



SAĞLIK REFORMLARI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ: NELER OLUYOR?

Doç. Dr. Kayuhan PALA

Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Öğretim Üyesi

Türkiye’de Sağlık Reformları

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1923’te Cumhuriyet’in kuruluşundan 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. Devletin sağlık hizmeti sunması önceleri yasalarla düzenlenmiştir. Daha sonra anayasa hükmü olarak 1961 Anayasası içinde yer almıştır.

Türkiye’de çağdaş hekimlik uygulamalarına geçişin en önemli adımı, 1961 yılında kabul edilen “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile atılmıştır. Bu Kanun eşitlikçi bir yaklaşımla hazırlanmıştır ve Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu kabul etmektedir. Kanunla birinci basamak hizmetlerin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılması ve koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir. Kanun ayrıca kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini getirmektedir.

Sosyalleştirme Kanunu özellikle sağlık göstergeleri açısından büyük başarılar imza atmıştır. 1960-2000 döneminde Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkelerinde yaşam beklentisi ortalama dokuz yıl artarken, Türkiye’de yirmi yıl artmıştır. Bu nedenle Türkiye, toplumun yaşam süresini artırma Açısından OECD ülkeleri arasında en yüksek başarı sağlayan ikinci ülke konumundadır (1).

Türkiye’de sağlık sistemini “reform” adı altında değiştirmeye yönelik girişimler esas olarak 1980 Askeri Darbesi sonrasında, değiştirilen Anayasa ile gündeme getirilmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56. maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan

çıkartılmıştır. Yeni Anayasaya göre devlet sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle görevlendirilmiştir. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir. 1980’den sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim; hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlanması olmuştur. Küresel kapitalizmin 1970’li yıllarda başlattığı sağlıkta neoliberal dönüşüm, Türkiye’de ilk ipucunu 1982 Anayasası ile vermiş, “sağlık reformu” adıyla anılan bu yaklaşım devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelecek bir sağlıkta özelleştirmenin de habercisi olmuştur (2).

Türkiye’de 1980’den sonra yürütülen sağlık politikaları önce 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nın uygulanmamasına odaklanmıştır. Buna bağlı olarak kamu sağlık hizmetleri çökertilmiştir. Çökertilen sağlık hizmetleri toplumun memnuniyetsizliğine yol açınca, çözüm olarak “sağlıkta reform” gündeme getirilmiştir. Reform başlangıçta üç temel bileşen üzerine inşa edilmiştir. Sağlık alanında finansman ile sunumun ayrılması ve finansmanın genel sağlık sigortası yoluyla sağlanması, devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi (hem birinci basamaktan, hem de ikinci basamaktan) ve sağlık insan gücünün devlet memuru olarak çalıştırılmak yerine sözleşmeli personel olarak çalıştırılması.

Türkiye’de sağlık sektörünü açık pazar ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk girişim 1987’de kabul edilen “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu”dur. Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlamakta, kamu hastanelerinin kendi işletme ve personel politikalarını ortaya koyabilmelerine olanak sağlayacak düzen-



lemeleri içermekteydi. Kanunun kritik bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, halen yürürlükte olmakla birlikte bu yasa uygulamaya konulamamıştır (3). 1990'lar Türkiye'de özel hizmet sunan sağlık kuruluşları sayısında hızlı artış ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir "pazar" olarak gelişmesinin yaşandığı yıllar olmuştur (4).

Türkiye sağlık sektörü, son 20 yılda yaklaşık üç kat büyümüş, bu büyümede kamu sektörünün payı giderek belirleyici olmuş, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları kamunun sağlıktaki motoru haline gelmiş, ancak kamu sağlık finansmanı giderek daha fazla genel bütçe dışı kaynaklardan (başta döner sermaye olmak üzere) beslenir hale gelmiştir. Bu süreçte, sağlık sektörünün belirleyici özelliği, kamudan özele, özelden yurt dışına kaynak aktarımının yapısal hale getirilmesidir. Türkiye sağlık sektörü, düzenli yurt dışına kaynak aktaran bir büyüme ve "modernleşme" yolunu seçmiştir. Devlete düşen rol, kaynak aktarımının alt yapısını güvenceye almak, kamu sağlık personelinin maaşlarını ödemek, kamunun içinin boşaltılması sürecine eşlik etmektir. Devletin bu alandaki yetkili kurumu Sağlık Bakanlığı ise, bütünüyle işlevsiz bir kuruma dönüşmüştür. 1980 ile başlayan süreç sonunda, kamu sağlık harcamalarının artmasına karşın, kamu sağlık hizmetleri ve kamu sağlık kurumları çökertilmiştir (5).

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla içindeki payı 2000 yılında %4.9 ve 2006 yılında %4.8 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı 2001'de %62.9 iken bu oran 2006'da %72.5'e yükselmiştir. 2001 ile 2006 kıyaslandığında, toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının oranı %37.1'den %27.5'e düşmesine karşın; özel sağlık harcamaları içerisindeki cepten harcamaların payı %74.6'dan %84.2'ye yükselmiştir. Satın alma gücü paritesine göre kişi başına kamu sağlık harcaması 2000'de 272 dolar iken, 2006'da 423 dolar olarak gerçekleşmiştir (6).

Türkiye'de bir yandan (özellikle 2002 yılı sonrasında) toplam sağlık harcamaları artarken, diğer yandan da sosyal güvenlik kurumlarının özel sektörden sağlık hizmeti satın almasının yolu açılarak özel sağlık sektörü desteklenmiştir. Sosyal güvenlik

kurumlarının toplam sağlık harcamaları içerisinde özel hastanelerin payı %6.2'den (2001) neredeyse üç kat artarak %17.3'e (2008) yükselmiştir (7). Türkiye'de 1970 yılında 79 olan özel hastane sayısı, 2007'de 365'e yükselmiştir. Özel hastane sayısının yıllara göre değişimi Tablo-1'de sunulmaktadır.

Tablo-1: Özel hastane sayısının yıllara göre değişimi (1970-2007)

Yıl	Toplam	Özel	% oran
	hastane sayısı	hastane sayısı	
1970	743	79	10,6
1980	827	90	10,9
1990	857	125	14,6
2000	1.184	261	22,0
2007	1.276	365	28,6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Geçtiğimiz yıllar ülkede özel sağlık sektörünün hızla büyümesine tanıklık etmiştir. Toplumun beklentileri, özellikle yüksek gelir seviyesine sahip kesimden gelen talepler, özel sektörü artan oranda sağlık alanına yatırım yapmaya itmektedir. Bu gelişmeler bir yandan alt yapının gelişmesine ve hasta memnuniyetinin artmasına yol açsa da diğer taraftan sağlık alanındaki değişik gelir grupları arasındaki eşitsizlikleri artırmaktadır. Ayrıca kontrolden yoksun olarak sürdürülen bu büyüme sunulan hizmetlerin kalitesi ve sağlık çıktılarının durumu üzerindeki kuşku artırmaktadır. Türkiye'nin, sağlık alanında daha fazla özelleşmek yerine, kamu sağlık sistemlerinin eksikliklerinin giderilmesi ve gelişimini böylece sürdürmesi genel beklentidir (3).

Türkiye'de hükümetlerin 1983 yılından sonra neoliberal ekonomi politikalarının bir uzantısı olarak "Sağlık Reformları" adıyla dile getirdikleri girişim, 58. ve 59. hükümetin programında omurgası aynı kalmak koşuluyla adı değiştirilmiş olarak (Sağlıkta Dönüşüm) 2003 yılında toplumun karşısına çıkartılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi incelendiği zaman sağlık sistemini oluşturan üç temel alana müdahale etmenin hedeflendiği anlaşılmaktadır:

- Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu.



Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yapılacak müdahale ile 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki Yasa ile getirilen ve çağdaş sağlık hizmetlerinin sunulması için önemli bir ilke olarak kabul edilen nüfus bazlı örgütlenme yapısı ortadan kaldırılarak, temel sağlık hizmeti yönelimli sağlık hizmeti sunma anlayışı yok edilmeye çalışılmaktadır. Örgütlenmede coğrafi sınır yerine, serbest piyasa ekonomisinin “sunu/istem” dengesi gözetilmektedir. Topluma “hekim seçme özgürlüğü” olarak tanımlanan bu uygulamanın içinde aynı coğrafi alanda yaşayanların farklı hekimlerden hizmet almaları nedeniyle toplumu etkileyen başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere önemli halk sağlığı sorunlarının izlenmesinde yaratabileceği sıkıntılar gibi pek çok sorunu barındırdığı bilinmektedir.

Finansmana müdahale, projenin “olmazsa olmazı” diye tanımlanan en sıkıntılı bölümüdür. Çünkü prim toplamaya dayalı bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulmaya çalışılmaktadır. GSS temel olarak üç bileşenden oluşmaktadır: Temel teminat paketi, prim ve kullanıcı ödentisi.

Temel teminat paketi (TTP) yurttaşın yararlanabileceği sağlık hizmetinin kapsamını belirleyen belge olarak adlandırılabilir. Başka bir deyişle, güvence altına alınan sağlık hizmetlerinin kapsamı belirlenmektedir. Elbette bu belirleme, bir “kısıtlama” ile birliktedir. TTP’nin vurgulanması gereken en önemli özelliği, sağlık hizmeti kapsamının gereksinimi karşılamaktan uzak olması nedeniyle,

kişilerin “ek ve tamamlayıcı” sigorta adı altında özel sağlık sigorta şirketleri aracılığıyla ikinci bir sigorta primi ödemeye zorlanmalarıdır. TTP araçlardaki trafik sigortası olarak düşünülecek olursa, araç sahiplerinin her türlü kaza riskine karşı kasko sigortası yapmak zorunda kalmaları gibi, yurttaşlar da yaşamlarını sürdürebilmek için özel sağlık sigortaları aracılığıyla ek teminat paketlerini satın almak zorunda kalacaklardır. Dünyadaki uygulamalar, başlangıçta halkın tepkisini çekmemek için temel teminat paketlerinin geniş tutulduğunu, ancak zaman geçtikçe kapsamın daraltıldığını göstermektedir (2).

Hizmetin sınırının temel teminat paketi ile belirlenmesi, özellikle yoksullar ve dar gelirli için sağlık hizmetine erişimi kısıtlamaya açık bir yaklaşımdır. Başlangıçta, toplumun bu sistemi kabul etmesini kolaylaştırmak için temel teminat paketinin kapsamı geniş tutulsa da, yıllar geçtikçe kapsamın daralması söz konusu olabilir. Kapsamın daraltılmasına en iyi iki örnek Almanya ve Hollanda’dan verilebilir. Bilindiği gibi Almanya, bizde GSS adıyla anılan sosyal sağlık sigortasının 1883 yılında dünyada ilk kurulduğu ülkedir. İkinci Dünya Savaşı’nın sonundan bu yana Alman sağlık sisteminde yapılan en radikal reformla hükümet, sağlık harcamalarını 9.9 milyar Euro azaltacağını ve 2007’ye kadar kesintilerin 23.1 milyar Euro’yu bulacağını duyurmuştur. Yeni düzenlemeye göre hastalar tedavi için daha fazla ücret ödemek zorunda kalacak, hastalar genel pratişyene her gidişleri için 10 Euro ödeyecekler, ayrıca ilaçlar için ödedikleri para da artacaktır. Hastaların hastanede kaldıkları her gün için de 10 Euro ödemeleri kararlaştırılmıştır. Dahası, takma diş ve meslek hastalığı tazminatı gibi birçok sağlık ödemesi devlet sağlık sigortası kapsamının dışına çıkarılmaktadır (8).

Benzer bir durum Hollanda’da karşımıza çıkmaktadır. Hollanda’daki merkez sağ koalisyon hükümeti sağlık harcamalarında büyük kesintiler yapacağını açıklamış ve Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği bu düzenlemeyi “felaket” biçiminde yorumlayarak hastalar için de hekimler için de kötü olduğunu belirtmiştir. Kesintiyi, “kişisel sorumluluk yoluyla elde edebilirlik” sloganıyla duyuran hükümet, hastaların harcamalara katkıda bulunacaklarını açıklamıştır. Birçok sağlık hizmeti



paralı hale gelecek, tedaviler nüfusun daha az varlıklı üçte ikisini kapsayan kamu sağlık sigortası kapsamından çıkarılacaktır. 21 yaş üzerindeki kadınların doğum kontrol hapları için para ödemeleri kararlaştırılmıştır. Doğum kontrol haplarının kamu sağlık sigortası kapsamından çıkarılmasının, 180.000 kadının hapları kullanmaktan vazgeçmesine neden olacağı tahmin edilmektedir. Sağlık hizmeti harcamalarından tasarrufun, maaş kesintileri, azaltılmış hastalık izinleri, eczane ödeneklerindeki indirimler ve hasta bakım evleri ve örgütlerine getirilen harcama sınırlamaları ile sağlanması beklenmektedir (9).

GSS ile sağlık hizmetlerinin kamuya maliyeti de artacaktır. Bunun iki önemli nedeninden birincisi, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması nedeniyle maliyete “kâr” kaleminin eklenmesi ve ikincisi GSS nedeniyle yönetsel maliyetlerin artması olacaktır. Bunlara kapsam altındaki sigortalıların hizmeti gereksiz yere kullanmak istemesini de eklemek gerekir (2). Nitekim, GSS yürürlüğe girdikten sonra Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sağlık harcamalarının iki katından daha fazla arttığı bilinmektedir.

GSS’de sağlık hizmeti almaya hak kazanmak için prim ödemek de zorunludur. Primini ödeme gücünden yoksun olanların, primlerinin devlet tarafından ödeneceği iddia edilmekteyse de, kimlerin prim ödeme gücünden yoksun olarak kabul edilecekleri merak konusudur. Çünkü güncel girişimler, asgari ücretin üçte biri tutarında geliri olanları prim ödeme gücü olanlar içinde kabul etme yönündedir. Bu yaklaşımın benimsenmesi, Türkiye nüfusunun üçte birinden daha fazlasının, prim ödeme gücünde kabul edilmesine karşın fiilen primini ödeyememesi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim olanağının engellenmesi anlamına gelecektir. Geriye kalanların büyük bir bölümü de primleri ücretlerinden kesilecek olmasına karşın, dar gelirli olmaları nedeniyle “ek ve tamamlayıcı” sigorta olanağından yoksun olacakları için, temel teminat paketi dışında kalacak ve sağlık hizmetleri için başka yollara başvurmak zorunda kalacaklardır. Bu noktada “Tıbbi Yoksulluk” kavramı gündeme gelebilir (2).

GSS’nin diğer bir önemli özelliği, sağlık hizmetinden yararlanma aşamasında kullanıcı ödentisinin (katkı payı) zorunlu tutulmasıdır. Kullanıcı ödentileri; gereksiz hizmet kullanımının

engellenmesi, sağlık sisteminin farklı basamaklarına farklı düzeyde ödenti zorunluluğu getirilmesine bağlı olarak basamaklı sistemin kullanımının geliştirilmesi, hizmet kalitesinin ve hizmeti kullananların tatmininin artırılması ve hizmeti üretenlerde ve kullananlarda maliyet bilincinin geliştirilmesi gerekçeleriyle gündeme getirilmiş olmasına karşın; yoksulların sağlık hizmeti kullanımını engelleyerek eşitsizlikleri artırması, tedavi edici hizmetlere yönelik tercihi artırması, dolayısıyla verimliliği azaltması ve yönetsel maliyetleri artırması nedenleriyle önemli sorunlara yol açmıştır. Ancak özellikle sıcak para toplamada önemli bir araç olması nedeniyle kullanıcı ödentileri hükümetler için bir çekim alanıdır. Dünya Bankası, kamu tarafından ücretsiz sağlanan sağlık hizmetlerinin, kullanıcı ödentisi ile sağlanmasının “verimliliği” artıracığını iddia etmesine karşın; beklenen olası yarar gerçekleşmemiş; kullanıcı ödentileri maliyetleri azaltmamış, hizmeti kullanma sırasında yoksulların zenginlerden daha fazla ödediği saptanmıştır (10,11). GSS yeni bir prim ödeme zorunluluğu nedeniyle bir yandan ek bir sağlık vergisi anlamına gelirken, bir yandan da özellikle “kullanıcı ödentisi” kavramıyla toplumun yoksul ve dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişmesinde önemli bir engel anlamına da gelmektedir.

Kurulmaya çalışılan sistem, “primini ödeyebilen yurttaşın” sağlık hizmetine erişim sırasında ek olarak “katkı payı” ödemek koşuluyla kapsamı TTP ile belirlenmiş hizmetlerden yararlanması olarak tanımlanabilir. Emekçiler açısından üç temel sıkıntıyı barındırmaktadır: Asgari ücretin üçte birinden fazla geliri olan (!) herkes prim ödemekle yükümlü kılınmaktadır, hizmetten yararlanma sırasında ücret ödemek (katkı payı) zorunlu tutulmaktadır ve hizmet kapsamı gereksinime göre değil, maliyet sınırlama politikalarına göre belirlenmektedir.

Sağlıkta dönüşümün üçüncü ayağı, sağlık hizmetlerinin sunumundan devletin el çektilmesini ve sağlık alanının özel sektörün insafına terk edilmesini hedeflemektedir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri ile Çalışma Bakanlığı sağlık hizmeti sunumundan çekilmiştir. İlk bakışta devletin sağlık hizmeti sunan kurumlarının tek elden yönetimi gibi algılanmaya açık olan bu girişim; sahip olduğu hastaneleri elden



çıkarmak için yasa önerileri hazırlayan Sağlık Bakanlığı'nın (Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Kanun Tasarısı) asıl amacının tek elden yönetim olmadığını açıkça ortaya koymaktadır.

“Sağlıkta dönüşüm” sağlık alanında örgütlenme, finansman ve sunuma müdahale ederken; sağlık insangücü ile ilgili olarak da köklü değişiklikler yapmaya çalışmaktadır. İnsan gücü sürecinin hem planlama, hem yetiştirme hem de istihdam alanlarında yürürlüğe konan değişiklikler sağlık çalışanları kadar toplumu da yakından ilgilendirmektedir. Çünkü genel olarak değişim insan odaklı olarak değil, kâr odaklı olarak kurgulanmaktadır. Buna en can alıcı örnek olarak, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan taşeron işçilerin sayısı verilebilir. Kamuda taşeron firmalar aracılığıyla çalıştırılan 174 bin 857 kişinin 108 bin 242'si Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda istihdam edilmektedir (12). Bir başka deyişle, Sağlık Bakanlığı'nda çalışanların yaklaşık dörtte biri taşeron firmalar aracılığıyla istihdam edilmektedir. Bu oranın bazı tıp fakültesi hastanelerinde çok daha yüksek olduğu da bilinmektedir. Taşeronlaştırma bir yanıyla taşeron firmalarda çalışmak zorunda kalan emekçilerin güvencesiz, zor koşullarda ve uzun süre çalışması; diğer yanıyla da görevin gerektirdiği nitelikleri taşımayan kişilerin çalıştırılması nedeniyle sağlık hizmeti alanların da sıkıntı yaşaması anlamına gelmektedir. Taşeronlaştırma sonucunda, taşeron şirketlerde çalışanlar kırım kongo kanamalı ateşi ve domuz gribi vb. hastalıklar yüzünden sağlık emekçileri içerisinde en fazla hasar gören/ölen kesimi oluştururken; toplum da gerek yoğun bakımlardaki bebek ölümlerinde, gerek hastane yangınlarında, gerekse de sosyal hizmetlere bağlı esenlendirme kuruluşlarında ortaya çıkan sorunlarda taşeronlaştırma gerçeği ile karşı karşıya kalmaktadır.

Reformlar ve İşyeri Hekimliği

İşyerlerinin hekim bulundurma zorunluluğu ilk kez 1930 yılında çıkarılan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 180. maddesinde tanımlanmıştır. Kanun sürekli olarak en az elli işçi çalışan işyerlerinde hekim çalışmasının yanında, beş yüzden fazla işçi çalışan yerlerde yataklı tedavi hizmeti için uygun ortam sağlanmasını da zorunlu

tutmaktadır. 1980 yılına kadar bu kanuna dayalı olarak işyerlerinde hizmet sunan hekimler, bu hizmeti ayrı bir tıp disiplini içerisinde değil; hekimliğin bir parçası olarak sunma eğilimi içerisinde olmuşlardır. Bunun en önemli nedeni, hekimlerin tıp fakültesindeki temel eğitimleri sonrasında, işçi sağlığı alanına özgü her hangi bir eğitim almamalarıdır.

1980'de yürürlüğe giren “İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları İle Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik”, Türkiye'de işçi sağlığı alanında bir dönüm noktasıdır. Bu Yönetmelik ile bir yandan “işyeri hekimi” tanımlanmakta, bir yandan da işyerlerinde sunulması gereken hizmetlerin kapsamı belirlenmektedir.

Yönetmelik yayınlandıktan birkaç ay sonra gerçekleşen 12 Eylül Darbesi, her ne kadar Yönetmelik yayınlanmış olsa bile, işçi sağlığı alanında sürecin ötelenmesine yol açmıştır. Yönetmelikte yer alan hizmetlerin yaşama geçirilmesi 1980'li yılların sonuna doğru ilk belirtilerini göstermeye ancak başlayabilmiştir.

İşyeri hekimliği için ikinci dönüm noktası, 1980'li yılların ortalarında, Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) Yönetmelik'te işyeri hekimi yetiştirmek üzere sözü geçen “yetkili makam” olarak kendini tanımlamış olmasıdır. Bu karar, Türkiye'de “işyeri hekimliği” kavramının kurumsallaşmasına yol açan önemli bir adım olmuştur. Kararın verilmesinden hemen sonra işyeri hekimliği kursları açılmış yirmi yıl içinde otuz binden fazla hekim bu kursları başarı ile bitirmiş ve yaklaşık on bin hekim işyeri hekimi olarak görev yapmıştır.

TTB, işyeri hekimliği alanına hem işyeri hekimlerinin yetiştirilmesi hem de 6023 sayılı Yasa'dan alınan yetkiyle istihdam edilmelerinin sağlanması için müdahalede bulunmuştur. İstihdamın sağlanması aşamasında yürütülen zorlu mücadele TTB ile işverenleri ve işveren örgütlerini karşı karşıya getirmiştir. Özellikle TTB tarafından getirilen asgari ücret uygulaması ve işyeri hekimi görevlendirilmesinde bazı ölçütlerin konulması işverenlerin büyük tepkisini çekmiştir.

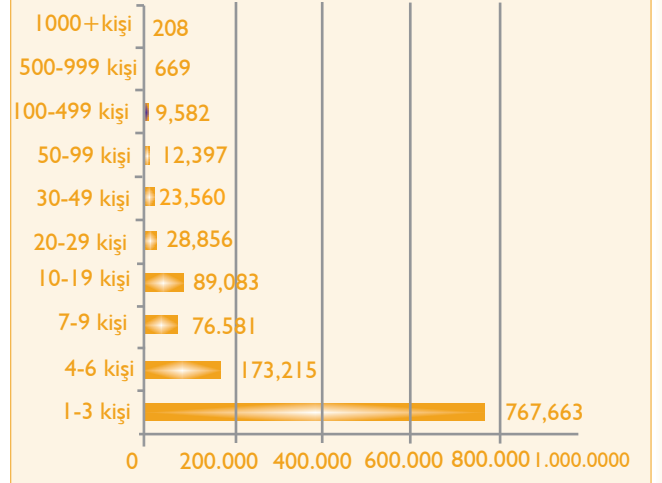
Dünyada (ve Türkiye'de) sağlık reformlarının gündeme gelmesi, yalnızca sağlık alanındaki düzenlemelerle sınırlı değildir. Reformlar bir bütündür ve genel olarak “sermaye yararına düzenleme” olarak adlandırılabilir. Bu düzenlemelerin hiç kuşkusuz en



önemli bölümleri devletin küçültülmesi (=özelleştirme) ve sermaye üzerindeki yüklerin azaltılmasıdır. Devletin geliri vergilendirmekten vazgeçip, tüketimi vergilendirmeye ağırlık vermesi; birkaç yıllık kâr bedeliyle önemli kamu iktisadi teşekküllerin elden çıkarılması ve emek gücünün değerlendirilmesiyle ilgili yasal düzenlemeler bu döneme damgasını vuran uygulamalar olmuştur. Toplum Marmara Depremi'nin acısını yaşayıp, yaralarını sarmakla uğraşırken apar topar sosyal güvenlikle ilgili yasanın çıkarılması belleklerdeki yerini korumaktadır.

2000'li yıllara gelindiğinde, reform rüzgârından iş yasası da payına düşeni almıştır. Uzunca bir süre 1971 yılında çıkarılan 1475 sayılı İş Kanunu'nun değiştirilmesi ülkenin gündeminde tutulmuş ve yeni düzenleme 4857 sayılı İş Kanunu olarak 22 Mayıs 2003'te TBMM'de kabul edilmiştir. 4857 Sayılı Kanun işçi sınıfı tarafından kabul edilemeyecek hükümler içermektedir. Bütün dünyada, işçilerin en fazla süre çalıştığı ancak bunun karşılığını alamadığı ve gelirin en adaletsiz dağıldığı ülkelerden biri olan Türkiye, çalışma ilişkilerini yeniden düzenleyen 4857 sayılı Kanun ile emeğin daha da zor günler yaşayacağı bir konuma sürüklenmiştir.

Kanun ile ilgili değerlendirme bu yazının kapsamı dışındadır. Ancak özellikle işçi sağlığı alanından bir örnek vermek gerekirse; Türkiye'de, çalışanların sağlığı ve güvenliğini güvenceye alacak kapsamlı ve uygulanabilir bir yasal düzenlemeye duyulan gereksinim gün geçtikçe artmasına karşın, buna yönelik bir düzenleme yapılmamıştır. Kanun, başta kayıt dışı çalışmayı önleyememe ve ancak kayıtlı çalışanların bazı haklara sahip olması gibi temel bir sıkıntıyı barındırmakta; işçi sağlığı alanındaki hizmetlerden yararlanmak ise (çalışılan işyerinde istihdam edilen işçi sayısının 50'den fazla olması gibi) bazı koşullara bağlı olarak sağlanabildiği için çalışanların büyük bir çoğunluğunu kapsayamamaktadır. Türkiye'de Ağustos 2009 itibarıyla zorunlu sigortalı sayısı 8.977.653 kişidir ve bunların 5.411.377'si (%60,3) çalışan sayısı 50 işçiden az olan işyerlerinde çalıştıkları için işçi sağlığı hizmetlerinden yararlanma olanaklarından yoksundur (13). İşyerinde çalıştırılan sigortalı sayısına göre değerlendirildiğinde ise işyerlerinin %98'i işçi sayısının 50'den az olduğu küçük ve orta ölçekli işyerleridir (Şekil-1).



Şekil-1: İşyerinde çalıştırılan sigortalı sayısına göre işyeri sayısı (SGK, Ağustos 2009)

İş Kanunu değişikliğinin hemen ardından, işyeri hekimliği ile ilgili yönetmelik de değiştirilmiştir. Yönetmelik sosyal devlet yaklaşımının benimsendiği bir tarihsel dilimin ürünü olduğu için, işverenin beklentilerini karşılamaktan uzak olmuştur. İşverenler uzun zaman yönetmelikte işyeri hekimliği ile ilgili yer alan maddelerin değiştirilmesi için uğraş vermişlerdir. Sonunda, 4 Temmuz 1980 tarihinde 17037 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları İle Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik" yayımlandıktan 23 yıl sonra, 16 Aralık 2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" ile 59. Hükümet tarafından yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni Yönetmelik 1980'de ILO normları gözetilerek yayınlanan eski Yönetmelik'le işçi sağlığı alanında sac ayağı olarak tanımlanan işçiler, devlet ve işveren açısından kıyaslandığında; işyeri hekimlerinin çalışma sürelerinin azaltılması ve ortak sağlık birimi gibi uygulamalara olanak sağlaması yönüyle daha çok işverenin taleplerini karşılamak üzere hazırlanmış izlenimi uyandırmaktadır. 1980'de eski yönetmelik yayımlandıktan sonra iptal edilmesi için yargı yoluna başvuran ve eli boş dönen işveren örgütleri, hedeflerine 23 yıl sonra ulaşmanın mutluluğu ile AKP iktidarı tarafından çıkarılan yeni yönetmeliği alkışlamaktadır. Yeni yönetmeliğin işçi sağlığı alanına katkıda



bulunmaktan uzak ve bu haliyle işyeri hekimliği alanının değersizleştirilmesine yol açabileceği fazla zaman geçmeden ortaya çıkmaya başlamıştır.

TTB tarafından başarı ile yürütülen işyeri hekimliği uygulamaları yönetmelik değişikliğinin ardından kesintiye uğramaya başlamıştır. Yeni yönetmeliğin işyeri hekimlerinin TTB tarafından yetiştirilmesine son veren hükümleri dava edilerek yürürlükten kaldırılmışsa da; özellikle işyeri hekimlerinin istihdam edilmesine yönelik sorunlar gün geçtikçe artmaya başlamıştır. Çalışma Bakanlığı'nın yeterince hekim iş müfettişi görevlendirmemesi, işyeri hekimi çalıştırmayan işyerlerinin denetlenmemesi gibi zaten var olan sorunlara mevzuatın işyeri hekimliği yapmayı sıkıntıya düşürecek biçimde değiştirilmesinin de eklenmesi işyeri hekimliği yapan ya da yapmak isteyen hekimleri giderek olumsuz etkilemeye başlamıştır.

İşverenler 1990'lı yılların ortalarından başlayarak işyeri hekimliği ile ilgili mevzuat değişikliği istemlerini duyurmuşlardır. Bu istemler üç noktada odaklanmaktadır: İşyeri hekimi görevlendirme zorunluluğu 50 işçiden daha yukarı bir sınıra (örneğin 250 işçiye) çıkarılmalıdır, işyeri hekimi için bir asgari ücret uygulanmasına gerek yoktur ve işyeri hekimi görevlendirme aşamasında tabip odalarının her hangi bir işlevi olmamalıdır.

İşverenlerin istemleri kapitalist sistemin kâr maksimizasyonu ile uyumludur. Bir yandan işyeri hekimi görevlendirme zorunluluğunu büyük işletmelere doğru çekmeye çalışmakta, diğer yandan da işyeri hekiminin emeğini daha ucuza kapatmak için hem asgari ücret tarifesini, hem de tabip odalarının dayanışmacı gücünü ortadan kaldırmaya çalışmaktadır.

İşyeri hekimliği yönetmelik değişikliğinin ardından Çalışma Bakanlığı tarafından yaşama geçirilen yeni düzenlemeler ve yakın gelecekte çıkarılması beklenen yönetmelik ve yasalar işverenlerin istemlerini büyük ölçüde karşılayacak gibi görünmektedir. Bu konudaki en çarpıcı örnek 15 Ağustos 2009 günü Resmi Gazete'de yayınlanan "İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik" hükümleri içerisinde yer alan düzenlemelerdir. Yönetmeliğe göre 500 işçiden az işçi çalıştırılan işyerlerinde işyeri hekimi çalıştırılması zorunluluğu fiilen ortadan kaldırılmış ve işyeri

hekimliği hizmetlerinin taşeron şirketlerden satın alınmasının önü açılmış bulunmaktaydı. Ancak Çalışma Bakanlığı bununla da yetinmemiş, 9 Aralık 2009 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan "İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri İle Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin Uygulanmasına Dair Tebliğ" ile işçi sayısı sınırlaması olmaksızın büyük işyerlerinde de işyeri hekimlerinin taşeron şirketler yoluyla istihdam edilebilmesini sağlayan düzenlemeleri gerçekleştirmiştir. Söz konusu Tebliğ'in 5.maddesinin altıncı bendinde "Bakanlıkça yetkilendirilen OSGB'ler az tehlikeli sınıfta yer alan ve 1000 (bin) ve daha fazla işçi çalıştıran, tehlikeli sınıfta yer alan ve 750 (yediyüzelli) ve daha fazla işçi çalıştıran, çok tehlikeli sınıfta yer alan ve 500 (beşyüz) ve daha fazla işçi çalıştıran işyerleriyle hizmet sözleşmesi yapamazlar. Ancak, bu işyerlerinde OSGB kurarak alt işveren olarak hizmet verebilirler. Kurulan OSGB'de işyeri hekimliği ve iş güvenliği hizmetlerinin devamlı olarak aynı işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı tarafından verilmesinden hizmeti alan ve bu hizmeti verenler birlikte sorumludurlar" biçiminde yapılan düzenleme, işyeri hekimliğinin taşeronlaştırılmasının geldiği son noktayı göstermesi bakımından çarpıcıdır.

Taşeron çalışma çoğu kez bir "istihdam modeli" olarak tanımlanmakta ve düşük ücretler, ağır çalışma koşulları, ciddi sosyal hak kayıpları, sosyal güvencesizlik, işçi sağlığı ve güvenliğinin olmaması ve sendikasılaşma gibi boyutlar ile birlikte değerlendirilmektedir. Bugün diğer özelliklerinin yanında artık taşeron çalışmanın despotik emek rejimlerinin bir parçası olduğu da iddia edilmektedir (14). Bütün bu özellikler işyeri hekimliği alanının taşeronlaştırılması ile birlikte, fiilen işyeri hekimlerinin karşı karşıya kalacakları gerçeklerdir.

Çalışma Bakanlığı böylece işverenlerin hem işçi sayısının daha fazla olduğu işyerlerinde işyeri hekimi istihdamının zorunlu tutulması hem de taşeronlaştırma yoluyla işyeri hekimi emeğinin ucuza elde edilmesi istemini karşılamış görünmektedir. Taşeron şirketler dışında, işyeri hekimi sayısının çok azaltılması girişimi yüzünden, işyeri hekimi istihdamı sürecinde tabip odalarının fiilen güçlü bir rolünün olamayacağı bir döneme doğru hızla gidilmektedir.

Çalışma Bakanlığı tarafından yapılan düzen-



lemelere ek olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve Sağlıkta Dönüşüm'ün önemli bir bileşeni olan "Aile Doktorluğu Sistemi" de işyeri hekimliği alanını düzenlemeye başlamıştır. Söz gelimi, işyeri hekimliğinin taşeron şirketler aracılığıyla sunulması girişiminin arkasında işverenler ve Çalışma Bakanlığı'nın yanında, Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamakta çalışacak hekim sayısını artırmak için işyeri hekimliği alanının boşaltılması yaklaşımının da bulunduğu açıkça söylenmektedir. Her iki bakanlık yaptıkları hesaplamayla Türkiye'nin işyeri hekimi gereksiniminin yalnızca 1700 hekim olduğunu açıklamaktadır. Bu hesaba göre halen işyeri hekimliği yapan hekimlerden yaklaşık altı bini işyeri hekimliği alanından çekilmek zorunda kalacaktır. Gelecekte işyeri hekimliği yapmak isteyen hekimlere söylenebilecek tek söz ise "Geçmiş olsun" olacaktır.

Küresel kapitalizmin açtığı yolda, her şeyin fiyatının bilindiği ancak neredeyse hiçbir şeyin değerinin bilinmediği bu çağda; işyeri hekimliği kadar, çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili diğer kurum ve kuruluşlar da reformlardan paylarına düşeni almış durumdadır. Güncel bir örnek vermek gerekirse, meslek hastalıklarının tanısı ve tedavisi için kurulmuş ve geçmişlerinde yıllarca bu alanda yoğun hizmet vermiş olan meslek hastalıkları hastaneleri, Türkiye çapında yalnızca üç adet olmalarına karşın, bugün artık meslek hastalıkları dışında da genel hastaneler gibi hizmet vermeye başlamıştır. Çünkü yalnızca meslek hastalıkları tanı ve tedavisiyle hastanelerin döner sermaye işletmeleri yeterince gelir sağlayamamaktadır. Bugün artık kamu hastaneleri genel bütçeden yeterince kaynak gelmediği için, döner sermaye işletmeleri yoluyla hem hizmet alımı bedellerini, hem sözleşmeli personelin ücretlerini ve tüm çalışanların nöbet ücretlerini ödemekte, hem de sağlık hizmetinin yürümesi için gereksinim duyulan diğer cari harcamalar için de döner sermaye gelirlerini kullanmak zorunda kalmaktadır. Bütün bunlara ek olarak, çalışanların ücretlerinin büyük bir bölümünü performans dayalı ek ödeme ile aldığı bir ücretlendirme sisteminde, özendirici önlemler alınmadığı sürece; meslek hastalıkları hastanelerinin genel hizmet vermeye yönelmesi kaçınılmazdır.

Sağlık reformları, hayatın her alanını sermaye yararına düzenleyen neoliberal reformlara eklemelikçe; ortaya çalışanların sağlığına katkı koyan bir mesleki sağlık ve güvenlik sisteminin çıkmasını beklemek hayaldir. Bu durum işyeri hekimleri için de geçerliliğini korumaktadır.

Kaynaklar

- 1- OECD, Towards High-Performing Health Systems Summary Report, The OECD Health Project, Paris, 2004. <http://www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf>.
- 2- Pala K., Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Milliyet Gazetesi Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü, 2006. http://halksagligi.uludag.edu.tr/turkiye_icin_nasil_bir_saglik_reformu.pdf.
- 3- Savaş B. S., et al. In Thomson, S. and Mossialos, E., eds. Health care systems in transition: Turkey. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4(4), 2002.
- 4- WHO, Health Care Systems in Transition HiT summary, Turkey. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- 5- TTB, Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka Hekimlere Sağlık Personeline Ne Getiriyor? Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 2003.
- 6- WHO, World Health Statistics 2009. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf
- 7- Sosyal Güvenlik Kurumu 2009. http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/bd8860804f1899e1abe6bf22801f22d5/2009_06_mali.xls?MOD=AJPERES.
- 8- Burgermeister J., Germany reaches controversial deal on healthcare reform, BMJ, 2003; 327:250.
- 9- Sheldon T., Dutch government introduces swingeing cuts to health spending, BMJ, 2003;327:641.
- 10- Creese A., "User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity", BMJ, 1997;315:202-203 (26 July).
- 11- Kutzin J., "Health insurance for the formal sector in Africa: "yes, but ...", World Health Organization, WHO/ARA/CC/97.4, ARA Paper Number 14, 1997.
- 12- <http://www.tumgazeteler.com/?a=5243959> (Erişim 8 Aralık 2009).
- 13- Sosyal Güvenlik Kurumu Sigortalı İstatistikleri, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal!/ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os_gAS-PAAE8TIwN3d09AyNjr1AnQ6dgQ-dgI6B8JJK8hZuHOVDeMNTI1cXY0MDdIlBuP4_83FT9gtyIcgCElpjh/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfUDkzUVBJNDIwODhVMTAyVkrLrTEIJTDBPODA!/.](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal!/ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os_gAS-PAAE8TIwN3d09AyNjr1AnQ6dgQ-dgI6B8JJK8hZuHOVDeMNTI1cXY0MDdIlBuP4_83FT9gtyIcgCElpjh/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfUDkzUVBJNDIwODhVMTAyVkrLrTEIJTDBPODA!/)
- 14- Yücesan Özdemir G., "Emek Süreci, Denetim ve Emek Rejimleri: Taşeron Çalışma Üzerine İlk Notlar", TTB, Toplum ve Hekim Dergisi, Temmuz-Ağustos 2008; 23(4):254-262. ●