



SAĞLIK REFORMLARIN ARKA PLANI: SAĞLIK HİZMETLERİNİN SERMAYE BİRİKİM SÜRECİNE DOĞRUDAN KATKISI

Dr. Mehmet ZENCİR

Prof., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 2003 yılında başladı, her geçen gün ne yaptığını bilen ve çıkan günlük sorunları da programa zarar vermeden atlatabilen bir hatta ilerliyor. Sağlık alanında yapılanlara karşı geniş yelpazeli bir muhalefet de söz konusu. Muhalefet yelpazesinde konu ile ilgili çeşitli yaklaşımlar öne çıkıyor: Cumhuriyet kazanımlarına saldırı, ulusal çıkarlara saldırı, yeni bir emperyalist işgal, sağlık alanının özelleştirilmesi, sağlık ve sağlık hizmetlerinin metalaştırılması. Bu yaklaşımların ortak yanları olmasına karşın, temel değerlendirmede öne çıkanlar ve mücadele stratejik olarak farklılık gösterebiliyor. Bu yazıda SDP'nin nasıl ele alınması gerektiği ile ilgili perspektif sunulacak ve sağlık muhalefetine mücadele stratejisinin ne olması gerektiği ile ilgili görüş oluşturulmaya çalışılacaktır.

Sağlık ve sağlık hizmetleri eş anlamlı kavramlar değildir. Sağlık daha geniş çerçevede ele alınması gereken bir kavramdır. Yine sağlık hizmetleri de genellikle tıbbi bakım hizmetleri olarak ele alınmakta ve tıbbi bakım hizmetleri ile sağlık hizmetleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Yaygın bir kullanım olması vesilesi ile yazıda da tıbbi bakım hizmetleri kapsamında sağlık hizmetleri ele alınacaktır.

Yazıda sağlık hizmetleri ile ilgili genel bir değerlendirmeden ziyade güncel değişiklikler ele alınmıştır. Bu nedenle çarpıtılmış sağlık algısı, yaşamın tıbbileştirilmesi, insan merkezli sağlık anlayışı, bireyselleştirilmiş sağlık algısı; sağlık hizmetlerinin patriyarkal yönleri, hekim merkezli olması, uzmanlaşma odaklı eğilimi, antidemokratik olması, ayrımcı yönleri, tarihsel bilgi birikimi ve halkların kültürlerini yok sayması vb. birçok başlık daha

ayrıntılı bir değerlendirme gerektirdiği için yazı dışında tutulmuştur. Konu ile ilgili sadece şu söylenebilir: Sağlık ve sağlık hizmetleri için sıralanan özellikler sönümlenmemiş, aksine daha da derinleşmiştir.

Kestirmeden girmek gerekirse; SDP ile sağlık ve sağlık hizmetleri metalaştırılmakta, kapitalist üretim ilişkilerinin hakim olduğu alan haline gelmektedir. Bu süreç hem kamu hem özel sektörü etkilemektedir. SDP ile sağlık emekçileri için istihdam ve çalışma koşullarında ciddi dönüşümler gerçekleştirilmiştir. Hem halk, hem sağlık emekçileri hem de sağlıkçı yetiştiren yüksek okullar/fakülteler için sağlık ve sağlık hizmeti paradigmalarında ciddi dönüşümler söz konusudur.

Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri

Kapitalizm açısından sağlık hizmetleri çeşitli işlevler görmektedir: Emek gücünün yeniden üretimi, siyasi işlevler (ulusun inşa süreci ve hegemonyanın kurulması), sermaye birikimine katkı... Kapitalizmin gelişim tarihinde bu işlevlerin iç içe geçtiğini, bununla birlikte tarihsel süreç içerisinde ağırlıklarının değiştiğini söyleyebiliriz. Kapitalizmin erken evrelerinde emek gücünün yeniden üretimi ve ulus devletin inşası temel işlev iken, sınıf mücadelelerinin arttığı dönemlerde emek gücünün yeniden üretimi yanı sıra siyasi hegemonyanın kurulmasında sağlık hizmetlerinin payı büyük olmuştur. Geç kapitalizm döneminde (neoliberal) ise artık sağlık hizmetlerinin doğrudan sermaye birikimine katkısı gittikçe başat hale gelmiştir. Sağlık hizmetleri kapitalist üretim ilişkilerinin yaşandığı sömürünün derinleştiği bir alan haline almıştır(1). Bununla birlikte hem neoliberal politikala-



rın yarattığı derin eşitsizliğin dindirilmesi hem de siyasi hegemonyanın inşa edilmesi için; sadaka niteliğinde verilen sağlık hizmetleri karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık alanında finansmanla ilgili reformlarla, emek gücünün yeniden üretimine yönelik sağlık hizmetlerinin bedeli doğrudan emekçilere yüklenmiştir. Birincil bölüşüm ilişkilerinde derin sömürüye maruz bırakılan emekçiler, toplanan vergilerle oluşan bütçenin yeniden dağıtımı sürecinde de devre dışı bırakılmaya çalışılmaktadır. Kapitalist devlet gerçek yüzünü gösterirken, sosyal harcamaları her geçen gün emekçilerin sırtına yüklemeye başlamıştır. Devletin gün be gün finansmandan çekildiğini görmekteyiz. Reformlar ile finansmanda “hizmeti alan öder” mantığı egemen hale getirilmiştir. Hizmeti almaya prim ödemek yetmemekte, her geçen gün katkı-katılım payı, ilave ücret, fark ücreti, paket dışı uygulamalar, istisnai sağlık hizmeti vb. adlarla ek ödemeler birer zorunluluk haline almaktadır. Geçmişte emeğin yeniden üretimi amaçlı devlet destekli verilen sağlık hizmeti, emekçilerin doğrudan bedel ödediği bir hizmet haline dönmüştür.

Sağlık Hizmetlerine Sermayenin İlgisi

Erken kapitalizm aşamasında sermaye birikim süreci için cazip olmayan sağlık alanı günümüzde sermaye için ciddi yatırım yapılan sektör haline gelmiştir. Bu değişimin altında yatan nedenleri birkaç başlıkta toplayabiliriz: Sermaye için karlı alanların tükenmesi ve krizden çıkmak amacıyla yeni yatırım alanları arayışı, dünya nüfusunun artması ve ortalama ömrün uzaması ile pazarın büyümesi, tıbbi teknolojide yaşanan gelişmelere bağlı üretim hızının artması, aşırı uzmanlaşma ve neoliberal ideolojinin dayattığı tüketim kültürünün sağlığa da sirayet etmesi.

Sağlık muhalefetine yaygın kabul gören, dillerde pelesenk olan tedavi edici hizmetlerin ağırlığının artırılması, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, özel sektöre peşkeş çekilmesi, uluslar arası sermayenin sağlık alanına nüfuz etmesi vb. söylemler daraltıcı söylemlerdir.

Metalaşma dinamiği sadece tedavi edici ve esenlendirici hizmetleri değil, koruyucu ve geliştirici hizmetler dahil sağlık alanında yürütülen tüm hizmetleri kapsamaktadır. Erken tanı başta olmak üzere, genişletilmiş bağışıklama programı, sağlıklı yaşam söylemi ile risklerin azaltılmasına yönelik her türlü girişim (ilaç, alternatif tıp, egzersiz salonları, organik gıda, sağlıklı teknoloji, sağlıklı ev araç gereçleri vb.) metalaşma dinamiğinden payını almıştır. Sağlıklı-sağlıksız ayrımı belirsizleştirilmiş, olası risklerin önlenmesine yönelik tıbbi hizmetler devreye girmiştir. Hasta nüfusun yanında, daha büyük çoğunluğu oluşturan sağlıklı kişiler, risklerin önlenmesi konusunda tıbbi hizmetlere bağımlı hale getirilmiştir.

Yine sağlık hizmetlerinde devlet tekelinin (devletleşmiş sermaye) kırılması ile özel sektörün sağlık alanına nüfuz etmesi ve ağırlığını artırması şeklinde ifade edilen özelleştirme tartışması daraltıcıdır. Dün olduğu gibi bugün de devlet sermayeden bağımsız bir yapı değildir. Dün sermayenin çeşitli çıkarları uğruna (emek gücünün yeniden üretimi, siyasal işlevler, kar oranının düşük olması vb.) devlet tekeli ile gerçekleştirilen sağlık hizmet üretiminden, sermayenin güncel çıkarları nedeniyle (kapitalist hareket yasalarının dayatması ile) devletin sağlık hizmet üretiminden aşama aşama çekilmesi gerçekleşmektedir. Aynı zamanda özel sağlık sektöründeki kapitalist üretim ilişkileri, devlete ait sağlık kurumlarında yaşanmaya başlanmıştır. Kamu sağlık hizmetlerine kapitalist üretim ilişkileri hakim olmuş, özel sağlık sektörü ile arasındaki fark ortadan kalkmıştır. Özel sağlık sektöründeki artı değeri artırmaya yönelik değişmeyen sermaye yatırımları; maliyet unsuru olan kalemlerin taşeronla devredilmesi; mutlak ve görel artı değeri artıran emek sömürüsüne yönelik çabalar; yönetsel değişiklikler (yönetişim, toplam kalite yönetimi vb.); emek denetim mekanizmaları vb. özellikler devlete ait sağlık kurumları için de geçerli hale gelmiştir.

Sağlık alanındaki son değişiklikleri sadece uluslar arası sermayeye bağlama yaklaşımı da daraltıcıdır. Mevcut değişikliklerde hem uluslar arası sermayenin hem de yerli sermayenin çıkarı vardır. Sağlık alanının metalaşmaya açılması yerli burjuvazi için de yeni yatırım alanı işlevi görmektedir. Gerek uluslar arası sermaye, gerekse yerli sermaye



gruplarını tek bir bileşen şeklinde görmemekte yarar vardır. Sağlık alanına sigortacılık ve hastanecilik hizmetleriyle, tıbbi teknoloji ve ilaç endüstriyle, tıbbi destek ürünleri ve destek hizmetleriyle, inşaat/emlak işleriyle giren çok çeşitli büyüklükte yerli ve uluslar arası sermaye grupları vardır. Bu sermaye grupları; sağlık alanının metalaşmaya açılmasında ortak çıkarları olmasına karşın, çıkarlarının çeliştiği ya da kendileri için daha büyük payın ayrılması konusunda ciddi sorunlar/tartışmalar yürütmektedir. Aynı zamanda sağlık alanına yatırım yapmayan sermaye grupları için de sağlık alanına yapılan yatırımların yarattığı rahatsızlıkların olması kaçınılmazdır. Uluslar arası sermaye grupları için üretim araçlarının yaygın olarak kullanılması en önemli gereksinimdir. Bu nedenle tıbbi teknolojinin ve ilaç kullanımını artırmaya yönelik reformların ciddi savunucularıdır. Yine, tıbbi teknoloji ve ilaca yatırım yapan uluslar arası sermaye grupları için yeni hastaneler ve laboratuvarlar açılması, sağlık kampüslerinin kurulması, mevcut hastanelerin tıbbi teknolojik yatırımlarla güçlendirilmesi, güncel tanı ve tedavi spektrumunun genişletilmesi yönündeki politikaların vücut bulması için baskı oluşturmaktadırlar. Bu sermaye grupları için; açılan 500'den fazla özel hastane, yenilenen ve teknolojik yatırım yapılan devlet hastaneleri, poliklinik başvuruları, hastane yatışları, tanıya yönelik tetkikler/girişimler ve ameliyatlardaki artışlar yüz güldürücüdür. Sigortacılıkla uğraşan sermaye ise bir yandan genel sağlık sigortasının kamudan özele devredilmesine yönelik baskılarında ısrar ederken, tamamlayıcı sağlık sigortası ve malpraktis üzerinden pazarlarını genişletme arayışındadır. "Kamu-Özel Ortaklığı" ile devlet hastanelerinin yenilenmesi, emlak sektörü başta olmak üzere çok sayıda sermaye grubu için karlı yatırımlar olarak okunabilir.

Hizmet Sunumundaki Reformlar Sağlık Hizmetlerinin Metalaştırılması Sağlık Hizmet Üretiminde Kapitalist Üretim İlişkileri

Dünya genelinde kapitalizm 1970'lerde girdiği krizi aşabilmek için kendini yeniden yapılandırmıştır. Bu amaçla yapılanlara örnek olarak; sermaye

hareketliliği önündeki engellerin kaldırılması, emek rejiminin esnekleştirilmesi, emek kazanımının bir bir alınması, metalaşmanın yaygınlaşması ve kültürel değişim (bireyselleşme ve tüketim kültürü) verilebilir. Sermaye toplumsallaşmasını genişletmiş ve sağlık, eğitim, su, kültür vb. alanlar kapitalist üretim ilişkilerine dahil edilmiştir.

Daha önce sermayenin dönemsel çıkarları (ekonomik ve siyasal) ve sınıf mücadelesinin basıncı ile yürütülen kamu hizmetlerine kapitalist üretim ilişkilerinin hakim kılınması, metalaştırılması değişik hizmet sektörlerinde benzer özellikler taşımaktadır. Hizmet üretimine müdahale, emek sürecinin kuralılaştırılması, ideolojik müdahaleler ile devlet adına verilen hizmetlerden çekilmenin alt yapısı hazırlanmıştır. Sağlık alanında süreci ele aldığımızda hastanecilik hizmetlerinde yapılanlar oldukça öğreticidir. Zaten hizmet açısından sık sık eleştirilen devlet hastaneleri her türlü olanaktan mahrum bırakılarak daha da çökertilmiş, hastaların özel sektöre kaymasının yolu açılmıştır. Bu arada özel sektörün yatırımları açısından da teşvikler unutulmamıştır. Çökertilen kamu sağlık hizmetleri; verimsizlik, kullanıcı memnuniyetsizliği, kalifiye personel yetersizliği, yoksul insanların erişim problemi, yolsuzluk, ihmaller ve yönetsel yetersizlikler başlıklarında toplanan tespitlerle reforme edilmeye aday kurumlar haline getirilmiştir. Reformların ana omurgası sağlık hizmetlerinin kullanım değeri esaslı değil, değişim değeri esaslı hale getirilmesidir. Niyet bu olunca reformların da buna göre şekillenmesi kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetlerindeki reformlar belli başlıklarda ele alınabilir: Devletin sağlık üretiminden çekilmesi, özel sektörün ağırlığını artırması, uluslar arası sermaye ile ilgili ortaklıklar, devlet hastanelerinin işletmeleştirilmesi, hizmet satın alınmanın yaygınlaşması, sağlık kampüsleri, sağlık turizmüne yönelik girişimlerin artması, birinci basamak hizmetlerin parçalanması (aile hekimliği), kamu hastane birlikleri, kamu-özel ortaklıkları, serbest sağlık bölgeleri...

Her ülkede özgüllük gösterse de tüm reformlardaki eğilim, daha az kaynakla miktar ve kalite açısından daha iyi "çıktı" elde etmek, daha iyi bilinen bir tabirle: "Para ile daha fazla değer yaratmak"tır. Bu amaçla bakımın etkinliği; kaynakların etkin kullanımı, erişim, kalite, müşteri memnuniyeti ve



sürdürülebilirlik gibi kavramlarla ifade edilmektedir(2). Sağlık hizmet üretiminin artırılmasına yönelik tıbbi teknolojik yatırımlar, yönetsel değişiklikler ve sağlık emekçilerinin istihdam ve çalışma koşullarında yapısal değişiklik gerçekleştirilmektedir.

Özel sağlık sektöründe daha çıplak gözükten işleyiş, devlete ait sağlık kurumlarında daha örtük bir tarzda karşımıza çıkmaktadır. Gün geçtikçe bu örtü ortadan kalkmakta ve devlete ait sağlık kurumlarında; yönetimden istihdam politikalarına, kaynak kullanımdan yatak planlamasına kadar tüm süreçler özel sağlık sektörü ile tam bir benzerlik içermektedir. Devlet hem kendini hem de hizmet ürettiği kurumları (sağlık, eğitim vb.) yeniden yapılandırmış, girişimci özellikleri öne çıkarmış, hem yönetsel tarzını ve hem de üretim birimlerini şirket hüviyetine büründürmüştür. Daha öncesi aldattıcı “sosyal” görünümü her geçen gün daha da ortadan kalkmakta, asli sahiplerinin, yani kapitalist-sermaye sınıfının emek sömürüsüne dayandığı üretim ilişkilerinin tüm özellikleri sağlık hizmet üretiminde de artık kendini saklamamaktadır. Yapılan ve daha da geliştirilerek devam ettirilen uygulamalar desantralizasyon kavramı ile anılmaktadır. Sözcüğe yüklenen siyasal anlamlar (özerklik, katılımın genişlemesi, ademi-merkeziyetçilik, demokratikleşme vb.) uygulamaların başlaması ile dile gelmez olmuş, ekonomik rasyonalite öne çıkmıştır. Hedeflenen her sağlık kurumunun “kendi yağında kavrulması”dır. Dolayısıyla yatırım, hizmetin gerektirdiği sarflar ve sağlık emekçilerine aktarılan kaynaklar her geçen gün azal(tıl)maktadır. Kamu bütçesi ile devlete bağlı sağlık kurumları arasında ilişki kesilmeye çalışılmaktadır. Böylelikle devlet hastaneleri/üniversite hastaneleri asli olarak finansman kurumuna (SGK) hizmet satarak güçlü rekabetin olduğu sağlık pazarında hayatta kalma, yatırımlar yaparak büyüme yoluna evrilmiştir. Hal böyle olunca, sağlık hizmet üretimi başka rasyonellerle, değer yaratma, artı değer sızdırmaya yönelik her türlü yolun denendiği kapitalist işletmeler gerçekliği ile karşımıza çıkmaktadır. Kapitalizmin kuralı olan “büyü ya da öl” devlet hastaneleri/üniversite hastaneleri için de geçerlidir. Bu acımasız kural; emek üretkenliğinin artırılmasına (emek sömürüsü demek daha uygun) yönelik, sanayi de yaşanan her türlü yönetsel alter-

natifler gibi sağlık hizmetlerinde de taklit edilmekte, hatta daha da etkin yöntemler bulma çabaları ile karşımıza çıkmaktadır. Yalın üretim, toplam kalite yönetimi vb. güncel yönetsel stratejiler sağlık alanında uygulanmaya başlanmış olup; klinikler, poliklinikler, laboratuvarlar, ameliyathane ve yoğun bakım üniteleri, yataklar, yenidoğan küvezleri vb. maliyet-etkinlik açısından sorgulanmaktadır. Sağlık emekçilerinin vardiyaları, çalışma saatleri, tatil günleri, yemek molaları, iş-zaman etütleri...hepsi teker teker gözden geçirilerek maksimum etkinlik sağlanmaya çalışılmaktadır. Hastane içerisinde ulaşım, tetkik-tedavi-taburculuk için geçen süreler, vb. maliyet-etkinlik açısından tekrar tekrar değerlendirilmektedir. Yönetsel stratejilerde en son yenilik Uludağ Üniversitesi Hastanesi tarafından kamuoyu ile paylaşıldı: “Çoğu azla yapmak” şeklinde dile getirilen yalın üretim modeli(3). Yalın üretimden hedeflenenler: Artıkları fazla olan, verimli olmayan, güvensiz iş pratiklerini değiştirmek; kalite, maliyet ve zamana artırmak; sağlık hizmet üretiminde operasyonel etkinliği, kaliteyi, hızı ve maliyeti maksimize etmek (4)...

“Büyü ya da öl” kuralı güncel reform olan “Kamu Hastane Birlikleri (KHB)” ile iyice görünür olmuştur. Sağlık hizmet üretimi ve artı değer biriktirme kapasitesine göre hastaneler sınıflandırılmış, büyük ölçekli holdingler haline getirilmiştir. Bu holdingler her bileşeni ile (ildeki tüm hastaneleri, hastanelere ait üretim birimleri) sağlık alanındaki pastadan daha fazla pay almaya çalışacaktır. Pay alma yarışı özel sağlık sektöründeki güçlü aktörlerle rekabetin kızışması şeklinde okunmalıdır. Dolayısıyla üretim yapan her birimin rekabetin bileşeni haline gelmesi, hizmet üretimini artırması, artı değer üretmek için hangi hizmet üretiminin daha rasyonel olduğunu hesaba katması kapitalistleşen işletme için önemli hale gelmektedir. Holding için “büyü ya da öl” geçerlidir, büyümeyen ya da ölüme doğru eğilim gösteren hastanelerden hesap sorulmalıdır. Hesap sorma fonksiyonu bu rasyonaliteyi gerçekleştirilmeyen her klinik için, hatta her sağlık emekçisi için mümkün hale gelmelidir. İşte bu mantıkla bakıldığında KHB’indeki yapısal değişiklik daha anlaşılır hale gelmektedir. Türkiye tarihinde ilk kez bir devlet kurumunda “performansa dayalı sözleşmeli” olarak istihdam edilen, yönetim işlerinde çalıştırılan başta genel



sekreter ve hastane yöneticisi (CEO'lar, küçük büyük) olmak üzere tüm çalışanlar, bu kapitalist üretim mantığını yaşama geçirecek kişilerdir. Bu görevler için CEO ve küçük CEO'lara çok geniş yetki verilmiştir. Yetkilerini istenen doğrultuda kullanmaları kaçınılmazdır, çünkü bu yöneticilerin iş güvencesi pamuk ipliğine bağlıdır. Sık sık (ez az 6 ayda bir) performansı gözden geçirilen "büyü ya da öl" paradigmasının kıskacındaki CEO'lar ve diğer yönetsel ekip için sağlık emekçilerinin üretkenliğinin, verimliliğinin artırılması kaçınılmaz hale getirilmiştir. Birim zamanda en fazla gelir getiren üretimler ön plana geçecektir. Sağlık otoriteleri, yöneticileri tarafından bu durum üretkenlik, verimlilik diye adlandırılrsa da gerçek adı sağlık alanında canlı emek sömürsüdür, yani sağlık emekçilerinin sömürülmesinin derinleştirilmesidir. KHB ile ilgili yasal mevzuat ile CEO'nun eli çok güçlendirilmiş, sağlık emekçilerinin güvenceleri bir bir ortadan kaldırılmıştır. CEO ve küçük CEO'lara hem üretimin maksimize edilmesine yönelik yetkiler (yatak planlama, klinik kapatma-açma, hastane birleştirme, taşeronla verilecek hizmetler, yeni yatırımlara karar verilmesi gibi), hem de sağlık emekçilerinin daha yoğun çalıştırılması amaçlı yetkiler (gelirin, çalışılan birimin belirlenmesi, mekanlar arası hareketlilik gibi) verilmiştir. Mecliste bekleyen Kamu Personel Rejimi Kanunu ile istihdamın güvencesizleştirilmesi de kapıdadır. Zaten mevcut durumda ana istihdam modeli 4b ve taşeronla bağlı istihdam olup güvencesiz istihdam yaygınlaştırılmıştır.

KHB'ni sağlık alanında güçlü rekabetle birlikte değerlendirmek gerekir. Özel sağlık sektörünün en sık dile getirdiği "haksız rekabet" olgusudur. Haksız rekabet olarak eleştirilen devlet kurumlarındaki sağlık emekçilerinin temel ücretlerinin hala kamu bütçesinden karşılanıyor olmasıdır. Kendi yağında kavrulmanın doğası gereği ve sağlık alanına yatırım yapan sermaye gruplarının baskısı ile kamu bütçesinin ortadan kaldırılmasının çok uzun bir süre almayacağı gözüküyor (sağlık emekçilerinin sessiz kalmaları, mücadele etmemeleri koşulu ile). Özel sektör ve diğer kamu hastaneleri ile sağlık alanındaki pazardan pay alma yarışı güçlü rekabeti zorunlu kılmaktadır.

Kamu-özel ortaklığı da sağlık alanına yatırım yapan sermaye grupları için önem taşımaktadır.

Sağlık kampüslerinin tam tekmil inşası ve donanımı ile birlikte destek hizmetlerinin ve tıbbi destek hizmetlerinin tamamı, tıbbi hizmetlerden kapabildikleri ile birlikte 25-49 yıllığına ihaleyi alan konsorsiyuma devredilmesi hedeflenmektedir. Bu uygulama ile hem taşeronluk kalıcılıştırılmakta hem de ihaleyi alan konsorsiyumun ukdesindeki hizmetleri diğer taşeronlara aktarabilme olanağı mümkün kılınmaktadır. Sermaye için oldukça cazip olan bu uygulama KHB yönetimleri için gelir-gider dengesi açısından sıkıntılara gebecektir. Konsorsiyum ihaleyi kazanır kazanmaz geri ödeme başlatılacaktır. Geri ödeme kampüse taşınacak hastanelerin döner sermayesinden gerçekleştirilecektir. Bu durumda kapitalist bir işletmeye dönen KHB'nin döner sermaye kalemlerini yeniden düzenlemesi gerekecektir. KHB kapsamındaki sağlık emekçileri için bu durum döner sermayeye bağlı ek ödemelerin azaltılması ya da ortadan kalkması, döner sermayeye bağlı istihdam edilen sağlık emekçilerinin işten çıkarılması tehdidi anlamına gelmektedir. Dünya örnekleri, zorlanan hastanelerin sağlık emekçilerini (özellikle hemşireler) işten attığı ve döner sermayeden dağıtılan kısmın azaldığını göstermektedir (5,6). Bu durum; sağlık emekçilerinin derin sömürüsü ile devasa büyüklükte kampüs hastanelerinin inşa edilmesi ve bu hastanelerin işletilmesini hedefleyen büyük sermaye gruplarına yeni yatırım alanları açma projesidir. Kamu-özel ortaklığı devletin sınıflar üstü olduğu aldatmacısını deşifre eden güzel bir örnektir. Devletin ait olduğu sermaye sınıfı adına gerekli görülen, talep edilen düzenlemeleri rahatlıkla yaşama geçirmesi örneğidir.

Etkinlik, kalite, müşteri memnuniyeti, hekim seçme özgürlüğü, rekabet vb. kavramlar birinci basamak sağlık hizmetlerinde de reformların ana söylemleri olmuştur. Öncelikle birinci basamak; topluma dayalı ve bireye dayalı olarak ikiye ayrılmış, her işlev için farklı organizasyonlar gündeme ge(tiri)lmıştır: Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği. Parçalanma hizmet üretiminde de devam etmiş aynı aile sağlığı merkezinde birbirinden bağımsız ortalama 3.500 nüfusa hizmet veren aile sağlığı birimleri oluşturulmuştur. Birleşik mekan içerisinde farklı nüfuslara bakan sağlık personelini sağlık hizmeti açısından birbirine bağlayan hiçbir şey kalmamış, ortak mekanda bağlantısız bir



çalışma söz konusu hale ge(tiri)lmıştır. Aile Sağlığı Birimi'nde bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı istihdam edilmiştir. Toplumun özelliğinin ve coğrafi bölgesel bütünlüğün göz ardı edildiği, aile hekiminin tercihi ile 4.000'e kadar çıkartılabilen bir nüfus belirlemesi söz konusudur. Nüfus ne olursa olsun (ister gecekonda, ister kentin en gelişmiş bölgesi), verilen hizmette, sağlık emekçisi istihdamında farklılaşma söz konusu değildir. Amaç az sayıda sağlık çalışanının 4.000 nüfusa hizmet vermesi ile verimliliğin artırılmasıdır. Üstelik hekim seçme baskısı aracılığı ile aile sağlığı birimlerinin birbirleriyle rekabet etmesi istenmektedir.

Sağlık Emek Gücüne Yönelik Reformlar

Doğrudan, emekçilerin istihdam ve çalışma koşullarını esnekleştiren reformlar karşımıza çıkmaktadır. Birbirinin içine geçmiş esnekleştirme girişimleri beş başlık altında toplanabilir: İstihdamın esnekleştirilmesi, ücretlerin esnekleştirilmesi, işlevsel esnekleştirme, sayısal esnekleştirme, mekansal esnekleştirme.

İstihdamın esnekleştirilmesi: Temel yönelim istihdamın güvencesizleştirilmesidir. Şu an itibarıyla kadrolu, güvenceli diye bilinen 657'ye bağlı 4a statüsünde çalışanlar her geçen gün azal(tıl)maktadır. 4b, 4c, aile hekimliği sözleşmesi, 4924, vekil ebellek/hemşirelik uygulamaları hızla yaygınlaş(tırıl)maktadır. Dahası, alt işverene verilen destek ve sağlık hizmetlerinde çalışan taşeron sağlık işçisi sayısı sağlık çalışanlarının %25'ini geçmiş durumdadır. Buna, Kamu Özel Ortaklığı ile gündeme gelen sağlık kampüsleri uygulaması ile alt işverene 25-49 yıllığına devredilen sağlık hizmetleri ve taşeron çalışmanın daha bir yaygınlaşacağını da eklemek gerekir. TBMM raflarında bekleyen, "Kamu Personel Rejimi Kanun Tasarısı" sağlık alanında ana istihdam biçiminin "sözleşmeli" olacağını da göstermektedir.

Ücretlerde esnekleştirme: Sağlık emekçilerinin ücretlendirilmesinde hem kamu hem özel sektörde sabit ücretin (maaş, vb.) sınırlandırılması, sabit olmayan (değişken olan) kısmı belirgin hale getirilmiştir. Değişken kısım kamu sektöründe sabit döner sermaye ile başlamış, performans uygulama-

sı ile daha da vahşi bir biçime bürünmüştür. Ücretlendirme politikasında sağlık emekçileri iki temel gruba ayrılmıştır: Sadece sabit ücret alanlar ve sabit ücret+performans alanlar. Taşeronla bağlı çalışanların çoğunluğu sabit ücret, asgari ücret ile ücretlendirilmektedir. Hatta bu kişilerin yılın on iki ayı ücret almadıkları düşünüldüğünde asgari ücretin altında bir miktar ile ücretlendirildiğini söyleyebiliriz. Kayıt üzerinde böyle gösterilse dahi, bu ücretin bile tamamının ödenmemesi ile ilgili illegal tutumların da az olmadığını bilmekteyiz. Yine vekil ebe vb. uygulamalarla sağlık emekçilerine sadece çalıştıkları gün sayısından ödeme yapılmaktadır. Özel sağlık sektörünün durumu da farklı değildir. Asgari ücret üzerinden ücretlendirme yapılan personel sayısı daha da yüksek oranlardadır. Çağrı üzerine çalışan sağlık emekçisi sayısı gün be gün artış gösterirken; bu kişilere de sadece çalıştıkları dönem ücret ödenmektedir. Yine özel sektörde illegal yollarla yabancı uyruklu ucuz sağlık emekçisi çalıştırılması sektörde bulunan herkes tarafından çok iyi bilinmekte, yetkililerce göz yumulmaktadır. Bu kişilerin tamamen karın tokluğuna çalıştırıldığını söyleyebiliriz(7). İkinci ana grup ise performansa dayalı ödeme yapılan sağlık emekçileridir. Çekirdek sağlık işçileri olarak değerlendirebileceğimiz hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, sağlık teknisyenleri vb. sağlık emekçileri bu uygulamalardan yararlanmaktadır. Döner sermaye uygulaması; sağlık emekçilerinin ünvanına göre hastanenin/sağlık kurumunun elde ettiği gelirin belirli bir oranda dağıtılması biçiminde ve sabit döner sermaye dağıtımı ile başlamıştır. Uygulama performansa dayalı ödeme sistemi ile devam etmiştir. Hastane, bölüm ve kişisel üretimin dikkate alındığı süreç ile her sağlık emekçisi gelir getiren üretiminin karşılığını döner sermaye ödemesi olarak alır hale gelmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlarda performansa dayalı ödeme söz konusudur(7).

Performans uygulamasının, sağlık hizmetlerinin metalaştırılması dikkate alındığında, emek sürecindeki yapısal değişikliklerin yaşama geçmesinde ciddi işlev gördüğü söylenebilir (8,9). Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin alıcısı konumunda olan kişilerin kısırlanmış taleplerinin karşılanmasında da performans uygulamasının büyük payı olduğu göz ardı edilmemelidir.



Performans uygulaması, kâr maksimizasyonuna yönelik işveren hedeflerinin sağlık çalışanı tarafından da içselleştirilmesine yol açmış ve aynı zamanda ciddi bir denetim mekanizması işlevi görmüştür. Sağlık emekçileri hem kendisini hem de arkadaşlarını denetler hale ge(tiri)lmıştır. Yine performans uygulaması hem sağlık kurumları hem de sağlık emekçileri arasındaki rekabeti körüklemiştir. Hastaneler arası, bölümler arası, klinikler arası, klinik içi piyasacı rekabet anlayışı ön plana çıkmıştır. Dahası, piyasacı rekabet anlayışı, sağlık emekçileri arasında iş barışını bozmuş, kolektif üretim yapan sağlık emekçileri birbirlerinin rakibi haline ge(tiri)lmıştır. Hekim, hekim dışı personel arasında olduğu gibi, hekim dışı personelin kendi içinde de artan bir şekilde rekabet devam etmektedir. Süreç, sağlık hizmetine doğrudan katkısı olmayan sağlık emekçilerini (idari, destek personeli) ve hatta doğrudan gelir getirici faaliyete katkı sağlamayan uzmanlık alanlarında çalışan sağlık personelini (temel tıp bilimleri, halk sağlığı, adli tıp gibi) dışlayan bir hale dönmüştür. Bu dışlama kültürü ne yazık ki çok sayıda sağlık emekçi tarafından da sahiplenilmiştir. Artan rekabet; meslek olarak, istihdam olarak çok parçalı olan sağlık emekçilerini daha da ufak parçalara bölmüş, atomize etmiştir. Sağlık emekçileri üretim sürecinde yalnızlaş(tırıl)mıştır (7). Performans uygulamasının yol açtığı diğer bir ciddi sorun da; başta hekimler olmak üzere tüm sağlık emekçilerinin mesleki otonomilerini kaybetmeleridir. Kışkırtılan tüketici talebi ve performans kısıpacı mesleki bağımsızlığın her geçen gün erimesine yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin metalaşması, aynı zamanda sağlık çalışanlarının sağlık hizmet üretimine yabancılaşması için de bir zemin hazırlamıştır(10).

İşlevsel esneklik: Sağlık emekçilerinin görev tanımlarının esnetilmesi, iş tanımı içine girmeyen farklı işlerin sağlık emekçilerinin işi haline getirilmesidir. İşlevsel esneklik; işin yoğunlaştırılması, görelî artı değerî maksimize edilmesi yanı sıra daha alt düzey eğitim almış bir sağlık emekçisinin daha üst düzey bir sağlık emekçisinin işini yapar hale getirilerek emeğin değersizleştirilmesine de yol açmaktadır. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte, "aile sağlığı elemanı" olarak tanımlanan sağlık çalışanına, sağlık ocağı dönemindeki hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, hatta hizmetli-

nin görevleri yüklenmiştir. Benzer uygulamalar hastanecilik hizmetlerinde hemşirelere, hatta hekimlere yaygınlaş(tırıl)maktadır. Özellikle finansman kurumu (SGK) ile ilgili işler hemşireler ve hekimlerin oldukça ciddi zamanlarını almaktadır. Az sayıda sağlık çalışanı ile artan iş yükünü karşılamaya çalışan eğitim ve araştırma hastanelerinde ve özel sektörde her tür sağlık çalışanın görev tanımına uygun olmayan (angarya) işler görev tanımı haline getirilmiştir. Son dönem tartışılmaya açılan; Beden eğitimi öğretmenlerinin fizyoterapist, hemşirelerin ise hekim olarak çalıştırılması girişimleri, emeğin değersizleştirilmesine yönelik en iyi örnektir.

Sayısal esnekleştirme: Çoklu görevler, hizmet satın alma, işin yoğunlaştırılması uygulamaları ile daha az sayıda sağlık çalışanı istihdam edilmesinin de yolu açılmaktadır. İşçi sağlığı hizmetlerinde gerçekleştirilen son dönem düzenlemeler sayısal esnekliğe örnek olarak gösterilebilir. Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri'nin yaygınlaştırılması, işyeri hekimlerinin işçi başına ayırdıkları sürenin azaltılması ve tam zamanlı çalışan işyeri hekiminin bulunduğu işyeri sağlık birimlerinde işyeri hemşiresi bulundurma zorunluluğunun ortadan kaldırılması; bu alanda istihdam edilen sağlık çalışanı sayısında ciddi azalmalara yol açmıştır.

Çalışma sürelerinin esnetilmesi: Vardiyalar, hafta sonu tatilleri, yıllık tatillerin kullanımı, iş yoğunluğuna göre çalışılacak mevsimler, fazla mesai kullanımı, dinlenme sürelerinin kullanımı gibi çok sayıda uygulama ile çalışma süreleri esnetilmiştir. Çalışma sürelerinin esnetilmesi ile verimlilik ve emek üretkenliği artırılmak istenmektedir. Emekçilerin çalışma sürelerine göz dikme üretim alanında sınırlı kalmamış, yetişmeyen işler nedeniyle eve taşınmıştır(10). Aile hekimliğindeki çok sayıda uygulama çalışma sürelerindeki esnekleşmeye örnek olarak verilebilir: Günlük mesai saatinin başlama ve bitişinin esnekleştirilmesi, esnek mesai uygulaması (haftanın yedi günü olmak koşulu ile günlük mesai bitimini takiben ikişer saat olmak üzere haftada 14 saatlik fazla mesai), haftalık çalışma saatindeki 40 saat sınırının ortadan kaldırılması, nöbet uygulaması ve gün içerisinde özellikle kayıtlarla ilgili işlemlerin eve taşınması... Özel sağlık sektörü ile eğitim ve araştırma hasta-



neleri için çalışma sürelerinin tamamen kural dışı halde olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Karşılığı ödenmeyen, kayıtlara geçmeyen iş yasasındaki üst sınırların çok üzerinde fazla mesailer bu hastaneler için geçerlidir. Yalın üretim modeli ile artı değer üretmeyen zamanlara da göz dikilmiştir.

Doğrudan çalışma sürelerini uzatmayan, fakat iş yoğunluğunun artırılması ile mevcut çalışma saatlerinin daha etkin, verimli, üretken kullanımı sağlık sektöründe yaygınlaşmaktadır. Bunun en iyi örneği; erken taburculuk ve tıbbi teknolojiye bağlı gelişmelere bağlı tanı ve tedavi için ayrılan sürelerin kısal(tıl)masıdır. Hastalar üzerinde en fazla tıbbi işlemin yapıldığı günlerde hastanın hastanede tutulması, tıbbi işlemlerin azalması ile birlikte hastanın taburcu edilmesi şeklinde tanımlayabileceğimiz erken taburculuk uygulaması ile hastane yataklarının daha etkin, daha verimli kullanılmasına yönelinmiştir. "Tıbbi gerekçelerle yaşama geçirildiği"(!) söylene de mevcut uygulama ile emek sömürsünün derinleştirildiği gözlerden kaçmamaktadır. Tıbbi teknolojiye gelişmelerin katkısı ile tedavi ve tanı işlemleri çok daha kısa sürede tamamlanmaktadır. Yine otomasyonla ilgili düzenlemelerin de işin hızını artırdığını söyleyebiliriz. Çalışma günü içerisinde yapılan tetkik ve tedavi sayısının artmasına yol açan bu durum sağlık emekçilerine işin yoğunlaşması olarak yansımaktadır. Makinelerin hızına uyum sağlar hale getirilmesi, sağlık emekçilerinin üzerinde emek sömürsünün ve denetimlerinin artırılmasına da katkı sağlanmaktadır. Aynı zamanda canlı emeğe bağlılık azalmaktadır.

Mekansal esnekleşme: Sözleşmeye atılan imzalar nedeniyle işverene ait her türlü işyerinde çalışmanın önü açılmıştır. Özel hastane zincirleri çalışanı olarak bugün Denizli'de, yarın Antalya'da, ertesi gün Van'da çalıştırabilme yetkisi sermayenin eline geçmiştir. Kamu Hastane Birlikleri'nin yaşama geçmesi ile benzer durum kamu çalışanları için de geçerli hale gelmiştir.

Sağlık emek gücü piyasası oluşturulmakta, pratisyeninden, uzmanına ve akademisyenine kadar tüm hekimler ve bir bütün olarak sağlık çalışanları bu piyasada özgür hareket edemez hale getirilmek istenmektedir. Mesleki özerklik alanı çok güçlü olan zanaatkar özellikler taşıyan hekimlerin bile özerklik alanının her geçen gün daralmakta

olduğu, bağımsız mesleki faaliyet sürdüremez hale geldiği görülmektedir. Dolayısıyla tüm sağlık emekçilerinin, işletmeleşen kamu ya da özel sağlık sektöründe ücretli konumuna geldiği bir sürecin yaşandığını rahatlıkla söyleyebiliriz. Dahası sağlık emek gücü piyasası her geçen gün genişlemektedir. Bu genişleme; niceliksel olduğu kadar, sağlık emekçilerinin daha da çeşitlendirilmesi ile karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmet üretiminde rol alan ekibe yeni üyeler dahil edilmiştir. Bu amaçla, başta tıp fakültesi ve hemşirelik fakültelerinin/yüksek okullarının sayıları ve alınan öğrenci kontenjanları da sürekli artırılmıştır. Sağlık emek gücü piyasasını daha da büyütmek için 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile ithal hekim-ithal hemşire olarak tartışılan yabancı uyruklu sağlık emekçilerinin Türkiye'de çalışmalarına izin verilmiştir. Sağlık alanında sağlık emek gücü yetiştiren yüksek okul ve meslek yüksek okulları hem sayıca artmış hem de yeni bölümler açılmaya başlanmıştır. Fizyoterapi, iş güvenliği, geriatri vb. alanlarda iki yıllık yüksek okullar açılarak tekniker yetiştirilmeye başlanmıştır. Hemşirelik alanında da son dönem müdahaleler artırılmıştır. Bir yandan uzmanlığın önü açılmış gösterilerek mesleğin niteliğinin artırılması izlenimi yaratılmasına karşın, sağlık meslek liselerinin kapatılması beş yıl ertelenerek hemşire sayısı artırılmaya çalışılmakta, yine sağlık bakım personeli istihdam edilerek hemşirelik görev alanındaki birçok hizmet bu personele kaydırılmaktadır. Hastabakıcı personelin eğitilmesi ile (eğitim süresi ve eğitici kadrosu vb. belirsiz) hemşirelik hizmetlerine katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Dolayısı ile hem hemşirelik mesleği değersizleştirilmekte hem de ucuz işgücü yaratılmaktadır. Emeğin değersizleştirilmesi ve ucuzlatılması diye tanımlayabileceğimiz örnekler sağlık alanındaki birçok meslek grubu için yaşanılır hale gelmiştir.

Sağlık alanındaki reformlar aynı zamanda sağlık emekçilerinin davranış ve tutumlarını da hedef almıştır(11). Çalışma yaşamındaki değişikliklerle uyumlu emekçi modeli, sağlık çalışanlarında da kültürel değişikliklere yol açmıştır. Neoliberal ideolojinin yaratmaya çalıştığı tüm kültürel kodlara ek olarak sağlık hizmetlerindeki reformların etkisi ile sağlık emekçilerinde yeni bir kültür yaratılmaya çalışılmaktadır. Yeni bir sağlıkçı profili yaratılmak istenmektedir. Bu sağlıkçı profili şu kül-



türel kodlarla karşımıza çıkmaktadır: “Homo-economicus”; anı düşünen, günü kurtarmayı, yaşamayı düşünen; sürekli kendi ve çevresi ile yarışa zorlanan; işini korumaya çalışan; iş bulabilmek için sürekli yeteneklerini geliştirmeye zorlanan; gelirini korumak ve biraz daha fazla kazanabilmek uğruna artan iş yükü, iş yoğunluğu, çoklu görevlere maruz kalan; tercih edilebilme, marka olabilmeye çalışan; mükemmelliğe odaklandırılmış...(10)

Sağlık hizmetlerinde kapitalist ilişkilerin hakim olması sadece emek sömürüsü ile sınırlı kalmamış, sağlık çalışanlarının yaptıkları işe yabancılaşmalarına da yol açmıştır. Sağlıkçının emeğine, ürettiğine ve üretim nesnesine yabancılaşması istenmektedir. Sağlık hizmetlerinde üretimin nesnesi olan insan ögesi unutulmuştur. İnsan bedeni; artı değer sızdırma, sermaye birikimin sürekliliğinin sağlanması adına istismar edilmektedir. Medyası, akademik kapitalizmi, sağlık emekçileri aracılığı ile kıskırtılmış talep doğrultusunda yönlendirilen insan kitleleri; sağlık adına gerekmeyen birçok işleme, tanı amaçlı tetkike, ilaç kullanımına, ameliyat dahil çok sayıda tıbbi girişimin gönüllü öznelere haline gelmiştir. Sağlık alanındaki bu metalaşma metaforu, hem sağlık emekçilerinin hem de halkın “gönüllü” boyunduruğu ile kapitalist üretim ilişkilerinin en kirli oyunlarından biri olarak sahnelenmeye devam etmektedir.

Sonuç

Sağlık alanındaki yaşama geçirilen reformlar özelleştirme söylemi ile daraltılmamalıdır. Yaşanan, sağlık hizmetlerinde kapitalist üretim ilişkilerinin yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasıdır. Artık, kapitalistler için sağlık alanı, sermaye birikim sürecine olanak sağlayan ciddi bir yatırım alanıdır. Sağlık hizmetlerinin metalaşması ile sağlık sektöründe emek-sermaye çelişkisi daha görünür hale gelmiştir. Devletleşmiş sermayenin gerçek yüzü yeni dönemde aşıkardır. Sağlık alanında yeniden yapılanmaların muhatabı doğrudan yerli ve çok uluslu sermaye gruplarıdır. Sağlık emekçileri; üretim araçlarının mülkiyeti üzerindeki konumları nedeniyle, emek gücünü satarak yaşayan ücretliler olduğunun farkına varmalı ve mücadelesini bu perspektifte sürdürmelidir. Kapitalizmin yeniden yapılandığı bu dönemde; sağlık hizmetlerinin tüm emekçilere yönelik siyasal hege-

monyanın aracısı olma hali ortadan kalkmış, sosyal görüntüsü dahi halı altına süpürülmüştür. Özel sağlık sektöründe daha çıplak görülen gerçeklik, devlet (kamu) sektöründe de görünür hale gelmiştir. Şirketleşen devlet, şirketleşen devlet hastaneleri, üniversiteler artık birer kapitalist işletmelerdir. Krizinden yeniden yapılanma ile çıkmaya çalışan kapitalizm için bir “sosyal devlet” çağrısı, sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesi/kamulaştırılması çağrısı beyhude bir çabadır. Kapitalizmin tarihsel sürecinde hem kendi varlığının inşa edilmesi hem de dünya çapında emekçi sınıfların mücadelesi ile sağlık hizmetlerine yüklenen sosyal işlevler kapitalizmin bu günkü şartlarında mümkün görünmemektedir. Kendini var etmek için; sağlıkta olduğu gibi, doğayı ve kültürü metalaştıran kapitalizmi tarihin çöplüğüne ataktan başka yol kalmamıştır. Sağlık hizmetlerinin metalaştırıldığı bu dönemde, sağlık emekçileri, hem emeklerine yönelik saldırılara karşı, hem de insan bedeninin istismar edilmesine karşı diğer emekçilerle birlikte mücadelelerini büyütme zorundadır.

Sağlık emekçilerinin mücadelesi sağlık hizmet üretimin olduğu tüm mekanlarda geçerlidir. Hem devlet maskesi ile gizlenmiş, hem de özel sektörde kendini gizlemeyen CEO'lara, küçük küçük CEO'lara karşı sağlık emekçilerinin bütünlüklü mücadelesine gereksinim vardır. Sağlık hizmetlerini kolektif üreten, açık veya gizli CEO'larla çelişkileri ortak olan sağlık emekçilerinin, mücadelesi de ortak olmak zorundadır. Kendi bireysel çıkarını maksimize etmek için performans girdabına girmek, kendi meslek grubunun çıkarını maksimize etmek için aile hekimleri üzerinden pazarlık koşulu yaratmak, hekim sendikası girişimlerinde bulunmak vb. muhalefet tarzları, sağlık alanına yatırım yapan sermaye gruplarının istediği doğrultuda muhalefeti sınırlama çabalarına denk gelmektedir. Ortak mücadeleyi engellemek için hem TTB yasasında hem de sendika yasalarında değişiklikler günceldir. Hedef parçalanmış meslek örgütü, parçalanmış sendikal mücadeledir. Sermayenin üretim hattında/üretim sürecinde atomize ettiği sağlık emekçilerini mücadele sürecinde de atomize etmek istemesi, yine mücadeleyi bireysel/grupsal çıkarılara dönüştürmek istemesi; sağlık hizmetlerinde kapitalist üretim ilişkilerinin oturtulması ve devamlılığı için vazgeçilmez önem taşımaktadır.



Bu gün gerek aile hekimliği ile tek taraflı belirlenen birinci basamak sağlık hizmetleri, sözleşme koşulları, gerek KHB ile gündeme gelen güvence-sizleştirilen hastaneler, gerek işletmeleştirilen üniversite hastaneleri, gerekse özel sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin üretim koşulları ortaklaştırılmış, kapitalistleştirilmiştir. Tüm sağlık hizmetleri ortak dinamiklerden beslenmektedir. Bu dinamikler emekçilerin istihdam ve çalışma koşulları için de geçerlidir. Bu gün mücadelenin gerçekliği; taşeron çalışanından uzman hekimine, akademisyenine kadar dayanışma içinde olan, iktidar partilerinin arka bahçesi olmayan, emekten yana meslek örgütlerinden ve sendikalardan geçer. Sağlık hizmet üretiminin her bir biriminde yürütülen mücadele önem kazanmaktadır. Sağlık hizmet üretiminin kolektifleşmesinin artması, iç bağlantılarının güçlenmesi nedeniyle her birimdeki mücadelenin genele yansımaları, üretimin durdurulmasına yol açacaktır. Bu gerçeklikle her birimde mücadele önemlidir. Sağlık emekçilerine düşen sorumluluk; birimlerde olgunlaşmış mücadeleye dayanışmacı destekler vermek, birimlerde başlayan mücadelenin genelleştirilmesi için çaba harcamaktır. Bu tarz bir mücadele sınıf bilincinin inşa edildiği kolektif emek mücadelesi ile mümkündür. Sağlık muhalefeti; kısa erimde, her bir sağlık emekçisine olan saldırının dayanışma içerisinde karşısında olmayı, sağlık alanındaki kapitalist istemlere karşı emeğin haklarını yeniden inşa etmeyi, orta ve uzun vadede ise sağlık alanı başta olmak üzere metalaşmış tüm ilişkileri ortadan kaldırmayı hedeflemelidir.

Kaynaklar

1. Zencir M. (2009). "Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü, Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri", Toplum ve Hekim Dergisi, 24 (3): 177-87.
2. Dussault G, Rigoli F. (2003) The Interface Between Sector Reform And Human Resources In Health, 2003, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9>
3. <http://www.uludag.edu.tr/haberler/oku/dn/526>
4. Radnor ZJ, Holweg M, Waring J. (2012) "Lean in healthcare: The unfilled promise?", Social Science & Medicine, 74: 364-371.
5. Güzelsarı S. (2009). "Kamu Özel Sektör Ortaklığı Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme", Övgün B. (der.), Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reformu İçinde, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayın No: 598, S:43-78.
6. Karasu K. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı", Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66 (3): 217-262.
7. Zencir M. (2011a) "Sağlık Çalışanlarının Esnek Ücretlendirilmesi", Kapitalizm Krizi ve Sağlık, Ankara 29 Eylül-2 Ekim, s: 96-99.
8. Lawler, E.E. (1990). Strategic pay: Aligning organizational strategies and pay systems. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, Demir S. (2007) Performansa Dayalı Ücret Sistemleri, Basılmamış Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ve Siyaset Bilimi (Yönetim Bilimleri) içinde.
9. Schuster, J.R., Zingheim, P.K. (1992). The new pay: Linking employee and organizational performance. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, Demir S. (2007) Performansa Dayalı Ücret Sistemleri, Basılmamış Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ve Siyaset Bilimi (Yönetim Bilimleri) içinde.
10. Zencir M. (2011b) "Esnek Üretim ve Hegemonya, Emegın Gönüllü Boyunduruğu", İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kongresi, Ankara, 2-4 Aralık.
11. Rikowski G. (2011) "Canlı Ateşin Yakıtı: Emek-Gücü!", Dinerstein AC ve Neary M. (der.), Emek Tartışması, Kapitalist İşin Teorisi ve Gerçekliğine Dair Bir İnceleme, Otonom yayıncılık, 1.baskı, İstanbul, s: 257-290..●