bir adım olarak durmaktadır. Bu konuya ilişkin yasaların değişimi de yalnızca TTB ve tabip odalarının bir sorunu olarak değil, demokratikleşme perspektifi içerisinde hekimlerin aktif katılımı ve desteğini sağlamayı amaçlayan, aynı sorunları yaşayan toplumun diğer kesimleriyle güçbirliği ile, beraber yürütülen bir yaklaşım içerisinde ele alınması gereklidir.

3- Sendikalaşma

Örgütsel yaklaşım açısından hekimlerin sorunlarının çözümlenmesinde, sendikalaşmanın ve TTB - sendika ayrım ve ortaklıklarının netleşmesinin de önemli bir etkisi olacaktır. 1990 Temmuzundan sonra kurulan kamu sağlık çalışanları ve hekimlere yönelik sendikalar bir yasal kimliğe kavuşma çabaları ile beraber, meşru konumlarında önemli ilerlemeler kaydettiler. Bununla birlikte kitleselleşmeleri, özellikle hekimler açısından canlı bir çekim merkezi haline gelmeleri henüz yeterli düzeylerde değildir.

1990 Temmuz döneminde "sendikalaşma", "grev" ve "toplu sözleşme" istemleriyle birlikte gündeme getirildi. Gelişen sürecin önünün açılması bu istemlerin gerçekleşmesine de bağlıydı. TTB ve tabip odaları ile sendika ilişkisi açısından, ekonomik ve özlük hakları sorunlarının sendikalarda, etik ve eğitim sorunlarının TTB çatısı altında ağırlıklı olarak ele alınması şeklinde bir işbölümü, yaklaşımları da sözkonusuydu.

Genel bir Sendikalaşma bilinçliliğinin gelişmesinde önemli bir rol üstlenmekle birlikte sendikaların kurulmasından sonra, TTB ve tabip odalarının sendikalaşma ile ilgili yol göstericiliği ve işlevleri, sınırlı ve yetersiz kaldı. Şüphesiz bu durumda birden çok sağlık sendikasının ortaya çıkması ve yaşanan bazı kısır çelişkiler de önemli rol oynadı.

TTB ve bazı tabip odası yöneticileri ile tabip odalarında aktif çalışan hekimlerin ağırlıklı olarak bir sendika olmak üzere sendikalara üye olması dışında hekimlerin sendikalaşma sürecinin dışında kaldığı söylenebilir. TTB ve tabip odalarıyla varolan sendikalar arasında da yeterli bir işbirliği ve güçbirliği gerçekleşmedi.

Genel olarak tüm hekim kesimlerini değil ücretli hekim kesimlerine yönelik bir anlam taşıyan "sendikalaşma" bu kesimin nesnel konumundaki değişikliklerle yakın bir bağlantı içerisindedir. **Günümüzde ücretli hekimler; sınırları belli, netleşmiş bir kesim olmakla beraber, ne diğer hekim kesimleriyle tam olarak bir bütünlük içermektedir, ne de diğer sağlık çalışanlarıyla kendilerini aynı konum içerisinde görmektedirler.** Özellikle grev ve toplu sözleşmenin olmadığı koşullarda, sendikalaşma ücretli hekimler için genel bir istem olmakla birlikte, varolan bilinç düzeyi içerisinde çok acil bir gereksinim olarak durmamaktadır.

Bu durumda ücretli hekimler açısından, **TTB ve sendika arasında nesnel bir farklılık, ya da "T.T.B'nin sendikal bir nitelik kazanması" "ayrı hekim sendikalarının olması" ve "sağlık çalışanlarıyla birlikte sendika" tercihlerinden ağırlık kazanan belirgin olmamaktadır.** TTB ve Tabip Odaları var olan aşamada önemli eksikliklerle beraber meslek örgütü ve sendikal örgüt niteliğini, özellikle kitlesel potansiyelin arttığı dönemlerde bir arada tutabilmektedir. Bununla beraber önümüzdeki süreç içerisinde hekimlerin sağlık çalışanlarıyla bir arada bulunma istem ve düzeyindeki düşüklük göz önüne alınırsa, "Hekim Sendikaları" girişimlerini de sürpriz saymamak gerekir.

Bu çerçevede sendikalaşma süreci netleşip gerçek işlevine kavuşuncaya kadar, TTB ve Tabip Odalarının hekimlerin özlük, ekonomik, eğitim v.b. tüm sorunlarını kapsayan konumu devam etmeli ve geliştirilebilmelidir. **Sendikalaşma bir sonuç değil bir başlangıç, özellikle de haklarının alınması için grev ve toplu sözleşme açısından bir amaç değil bir araçtır. Sendikalaşmanın önü de açık olan grev ve toplu sözleşmedir.** Ayrıca meslek örgütü niteliğinin netleşmesi, sendikalaşma sürecinin de netleşmesini ve gelişmesini kolaylaştıracaktır.

Gelinen aşamada hakların alınabilmesinde kavranması ve kavatılması gereken temel nokta sonut ve açık bir perspektif çerçevesinde, grev ve toplu sözleşme istem ve bilinçliliğini geliştirmek, sağlık çalışanları başta olmak üzere ortak sorunlara sahip tüm kesimlerle iş ve güç birliğini artırabilmektedir.

4- Ülke ve Sağlık Sorunları Bakış

Ülkemizde birçok alanda ciddi sorunlar içerisinde demokrasi, "İnsan Hakları" vb. yaklaşımların bir **"aldatmacanın figürleri"** ve **"afyonu"** konumuna getirilmesi tehlikesi çoğu kez sözkonusudur. Gündeme getirilen bu yaklaşımların içini doldurmaya çalışmak, bir anlam kazandırmak kadar, getiriliş biçim ve nedenlerinden kaynaklanan boşluklar ve eksikler de vurgulanabilmelidir. "İnsan Hakları", "demokrasi" konularında genelde olumlu bir duyarlılığa sahip TTB ve tabip odaları bu konulardaki ilkelerin hekimler arasında vazgeçilmez asgari müşterekler haline gelerek sahiplenilmesini hedefleyen yaklaşım ve yöntemleri arttırmalıdır.

Gözden kaçırılmaması gereken bir diğer gerçek, sağlık ve hekim sorunları da dahil olmak üzere köklü değişikliklerin yalnızca hü-

kümet değişiklikleri ile değil, toplumun tüm kesimlerinin uzun vadeli ve yoğun çabalarıyla olabileceğidir. Bu anlamda hekimler ve hekim örgütleri varolan bütün olanakları kullanıp geliştirmeye çalışmakla birlikte, "resmi gündemin" yaratabileceği "akıntı ve anoforlara" kapılmama açısından dikkatli ve duyarlı olabilmelidir.

Ülkemiz "sağlık sorunları" açısından ele alındığında, TTB. nin bu konuya ilişkin genel çerçevesi çizilmiş **ilkeleri** sözkonusudur. Her ne kadar sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin ilkelerin saptanmasını, TTB. ve tabip odalarının görevleri dışında gören yaklaşımlar söz konusu olsa da, halkın ve hekimlerin sağlık hizmetlerine ilişkin çıkarlarının ortak paydasını attırmak önemli bir sorumluluktur.

Meslek çıkarlarını korumak halkın çıkarlarını korumaktan önde ve ayrı bir anlam kazanmamalıdır. Burada önemli olan ne soyut "halkçı" bir söylemi sürekli gündemde tutmak ne de hekimlik çıkarlarından başka herşeye kapalı olmak gibi noktalarda olguyu ele almamakur. **Sağlığı herkes için ve her koşulda vazgeçilmez bir insan hakkı olarak görmek hekimlerin temel yaklaşımı haline gelebilmelidir.**

TTB ve tabip odalarında bu konuya ilişkin genel bir anlayış söz konusu olmakla birlikte, hekimler nezdinde sağlık sorunlarına yaklaşım açısından, genel bir görüş birliği sağlanması, sağlık çalışanlarının ve hekimlerin üretilecek politikalara demokratik katılımı önemli eksiklikler olarak durmaktadır.

Sağlık alanında başka önemli bir nokta, tıbbi teknoloji ve ilaç tekellerine karşı gerekli tutumların alınabilmesidir. Ülkemizde sağlık harcamalarının **% 35'inin** ilaç tüketimine gittiği, bu tüketinde gereksiz ve yanlış ilaç kullanımının önemli bir payı olduğu, reçetesiz ilaç satımının ve ilaç fiyatlarının serbest tutulduğu, ilaç fiyatlarının yaklaşık **% 20'sini** tanıtım ve reklam harcamalarının oluşturduğu bir tablo söz konusudur. Yine ülkemizde, en çok satan ilk on ilaçtan 7 tanesi batıda az kullanılan yeni ve pahalı antibiyotiklerdir.(11) Öte yandan radyoloji ihtisası veren devlet hastanelerinde bile bilgisayarlı tomografi cihazı çoğu yerde yokken, özel kesimin ilçelerde dahi bilgisayarlı tomografi merkezleri kurmasının devletçe teşvik edilmesi, sağlığa ayrılan zaten kısıtlı kaynakların gereksiz ve plansız israfının bir diğer örneğidir.

İlaç ve tıbbi teknoloji tekellerinin aşırı kârlarına hizmet eden bu başıboşluk yerine rasyonel ilaç ve tıbbi teknoloji kullanımının sağlanmasında hekimlere de şüphesiz önemli işlevler düşmektedir. Kabul etmek gerekir ki hem genel olarak hekimlerin bu konuya ilişkin duyarlılığında hem de TTB ve tabip odalarının izlemesi gereken uyarıcı ve yolgösterici yaklaşımlarda önemli eksiklikler vardır. Bu sorun üzerine gidilmesi gerekli acil konulardan biri olarak durmaktadır.

Kuşkusuz yıllardır yaşanan depolitizasyonun da etkisiyle "insan hakları", "demokrasi", "İlaç tekelleri" ve benzeri alanlara girmek, eskisi kadar olmasa bile meslek örgütleri için "politika yapma" gibi ya suç sayılan ya da hoş bakılmayan kavramın içine girme tehlikesi taşımaktadır. Oysa TTB ve Tabip Odalarının salt sağlık sorunlarına ilişkin değil, insan hakları, demokrasi, ekonomi vb. alanlarda da görüşleri ve yaklaşımları hem olmalı hem de bu durum doğal karşılanabilmelidir. **Genelde insan haklarını savunmadan hekimlik haklarını; demokratikleşmeyi savunmadan, hekimlerin sözlerinin dinlenmesini; ülkedeki gelir dağılımının bozukluğuna karşı çıkmadan, hekimlerin gelirlerinin artmasını sağlamak söz konusu olamaz. Hekimler ve örgütleri bu anlamda politika yapmalıdır ve yapılmasını savunmalıdır.**

SONUÇ OLARAK

Ülkemizde birçok alanda krizlerin ve çelişkilerin yoğunlaştığı ve arttığı bir dönemdeyiz. TTB ve Tabip Odaları'nın böyle bir dönemde işlevlerini yerine getirebilmesi ve geliştirebilmesi için; yalnız bugünü değil geleceği de gören, somut gereksinmelere göre kendisini yenileyebilen hekimlerle toplum çıkarlarının ortaklaşmasını arttıran, hekimlerin ortak sorunlarını ortak sorumluluklar olarak gören yaklaşımlar önemli bir faktör olacaktır.

Hızla akan ve gelişen olaylar çerçevesinde, son 10 yılda önemli değişimler geçiren hekim hareketi ve örgütleri, program ve pratiğini eleştiri ve özeleştiri süzgeçlerinden geçirip, geçmişin deneyimlerini geleceğin perspektiflerine aktararak, yeni atılımlara yönelebilir. Unutulmamalıdır ki hekimlerin kimlik arayışı sürdüğü müddetçe hekim örgütleri de kimlik aramaya devam edecektir ve gerekli derslerin çıkartılması koşuluyla, bu yolda her deneyim bir kazanım olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. TTB Memorandum: 1 Türkiye'de Hekimlik Sorunları 1984.
2. Prof. Dr. Nusret H. Fişek Ekim 1988 Ankara Beyaz Yürüyüş Konuşması.
3. Etkin - Demokratik bir TTB için Çalışma Grubu Programı 1990.
4. İkibine doğru dergisi (5).
5. 5.3.1992 Cumhuriyet.
6. 11.3.1992 Zaman.
7. Care in the Netherlands 1992.
8. 1992 yılı programı.
9. Ankara Tabip Odası Çalışma Raporu Nisan 1990.
10. Türkiye Aile Yılığı 1991. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.
11. 29.2.1992 Cumhuriyet - Bilim Teknik dergisi.