

# CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ POLİTİKALARI

Prof. Dr. Recep AKDUR\*

Hekim ve İnsan sayı: 1 Ankara, Ocak 1999 s:17-22

## 1. SAĞLIK POLİTİKALARI

Çeşitli ülkelere bakıldığında, sağlık sektörünün çok farklı yapılanmış olduğu ve her birinin ayrı özellikler taşıdığı, hiç birinin bir diğerine benzemediği görülür. Farklı ülkeler bir yana, aynı ülkenin farklı birim ve köşelerindeki sağlık hizmetleri bile çok farklı yapılanma özellikleri gösterir. Bu görüntüler, çok çeşitli sağlık politikalarının varlığı düşüncesi yaratır. Bunun doğal bir sonucu olarak, "kaç çeşit sağlık politikası vardır?" "bunlardan ülkeye en uygun olanı hangisidir ? " gibi sorular akla gelir. Bu soru ya da sorular, insanları bir ülkedeki sağlık sektörüne hakim olan politikayı çözümlmek ya da tanımlamak için neye bakmaları, neyi ölçmeleri gerektiği sorusuna götürür. Bir ülkedeki sağlık sektörünü tanımlamak için ise incelenecek birçok konu ve boyut vardır. Bunlardan, bilimsel / teknolojik (tıbbi ) boyut, yönetsel boyut ve politik boyut hem en önemlileri hem de en sık kullanılanlarıdır.

Tıbbi boyut, ülkelere ya da hizmet sunum biçimlerine (özel, kamu) göre farklılık göstermez ve değişmez. Çünkü; tıp bilimi ve uygulamaları evrenseldir. Penisilin her ülkede ya da her sunum biçimlerinde aynı amaçla ( enfeksiyon tedavisi ya da profilaksisi) ve aynı biçimde (oral ya da enjektabil) uygulanır. Aynı şekilde, apandisit ameliyatı da tüm ülkelerde ve tüm hizmet sunum biçimlerinde aynı amaçla ve aynı şekilde yapılır. Penisilin ve apandisit ameliyatı uygulamaları açısından, ülke ya da hizmet sunum biçimine göre değişen; bu uygulamanın kim tarafından yapıldığı (insan gücü), nerede yapıldığı ( örgüt biçimi), sunulan hizmetin karşılığının nasıl ödendiği (finansman yöntemi) ve hangi kalitede (işlem kalite, ürün kalite) uygulandığıdır. Özetle tıbbi uygulamalarda ülkelere ya da hizmet sunum biçimine göre görülen farklılıklar ışın tıbbi boyutunda değil politik boyutundadır.

Sağlık sektörünü tanımlamakta sıkça kullanılan diğer bir boyut olan yönetsel boyutun, ülkelere ve hizmet sunum biçimlerine göre çok çeşitli görüntüleri var ise de, aslında değişmemesi gerekir. Çünkü; tıp bilimi gibi, yönetim biliminin kuralları da evrenseldir. Burada değişen yalnızca bu kuralların bilinip bilinmemesi, bununda ötesinde bu kurallara uyulup uyulmamasıdır. Bu kurallara uyulması halinde verimlilik ve kalite artar, aksi halde ise düşer. Bu durum her iki tıp hizmet sunum biçimi (özel, kamu ) için geçerli olduğu gibi her ülke ve her bölge için de geçerlidir. Özetle, ülkeden ülkeye ya da birimden birime esas değişen yönetim biliminin kuralları değil, yalnızca buna uyulup uyulmamasıdır.

Sağlık sektörünü tanımlamada kullanılan politik boyut ise değişkendir. Ülkeden ülkeye, ülkenin bölgelerine ve hatta hizmet birimine göre farklılıklar gösterir. Üstelik, politik boyut (izlenen / benimsenen sağlık politikası) sağlık sektörünü tanımlamada kullanılan tıbbi ve yönetsel boyutları da önemli oranda etkiler. Bu nedenle de, herhangi bir ülkedeki sağlık sektörünün yapılanmasını dolayısı ile de tanımlanmasını esas belirleyen boyut sağlık politikasıdır ve ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye ve birimden birime esasta, özde değişen tek şeyin sağlık politikası olduğu söylenebilir (Her şeyin başı sağlık, sağlığın da başı politikadır).

\*Ankara Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Sağlık politikası ise, sanıldığı kadar, çok ve çeşitli olmayıp, genel olarak, iki seçenek halinde netleşmektedir. Bunlardan birinci seçenek; sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev ve sorumluluk olarak gören, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakım haklarının gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlık hizmetlerini toplumsal dayanışmanın bir aracı olarak ele alır ve hizmetlerden yararlanmada eşitliği öngörür. İkinci seçenek ise; sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile de sağlık ve sağlık bakım hakkının gereklerini toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine de kar aracı olarak bakan politikadır.

Sağlık politikasındaki bu iki seçenek, sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi tüm diğer alt politika ve uygulamalarını da belirler. Örneğin; birinci seçenektен yola çıkan sağlık politikası; sağlık hizmetlerini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, hizmetleri kamu örgüt ve birimleri eliyle sunar, personel yetiştirme ve istihdamının da kamu eliyle yapılmasını benimser. İkinci seçenektен yola çıkan sağlık politikası ise; cepten ödeme ve özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda dolayısı ile de personel istihdamında da özel örgüt ve kuruluşları yeğler.

Bir ülkenin sosyo - kültürel yapısı ve siyasal yapılanması hem seçilecek sağlık politikasını hem de seçilen bu sağlık politikasının alt uygulamalara yansımalarını belirlemektedir. Başka bir anlatımla, seçilen sağlık politikası, alt politika ve uygulamalara, ülkelere göre farklı derece ve biçimlerde yansımaktadır. Bu nedenle de, benimsenen sağlık politikasının, yukarıda özetlenen, açık ve net uygulamaları her zaman ve her toplumda görülüyor. Böylece, ülkelerde, benimsenen sağlık politikasının alt politika ve uygulamalara yansıma biçim ve derecesine göre, sağlık sektörü farklı farklı görüntülere bürünüyor. Bu durum, sanki çok çeşitli sağlık politikaları varmış gibi bir görüntü ortaya çıkarıyor. İnsanların, çok değişik sağlık politikalarının var olduğu düşüncesine varması da buradan kaynaklanıyor. Oysa esas olan, belirleyici olan ayırım değişmiyor. Yalnızca, var olan bu iki seçeneğin, kendi içindeki, farklı uygulamaları, biçimlenmeleri, kompozisyonları söz konusu olabiliyor.

Sağlık politikasında birinci seçenektен yola çıkan, sektörün yapılanmasında; yani finansman, hizmet sunumu (örgüt) ve insan gücü uygulamalarının her üçünde de tamamen kamu yolunu seçen uygulamalara eski Sovyetler Birliği ülkelerinde rastlanmakta idi. 1990'lı yıllardan sonra bu ülkelerde de bu tür uygulamaya son verilmiş ve karma bir uygulamaya geçilmiştir. Küba ve benzeri ender birkaç örnek dışında sağlık sektörünün salt kamu uygulamalarına dayalı olduğu ülke kalmamıştır. Diğer ülkelerin hemen tamamında sağlık sektörü karma bir yapılanma göstermekte olup, finansman, hizmet sunumu ve insan gücü uygulamalarındaki özel ve kamu ağırlığı ülkeden ülkeye göre değişmektedir.

## **2. SAĞLIK İNSAN GÜCÜ POLİTİKALARI**

Yukarıdaki özetlemeden de anlaşılacağı üzere, bir ülkede, seçilen sağlık politikasının uygulama alanları finansman, örgütlenme ve insan gücü alanları olmaktadır. Kuşkusuz ki; bu alanlardaki uygulamalar birbirini etkilemekte ve genelde seçilen sağlık politikası özelde ise finansman yöntemi, örgütlenme biçimi ve insan gücü uygulamaları birbirini etkilemekte ve birinin diğerine benzeşmesine neden olmaktadır. Buna karşın

bu alanlar birbirinden ayrı özelliklere de sahip olabilmektedir. Örneğin; finansmanda tamamen kamuya dayalı yöntemler uygulanmasına karşın hizmet sunumunda (örgüt) serbest girişimcilik yolu seçilebilmekte ve bu iki ayrı nitelikteki uygulama türü aynı ülkede yan yana bulunabilmektedir. Örgütlenme biçimi ile insan gücü uygulamaları birbiri ile çok daha iç içe olmakla birlikte yine de uygulamalarda çeşitli kompozisyonlar görülebilmektedir. Buradan hareketle sağlık sektörünün yapılanması bir bütün olarak incelenebileceği gibi tek tek alt politikalar ya da uygulama alanları halinde de incelenebilir. Bu inceleme alanlarından birisi de sağlık insan gücü uygulamalarıdır.

Sağlık insan gücü alanındaki uygulamaları bir yandan sağlık politikası tarafından belirlenirken diğer yandan da ülkede benimsenen sağlık politikasının yapılanmasının ve tanımlanmasının en önemli göstergelerinden birisini oluşturmaktadır. Sağlık insan gücü uygulamaları ise istihdam ve eğitimi gibi iki ana bileşenden oluşur.

## 2.1. İstihdam Biçimleri

Dünyadaki başlıca sağlık insan gücü istihdam şekilleri şöyle sıralanabilir:

**1) Devlet memuru:** Bu istihdam biçiminde sağlık çalışanları memur statüsünde olup, işveren devletin çeşitli organlarıdır. Bu oranlar sağlık çalışanlarını genel personel rejimine tabi olarak istihdam eder. Türkiye'de 657 Sayılı Yasa ile düzenlenmiş olan personel rejimi bunun örneğidir.

**2) Ücretli işçi:** Bu istihdam biçiminde sağlık personeli işçi statüsündedir. İşveren kamu ya da özel kurum olabilir. Sağlık personeli, bu kurumlar tarafından iş yasalarında düzenlenmiş olan rejime göre çalıştırılır. Türkiye de İş Yasası ile getirilen düzenlemeler bu uygulamanın örneğidir.

**3) Sözleşmeli:** Bu istihdam biçiminde sağlık çalışanı muhatap kişi ya da kurum ile bir sözleşme imzalar. Bu sözleşmelerin genel kuralları ya da genel rejimi yasalarla düzenlenmiş olmakla beraber esas olan tarafların imzalamış olduğu sözleşmedir (Türkiye'de Borçlar Yasası ve kamuda Sözleşmeli Personel düzenlemeleri bunun örnekleridir). Taraflar arasındaki ilişki devlet- memur ya da işveren - işçi ilişkisinden daha çok yüklenici - yükletici ilişkisi şeklindedir. Sağlık personelinin sözleşme yaptığı taraf kamu ya da özel kurumlar olabileceği gibi, kişiler de olabilir.

**4) Serbest (özel):** Sağlık personelinin kendi işinde çalıştığı işveren, iş gören ve sürekli iş yüklenicilik ilişkilerinin söz konusu olmadığı biçim.

Personel İstihdamı konusunda yapılacak uygulamalar çok yalın olup, yukarıda sayılan istihdam biçimlerinden birinin tercih edilmesi anlamına gelir. Bu tercih tüm ülkede bu istihdam biçimlerinden yalnızca birinin uygulanması şeklinde olabileceği gibi bunlardan bir kaçının ve hatta hepsinin bir arada uygulanması şeklinde de olabilir. Dünyada saf ve tek bir istihdam biçimi uygulayan ülke sayısı çok enderdir. Genelde, bu istihdam biçimleri birlikte ve karma şekilde uygulanmaktadır. Ancak, ülkeler, o ülkede yaygın olan ya da baskın olan istihdam biçimine göre; serbest çalışmanın baskın olduğu, memurluğun baskın olduğu, sözleşmenin baskın olduğu ülkeler olarak kategorize edilebilmektedir.

## 2.2. Eğitim Biçimleri

Sağlık personelinin eğitimi konusundaki uygulamalarda incelenecek ya da tartışılacak birçok boyut vardır. Eğitimin hangi örgütlerce verileceği (kamu, özel), eğitimin içeriği / müfredatı, eğitim kurumlarının ve bu eğitim kurumlarında eğitime alınacak kişilerin tür ve sayısı tartışılması ya da incelenmesi gereken başlıca konular olarak sayılabilir.

## 3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ POLİTİKALARI

Osmanlıdan günümüze dek izlenen insan gücü politikasında, uygulama farklılıkları ya da ayrıntılar bir yana bırakılır ve konuya temel politika düzeyinde bakılır ise, üç ayrı dönem dikkati çekmektedir. Bunlardan birisi İmparatorluk dönemidir. İkincisi 1923'ten 1980'lere dek olan dönem, diğeri de 1980'lerden günümüze dek süren ve halen

sürmekte olan dönemdir.

Bu dönemlerin her birinin kendi süresince ya da kendi içinde de farklı düzenleme ve uygulamalara rastlanmakta ise de, bu uygulamalar geneli değiştirecek uygulamalar değildir. Dolayısı ile, Cumhuriyetten günümüze kadar geçen zaman süresince, sağlık insan gücü politikası açısından, biri Cumhuriyet'in kurulması sırasında, diğeri de 1980'li yıllarda olmak üzere iki dönemeç yaşanmıştır.

Osmanlı döneminde, halka sunulacak sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi olarak görülmemiştir. Halka sunulan sağlık hizmetlerinde muayenehane ve cepten ödeme şeklindeki uygulama hakimdir. Sağlık personeli nitelik ve nicelik olarak çok yetersizdir. Bu nedenle, muayenehane uygulamaları bile daha çok Kayseri, Bursa, İstanbul ve Edirne gibi belli başlı merkezlerde toplanmış durumdadır. Yaygın halk kitleleri bugünkü anlamdaki hekim ve sağlık hizmetinden yoksun olup, daha çok bilim dışı kurum, kişi (mütetabipler vb) ve davranışlardan çare arar durumda kalmıştır.

Bu dönemde, Hekimbaşı'lık gibi devlet kurumları da var ise de bunlar daha çok saraya ve askeri kurumlara yönelik olarak örgütlenmiş olan ve bunların gereksinimlerine cevap veren kuruluşlardır. Yaygın kitlelere sağlık hizmeti vermek gibi bir amacı yoktur. Aynı şekilde padişahlar ya da yakınlarının kurduğu hayra yönelik bazı kuruluşlarca da sağlık hizmetleri üretilmiştir. Ancak, bunlarda bazı büyük merkezlerde kurulmuş olan tüm halkı kapsamayan kuruluşlardır. Bu nedenle de, tüm sağlık sektörünü ya da sağlık politikasını belirleyen kurumlar olduğu söylenemez.

Cumhuriyetin kurulması ile birlikte sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi olarak algılanmış ve sektörün bu yönde yapılanması için büyük çaba harcanmıştır. Bunu doğal bir uzantısı olarak sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamında kamuya öncelik verilmiştir.

Cumhuriyet'ten sonra izlenen sağlık insan gücü politikasının zemininde yatan temel düşünceler; 1) sayıyı artırmak, 2) niteliği yükseltmek, 3) kamuda çalışmayı özendirmek, 4) uzman personel ile uçta çalışacak personel ( pratisyen hekim, ebe, halk sağlığı hemşiresi vb ) dengesini sağlamak olmuştur. Bu amaç ya da düşüncelere diğer bazıları da eklenebilir ise de, bu dönmedeki uygulamaların hemen tümünün altında sayılan bu dört amacın olduğu görülür.

Hekimlerin eğitimi zaten Osmanlıların son döneminde fakülte bazına oturtulmuş idi. Bunun yanına "Leyli tıp Talebe Yurtları" eklenmek suretiyle bir yandan bu fakülteye girecek öğrenciler özendirilmiş ve sayısı artırılmış öte yandan da bu yurtlarda kalarak tüm gereksinimleri devlet tarafından karşılanan hekimlere, bunun karşılığı olarak, belli bir süre mecburi hizmet uygulaması getirilerek kırdı ve kamuda (hükümet tabiplikleri) çalışan hekim sayısı artırılmaya çalışılmıştır. Aynı şekilde, hükümet tabipliklerinde çalışanlara yüksek ücret uygulaması getirilerek hem hekimlerin kamuda çalışması özendirilmiş hem de pratisyen uzman dengesi kurulmaya çalışılmıştır.

Diğer sağlık personelinin yetiştiren kurs ve okullar hızla açılarak nitel ve nicel yönden yetersizlik giderilmeye çalışılmıştır.

Tüm kamuda çalışan hekim ve sağlık personelinin atamaları tek elde ve Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığında toplanarak belli bir denetim ve disiplin altına alınmıştır. Her tür personelin atanma ve yükseltilmesinde tarafsızlık, liyakat ve kariyere olabildiğince özen gösterilmiştir. Böylece personelin kendi sınıfı içinde üst derece ve makamlara yükselebilmesi yolları açık tutularak yaygın bir hakkaniyet duygu ve düşüncesi sağlanmıştır. Bu dizeden olmak üzere, sağlık müdürleri belli bir süre ve belli yerlerde çalışmış ve kendini kanıtlamış olanlar arasından seçilmiştir. Müsteşarlık ve genel müdürlük gibi makamlara en uçtan başlayarak kademe kademe yükselen hekimler getirilmiştir. Atama ve yükseltmelerde tarafsızlık ve hakkaniyeti sağlamak ereğiyle

tüm atama ve yükseltmeler "Bakanlık Encümeni" adı verilen kurulda incelenerek / kararlaştırılarak yapılmıştır. Bakanlığın tüm birim amirlerinden oluşan bu kurulun, bazı istisnalar dışında, kararlarında oybirliği esas alınmıştır.

Bu dönemde "hekimin amir hekim olmalı" ilkesine özen gösterilmiş ve belli idari birimler dışında kalan birimlerin amirliklerinin hekim olması yasa gereği haline getirilmiştir.

1960'lara gelindiğinde, Cumhuriyet'in başlangıcına göre, hekim sayılarındaki ve niteliğinde sağlanan büyük iyileşmeye karşın kır / kent, uzman / pratisyen ve kamu / özel dağılımındaki dengesizlik giderilememiş ve varlığını sürdürmüştür. Özellikle kırsaldaki kamu kuruluşları, başta hekim olmak üzere, sağlık personeli sıkıntısı çekmekteydi. 224 Sayılı Yasa ve sonrasında getirilen uygulamalar ile bu sorunlara çözüm getirilmeye çalışılmıştır. Bu uygulamaların başlıcaları; 1) sözleşmeli statü ve mahrumiyet ödeneği aracılığı ile yüksek ücret, 2) Sağlık ocağında çalışanlara uzmanlık sınavlarında sosyalleştirme puanı, 3) öğrenci iken burs vererek karşılığında mecburi hizmettir.

Yukarıda aktarılan uygulama örneklerinden de anlaşılacağı üzere, Cumhuriyetten sonra personel istihdamı alanında getirilen uygulamaların hemen tamamının gönüllülük esasına dayanan ve yatılı öğrencilik, burs, yüksek ücret, sınav puanı gibi özendirmeye yönelik uygulamalardır.

1960'ların sonuna doğru Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın uygulamaları gevşetilmiş bir yandan sağlık personelini sosyalleştirilmiş hizmetlerde çalıştırmayı özendiren uygulamalardan vazgeçilirken öte yandan da bu alana yapılan yatırımlar kısıtlanmıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak sözleşmeli hekim çalıştırılması, mahrumiyet ödeneği ve benzeri uygulamalar yürürlükten kaldırılarak sağlık ocaklarında çalışanlara yüksek ücret uygulamalarına son verilmiştir. Aynı şekilde uzmanlık sınavlarında uygulanan sosyalleştirme puanı da kaldırılmıştır. Bu durum yalnızca sağlık ocaklarında çalışan hekimleri etkilememiş sosyalleştirmenin uygulandığı ilde çalışan tüm personelin ücretlerinin büyük oranda gerilemesine neden olmuştur. Bu uygulamaların bir sonucu olarak; çalışan hekimlerin kır / kent, kamu / serbest dağılımındaki dengesizlikler tekrar derinleşmiş genelde kamuda özelde ise kırsalda çalışacak personel bulunamaz olmuştur.

Böyle bir ortamda, Tam Gün Yasası uygulamaya sokularak kamuda ve kırsalda çalışan sağlık personelinin ücretlerinde anlamlı bir yükselme getirilmiştir. Bu uygulama hemen sonuç vermiş kamu kuruluşlarında ve kırsalda çalışan personelin sayısında önemli iyileşmeler görülmüştür. Bu uygulamaya da Eylül 1980 darbesi ile son verilmiştir.

1980 Darbesi ile topluma dayatılan yeniden yapılanma hareketinden sağlık politikası dolayısı ile de bunun alt bileşeni olan sağlık insan gücü politikası da payını almıştır. Her şeyden önce bu darbeden sonra getirilen Anayasa değişiklikleri ile devletin sosyal bir devlet olma niteliği değiştirilmiştir. İnsan haklarına dayalı devlet kavramı terk edilerek onun yerine İnsan haklarına saygılı devlet tanımı getirilmiştir. Bunun bir ürünü olarak da sağlık hizmetleri bir devlet görevi olmaktan çıkarılarak devlet tarafından düzenlenen hizmetler niteliğine kavuşturulmuştur.

Böylece kökten değiştirilen sağlık politikasının sağlık insan gücündeki uygulamalarının başlıca hedefleri ise şöyle özetlenebilir: 1) Hekim ve diğer sağlık personeli sayısını hızla artırmak, 2) Kamuda çalışmayı uygulamalardan vazgeçmek, 3) Kamunun gereksinim duyduğu insan gücünü mecburi hizmet, rotasyon ve benzeri zorlama yöntemlerle sağlamak, 4) Atama ve yükseltmelerde hakkaniyeti ve şeffaflığı sağlayan mekanizmaları ortadan kaldırmak.

Bu amaçlara ulaşmak ereğiyle, plansız, programsız ve altyapısız onca tıp fakültesi ve sağlık meslek lisesi açılmıştır. Personelin nitelik kaybetmesi pahasına her kademedeki sağlık personelinin sayısında hızlı bir artış sağlanmıştır. Sonuçta bir yandan, başta hekimler olmak üzere, sağlık personelinin niteliği tartışılır hale getirilmiş öte yandan da açık ya da gizli işsizlik gündeme getirilerek özlük haklarında baskı aracı olarak kullanılmıştır. Sonuçta kamuda çalışan sağlık personelinin benzer düzeydeki personele göre

ücret ve diğer özlük haklarında büyük kayıplar ortaya çıkmıştır. Artan sayıya paralel olarak, serbest çalışma koşulları ağırlaşmış ve bu şekilde çalışanların gelirlerinde de gerileme yaşanmıştır.

Böyle bir ortamda hazırlanan reform paketi ile sağlık ocaklarının yerine "aile hekimliği" adı altında muayenehaneye dayalı sisteme geçiş amaçlanmaktadır. Hastanelerin önce özleştirilmesi daha sonrada özleştirilmesi planlanmaktadır. Finansmanda ise kamu sigortası aracılığı ile özel sigortacılığa geçişin alt yapısı oluşturulacaktır.

#### 4. SONUÇ

Cumhuriyet'in ilk yıllarında, izlenen sağlık politikası ve bunun bir uzantısı olan sağlık insan gücü uygulamaları nedeniyle, kamuda çalışan hekimlerin statü ve özlük hakları bugünkünden çok daha iyi olmuştur. Sayının az olmasının getirdiği avantaj nedeniyle, serbest çalışma alanı da gerek gelir ve gerekse diğer konular açısından fazla sorunlu olmamıştır. Bu nedenle de, o yıllarda, hekim hakları yaygın bir tartışma alanı ya da konusu edilmemiştir. 1980'den sonra değiştirilen sağlık politikası ve buna paralel olarak yürürlüğe konulan uygulamalar sonucunda başta hekimler olmak üzere sağlık personeli sürekli bir statü ve özlük hakkı ve kaybı yaşamaktadır. Bu durum kısır bir döngüye dönüşmüş statü kaybı (kamu serbest ayırdı olmaksızın) özlük hakkı kaybını özlük hakkı kaybı ise statü kaybını getirir hale gelmiştir. Günümüzde kamuda çalışan hekimler, özlük hakları açısından, yine kamuda çalışan ve eş düzeyde kalifikasyonu olan kesimlere göre çok gerilere düşmüştür. Öte yandan da artan sayıya paralel olarak serbest çalışma alanı da her anlamda sorunlu hale gelmiştir.

Gelinen ortamın doğal bir sonucu olarak, gerek sağlık personeli arasında ve gerekse ilgili çevrelerde hekim ve sağlık personeli hakları en çok tartışılan konulardan bir haline gelmiştir. Bu tartışmalar sırasında, sorunların tespiti konusunda genel bir anlaşma vardır. Buna karşılık, konu hakkındaki genel terminoloji, kapsam, sektörün yapılanmasının sağlık çalışanlarının özlük haklarına yansıma biçim ve düzeyleri iyi bilinmemektedir. Buna bir de genel siyasal tercihler eklendiğinde sağlık çalışanlarının çözüm yolları konusunda düşünce birliği yapmaları zorlaştırmaktadır. Bu durum özelde hekimlerin genelde ise sağlık personelinin istemlerini gerçekleştirme yol ve yöntemleri konusunda anlaşamamaları ve birleşmemeleri sonucunu doğurmaktadır. Bunun yaşama yansıması ise, meslek odaları ya da sendikalar gibi öz örgütlerde bütünleşememe şeklinde olmaktadır. Birleşip belli bir güç haline gelememe şeklinde olmaktadır. Oysa ağır olarak yaşanan statü ve özlük hakkı kaybını durdurmanın tek yolu birleşme ve bütünleşmeden geçmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Akdur R.: Sağlık bakanlığınca İzlenen Hekim İstihdam Politikaları, Toplum ve Hekim ( TTB yayın organı ) Temmuz- Ağustos 1995, cilt:10sayı:68s:36-37
2. Akdur R. : Sağlık Politikalarında Temel İlkeler, Sağlık ve Toplum sayı:19 - 23, Saydam Matbaası, Ankara, 1990
3. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri, Yeni Türkiye, yıl:4 sayı: 23 - 24, Eylül- Aralık 1998, Ankara s: 1984-1994
4. Akyay N. : Osmanlı imparatorluğu'nda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar, H.Ü. Toplum Hekimliği Yayınları no:20 , Ankara , 1982
5. Aydın E. : Anadolu'daki Ticaret yolları ve Selçuklu Sağlık Hizmetleri, Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları sayı:2 - 3,1996/97
6. DPT : Türkiye Toplumsal ve Ekonomik Gelişmenin 50 Yılı, Yayın No:683,Ankara,1973
7. Fişek N.: Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara, 1983
8. Sağlık Bakanlığı.: Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, Ankara, 1992
9. SSBY Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü :Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, yayın no: 422 Ankara, 1973
10. Tokgöz E. :Türkiye'nin İktisadi Gelişme Tarihi (1914-1997),imaj Yayınevi, Ankara, 1997
11. Soyer A.: Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 1993