

*Antalya'da Hekimler
Statü ve Sınıf Konumu Açısından
Değerlendirme*



ANTALYA'DA HEKİMLER STATÜ VE SINIF KONUMU AÇISINDAN DEĞERLENDİRME



Dr. İlker Belek

Nisan 2003



ISBN 975-6984-49-X

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No:2 Kat:4 • 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 • Faks: (0 312) 231 19 52-53

GSM: 0 533 642 26 97 • 0 533 642 26 98 • 0 542 684 46 70

e-posta: ttb@ttb.org.tr • <http://www.ttb.org.tr>

Kapak-Sayfa Düzeni

Sinan Solmaz

SUNUŞ

Eşitsizliklerin giderek daha da arttığı, reel gelirin –hemen tüm çalışanlarda olduğu gibi- hekimler için de azaldığı, iş güvencesi, çalışma koşulları ve çalışma süreleriyle ilgili olarak kötüleşmenin yaşandığı, krizin sürdüğü günümüzde hekimliğin toplumsal statüsü ve sınıfsal konumu da değişiyor.

Türkiye’de yaşayan/çalışan hekimlerle ilgili tanımlayıcı çalışmalar ne yazık ki az sayıda ve görece sınırlı evrende yapıldı, günümüze kadar. Biliyoruz ki, araştırmalarda farklı yöntemler, yaklaşım biçimleri/kalıp veya süzgeçleri kullanılabilir. Araştırma ve anlama çabasında kullanılan ölçütler araştırmanı gerçeğe yaklaştırır veya uzaklaştırır.

Elinizdeki çalışmada yapılan analizlerde neden sınıf kavramının tercih edildiği tartışılırken, hekimliğin son yüzyıl içinde değişen karakteri, birbiri ile bağlantılı ve birbirini etkileyen gelişmeler başlıklar altında inceleniyor. Sonrasında ise, Antalya’da hekimler statü ve sınıf konumu açısından değerlendirilip, pek çok katmanda inceleme sürdürülüyor. Yanısıra, yaşamdaki ilişkilerin çok yönlülüğünü gözardı etmeme, bütüncül tanımlama becerisi gösterilerek, kapsayıcı bir alan çözümleme sonucuna ulaşıyor. Öğretim üyesi, asistan, öğretim görevlisi, uzman, pratisyen hekim olarak veya yalnızca özel sektörde çalışan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini inceleme ile başlayan araştırma, hekimlerin mesleki özellikleri, çalışma şekilleri, gelir durumları, eğitim durumları, aileleri ile ilgili veriler, mesleki doyum, hekimliğin toplumsal statüsünün azalması gibi başlıklarda inceltiilen bir çerçevede zenginleştiriliyor. Hekimlere göre, Türkiye’de sağlık ortamının sorunları, sağlık politikalarının oluşturulmasında etkin olması gereken kurumlar, hekimlerin toplumsal-siyasal özellikleri ve hekimlere göre Türkiye’nin önemli sorunları da kapsanarak tamamlanıyor.

Evet, parçalar bütünü her zaman temsil etmez. Ama, biz hekimler biliriz ki, uygun yerden, uygun biçimde alınmış/hazırlanmış kesitler çok şey anlatabilir. İşte hekimliğin toplumsal statüsü ve sınıfsal konumuna dair bu araştırma bütüne dair pek çok ipucu içeriyor. Böylece, Türkiye’deki hekimlerin tümüyle ilgili benzer kapsayıcı bir çalışma yapılması gerektiğini, bize bir kez daha anımsatmış oluyor.

Antalya’da yaşayan hekimlerle ilgili bugüne dek yapılmamış, bir ilk olan bu çalışmanın gerçekleştirilmesi sürecinin başlamasına katkı sunan Antalya Tabip Odası’na ve Oda adına çalışmayı yapan Antalya Tabip Odası üyesi, Antalya Tabip Odası Büyük Kongre delegesi, Doç.Dr.İlker Belek ve arkadaşlarına teşekkür ediyoruz.

Yararlı olması dileğiyle...

Nisan 2003

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

İLKER BELEK

1961 doğumlu. 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1990 yılında yine aynı Fakülte'nin Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan uzmanlık aldı. 1992-1996 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nda ve Ankara, Diyarbakır, Antalya Sağlık Müdürlükleri'nde çalıştı. Halk sağlığı alanında sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlıkta eşitsizlikler konularıyla ilgili çalışmalar yürütüyor. Bunların dışında, yeni emek örgütlenme biçimleri, endüstriyel demokrasi, günümüz kapitalizminin "yenilenme" çabaları gibi "dışarıdan" konular da üretim alanına giriyor. Elinizdekiyle birlikte 15 kitabı, çeşitli mesleki, sendikal ve siyasi dergilerde yayımlanmış 200'ün üzerinde makalesi var. Kitaplarının bazıları şunlar: Toplumsal Bilinç (1991), Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi (2. Baskı, 1998), Marksist Bakış Açısıyla Bilimsel Teknolojik Devrim ve Endüstriyel Demokrasi (1993), Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası (2. Baskı 2001), Postkapitalist Paradigmalar (2. Baskı 1999), Küba'da Sağlık (2002).

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ	3
İÇİNDEKİLER	5
A- ÖNSÖZ	7
B- GİRİŞ	9
C- ARAŞTIRMADA KULLANILAN TEKNİK.....	14
D- ANALİZLERDE SINIF NEDEN TERCİH EDİLDİ VE NASIL BELİRLENDİ? YA DA YÖNTEM	18
D.I. NEDEN SINIF?.....	18
D.II. HEKİMLERİN EBEVEYNLERİ İÇİN ELEŞTİRİLEN SINIF HARİTASI.....	23
D.III. HEKİMLER İÇİN GELİŞTİRİLEN SINIF HARİTASI.....	24
E- BULGULAR.....	27
E.I. MESLEKİ STATÜYE GÖRE BULGULAR.....	27
E.I.1. HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	27
E.I.2. HEKİMLERİN MESLEKİ ÖZELLİKLERİ	29
E.I.3. HEKİMLERİN ÇALIŞMA ŞEKİLLERİ	31
E.I.4. HEKİMLERİN GELİR DURUMLARI	32
E.I.5. HEKİMLERİN EĞİTİM DURUMLARI	36
E.I.6. HEKİMLERİN EŞLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER	37
E.I.7. HEKİMLERİN TATİLLERİNİ NASIL DEĞERLENDİRİYOR ?.....	39
E.I.8. HEKİMLERİN EBEVEYNLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER	41
E.I.9. HEKİMLERİN MESLEKİ DOYUM DURUMU	43
E.I.10. HEKİMLERİN MESLEKİ DOYUMSUZLUK NEDENLERİ.....	44
E.I.11. HEKİMLERİN HEKİMLİĞİN TOPLUMSAL STATÜSÜNÜN AZALMASINI NEYE BAĞLIYOR ?	46
E.I.12. HEKİMLERİN SAĞLIK DURUMU	47
E.I.13. HEKİMLERE GÖRE TÜRKİYE SAĞLIK ORTAMININ SORUNLARI	48
E.I.14. HEKİMLERE GÖRE SAĞLIK POLİTİKALARININ OLUŞTURULMASINDA ETKİN OLMASI GEREKEN KURUMLAR	51
E.I.15. HEKİMLERİN TOPLUMSAL, SİYASAL ÖZELLİKLERİ.....	53

E.I.16. HEKİMLERE GÖRE TÜRKİYE’NİN EN ÖNEMLİ İLK BEŞ SORUNU	55
E.I.17. HEKİMLERİN ÇEŞİTLİ KONULARDAKİ DEĞERLERİ	58
E.I.18. HEKİMLERE GÖRE TABİP ODASININ EN ÖNEMLİ GÖREV ALANLARI	65
E.II. SINIF KONUMUNA GÖRE BULGULAR.....	67
E.II.1. HEKİMLERİN GELİRLERİYLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİ	67
E.II.2. HEKİMLERİN EŞLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER	70
E.II.3. HEKİMLERİN TATİL SEÇENEKLERİ	72
E.II.4. HEKİMLERİN EBEVEYNLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER	73
E.II.5. HEKİMLERİN MESLEKİ DOYUMLARI	74
E.II.6. HEKİMLERİN SİYASİ TERCİHLERİ	75
E.II.7. HEKİMLERİN ÇEŞİTLİ KONULARDAKİ DEĞERLERİ	76
SONUÇLAR.....	79
KAYNAKLAR.....	83

A- ÖNSÖZ

Bilindiği gibi Türkiye sağlık sistemi önemli değişiklikler yaşıyor. Bunlardan bir kısmı daha yapısal kapsam ve etkilere sahip. Özelleştirme, özerkleştirme, piyasalaştırma, sağlık sigortacılığı türü politikalar bu başlık altında anılabilir. Bir kısım değişiklik ise daha taktik nitelikli. Sur-time, vardiyalı çalışma gibi uygulamalar da bu gruba sokulabilir. Maalesef bu değişikliklerin olumlu yönde olduğunu, sağlık hizmetleri sunumunu eşitlikçi ve verimli kıldığını, toplumsal sağlık düzeyini geliştirici etkiler yarattığını söyleyebilmek olanaklı değildir. Nitekim bir yandan toplumun sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanım hakkı, bir yandan da hekimlerin sosyoekonomik konumları genel anlamda olumsuz biçimde etkilenmektedir. Bu sürecin, bu gidişle, önümüzdeki dönemde de süreceği varsayılabilir.

Böyle bir ortamda, olasıdır ki hekimlerin Tabip Odalarına bakışları da, yaşanan sorunlar çerçevesinde, kimi değişikliklere uğramaktadır. Bu da sonuçta Tabip Odalarının etkinliğini, hekimlerle iletişimini etkileyecektir.

Öte yandan, Türkiye’de şimdiye kadar hekimlerin sosyoekonomik konumlarındaki, Tabip Odalarına bakışlarındaki, mesleki değerlerindeki değişimi inceleyen araştırmalar çok az sayıda yapılmıştır. Oysa hekimlerin yaşadığı bu tür değişimleri izleyip, değerlendirmeden, Tabip Odalarının etkili bir örgütsel çalışma yürütmeleri bile pek olanaklı değildir.

Bu araştırma bu eksikliği azaltmak, sözü edilen konularda Antalya için bir veri tabanı oluşturmak, eğer olanaklı olursa ilerideki yıllarda da aynı araştırmayı yineleyerek gelişmeleri izlemek amacıyla tasarlanmıştır.

Araştırma dört konu üzerinde odaklanmaktadır: 1) Hekimlerin bugünkü sınıfsal ve sosyoekonomik konumları. 2) Hekimlerin içinden geldikleri ailelerinin sınıfsal, sosyoekonomik konumları. 3) Hekimlerin mesleki tatminleri ve sağlık durumları. 4) Hekimlerin mesleki ve sosyal konularda sahip oldukları değerler.

Araştırmadan elde edilen verilerle hekimlerde dikey (kendi ebeveynlerine göre) ve yatay (kendi mesleki yaşam süreçlerinde) sınıfsal bir kaymanın mevcut olup olmadığı, hekimlerin sosyoekonomik, sınıfsal konumlanışları ile mesleki tatminleri ve mesleki-sosyal konulardaki değerleri arasında bir ilişki olup olmadığı ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın zaman içinde yinelenmesi ise sınıfsal kaymanın zamansal boyutunu, sınıfsal ve sosyoekonomik koşullardaki değişimin mesleki tatmini ve mesleki-sosyal değerleri ne şekilde etkilediğini, bir ölçüde de Tabip Odası çalışma-

larının hekimlerin mesleki-sosyal konulardaki değerlerini nasıl değiştirdiğini anlamaya yarayacaktır.

Çeřitli kiřiler bu arařtırmanın deęiřik ařamalarında deęiřik dūzeylerde katkılarda bulundular. Arařtırmayı sunmadan Őnce Onlar'ın isimlerini vermem ve kendilerine teřekkūrlerimi iletmem gerekiyor: Akdeniz Őniversitesi Tıp Fakūltesi Őđrencileri **Emrah Engin**, **Ezgi Ulukan**, **Fatih Karadeniz**, **Hilal Tanır**, **Meriç Kumbul** ve **Murat Poyraz Ulukan** ile **Dr. Esra Okan**, **Dr. Metehan Akbulut**, **Dr. Okan Cinemre**, **Dr. Salih Kaya**, **Dr. Sevinç İlkuçan** ve **Dr Yavuz Sayın** anketŐrlūk gŐrevini Őstlendiler. **Dr. Hūlya Belek**, **Dr. Hūlya Karakılınç** ve **Dr. Umur Gūrsoy** anket taslađı Őzerinde gŐrūřlerini belirterek, ankete son řeklinin verilmesinde yardımcı oldular. **Dr Hūlya Belek** ayrıca verilerin bilgisayara girilmesi iřinin bir kısmını gerçekteřtirdi. Őte yandan Antalya Tabip Odası'nın 2000-2002 dŐnemi YŐnetim Kurulu, arařtırmanın finansmanı için oda bŐtçesinden kaynak ayırdı.

B- GİRİŞ

Hekimliğin karakteri son 100 yıl içinde tamamen değişti. 19. yüzyıl hekimliği tek başına icra edilen bir meslek konumundaydı. Hekim eğitiminde, hekimliğin uygulanışında, tanı, tedavi yaklaşımlarında hemen hiç bir standart yoktu. Bir önceki kuşaktan, iş içinde bilgi ve deneyim kazanılarak, neredeyse “el alınarak” edinilen bir meslekti.

20. yy ile birlikte eskiye ait her şey alt üst oldu. Birbirleriyle tamamen bağlantılı, sonuçta birbirlerini etkileyerek zaman içinde akan bu gelişmeler bir kaç başlık altında toplanabilir.

Birincisi, hekimlik dışında diğer sağlık meslekleri de aynı şekilde etkilendi ve sağlık alanındaki bütün meslekler profesyonel bir kimlik kazandı. Bunun anlamı, ilk olarak eğitimin belli kurallara bağlanması, mesleğin diplomalıların etkinlik alanı haline getirilmesi olmuştur. Bu gelişmeyle koşut olarak, hekimlik tek başına icra edilen bir meslek olmaktan çıkarak bir ekip hizmeti durumuna gelmiştir. Hekimin ekip içine girmesi, çalışma koşullarını değiştirmiştir. Herhalde bu gelişmenin en önemli etkisi, ilk çağlardan beri tanrısal bir güçle donanmış olan hekim kimliğinin, ekip içinde erimesi ve hekimlerin daha sıradan bir kimlik edinmeleri olmuştur.

İkincisi, hekimlik mesleğinin ve daha doğru bir saptamayla sağlık hizmetinin içeriğinin zenginleşmesidir. Bu gelişmenin arkasında tıp ve tıpla ilgili başka alanlardaki bilimsel ilerlemelerin belirleyici etkisi vardır. Tıbbi teknolojideki atılımı da bu kapsamın içine almak gerekir. Sonuç olarak, ortaya, yalnızca hekimin üretmesi olanağı bulunmayan bir hizmet bütünü çıkmıştır. Sağlık hizmetindeki bu gelişme, hizmetin, bir ekip, teknolojinin de içinde bulunduğu ve hekimin yine tek başına karşılaması, elde etmesi, kullanması şansı bulunmayan bir dizi olanağın kullanılarak üretilmesi zorunluluğunu yaratmıştır.

Hekimlik mesleğinde ve tıp ortamındaki üçüncü değişim sosyal tıp disiplininin gelişmesidir. Sosyal tıp, tedavinin değil, korumanın asıl önemli olan şey olduğunu gösterdiğinden beri, hekimin, “tedavi eden güç” kimliği belirsizleşmiş ve sağlığın korunması açısından diğer sağlık çalışanlarının emeğine büyük gereksinim duyan ekip üyesi ve/veya şefi kimliği öne geçmiştir.

Dördüncü gelişme boyutu, 20. yüzyılın başından itibaren bütün gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin sunumunu sistemleştirmeye yönelik teknik ve politik çabalarıdır. Bu çabalar sağlıkla ilgili meslekleri birbirine bağlayan, tıp alanındaki bütün uygulamaları kurallaştıran, standardize

eden ve hekimlerin de bu kural ve standartlara uymasını zorunlu tutan bir bütünselliği ifade eder. Artık hekim olmak için profesyonel bir eğitimi tamamlamak, diploma sahibi olmak, diplomayı kullanabilmek için sürekli eğitim zorunluluklarını yerine getirmek, belli bir bölgede çalışabilmek için sağlık otoritesinden izin ve onay almak, vb gereklidir. Bu yapı içinde hekimleri belki de en çok etkileyeni sağlık hizmetlerinin finansman mekanizmalarındaki değişiklikler olmuştur. Eskiden hekim muayene ve tedavi ettiği hastasından, sunduğu hizmetin karşılığını elden-cepten ödemelerle alırdı. Son 100 yıl içinde sağlık hizmetlerinin finansmanı için sigorta sistemlerinin ve sonrasında genel bütçe fonlarının devreye sokulması, hekim ile hastası arasındaki bu “özgür” ilişkiyi de ortadan kaldırarak, hekimi geçim bakımından önemli oranda kamu kurumlarına bağımlı kılmıştır.

Deyim yerinde ise, tanrısal kimliğini ekip içine girerken yitiren hekim, devletin kamusal çalışanı durumuna gelirken de ekonomik bağımsızlığını elinden kaptırmıştır. Hekimin hastasıyla doğrudan ücret-gelir ilişkisi içine girdiği durumlar bugün halen varsa da, bunların toplam içindeki oran bakımından, eskisine göre son derece sınırlı bir alana sahip olduğu açıktır.

Ücret ilişkisi bakımından yukarıda tanımlanan sürecin esasen kapitalist kurumsallaşmaya denk geldiği söylenebilir. Kapitalizmin Batı'da yerleşmesi sağlık alanına ve hekimlerin dünyasına bu şekilde yansımıştır. Bu nedenle, kapitalizmin tabii olduğu nesnel kuralların, dönem dönem değişen sermaye birikim rejimlerinin, kriz dinamiklerinin, merkez/çevre ilişkilerinin tıp ortamına ve hekimlik mesleğine doğrudan yansımaları kaçınılmaz olmaktadır. Bugün, örneğin Türkiye'de, hekimlik halen toplumsal statüsü son derece yüksek ve gençler tarafından tercih edilir bir meslekse de, hekimliğin gerek hekimlerin kendileri, gerekse toplum tarafından algılanışında bir takım olumsuz kırılmalar yaşandığı açıktır ve bunun nedeni Türkiye'nin kapitalizmin çevresinde yer alan bir ülke olarak, kriz dinamikleriyle sarsılıyor oluşudur.

Bu çerçevede, hekimlerin mesleki statülerindeki ve sınıfsal konumlarındaki değişimi üç evrede özetlemek olanaklı görünüyor. Bunlardan birincisine yukarıda zaten değinmiş olduk. İlk dönem kapitalizmin, sermaye birikim dinamikleri bakımından vahşi olduğu aşamadır. Emek sömürüsü yoğun, çalışma saatleri uzundur. Yeni yeni gelişen sanayi ve buna eşlik eden tarımsal yapıların parçalanışı, köylüleri kitleler halinde kentlere sürmekte ve kentlerin çevresinde varoşlar oluşmaktadır. Buradaki yaşam koşulları son derece çetindir. Bulaşıcı hastalıklar, açlık yaygın, ortalama insan ömrü kısadır. Çevre sağlığı sorunları belirgindir. İşyerleri, içine girilebilir nitelikte bile değildir. Zorunlu çalışma süreleri 18 saate kadar uzanmaktadır. İşçilerinse kendilerini savunacak hemen hiç bir örgütlülükleri yoktur. Büyük boyutlardaki işsizlik, burjuvaziye emek sömürüsünü derinleştirmek

bakımından olanaklar sunmakta, işçi sınıfının ise örgütlenmesini frenlemektedir. Bu ortamda hekimler, tek başlarına, geçinebileceklerini umdukları yerlerde hekimlik yapmaktaydılar. Zengin bölgelerde çalışanların dışındakilerin kaderi, halkın kaderine sıkı sıkıya bağlıydı. Alım gücü düşük olan, buna karşılık sık hastalanan halkın, hekimden yararlanması, yararansa da ücretini ödeyebilmesi neredeyse mucizeydi. İşte ilk sağlık sigortaları (o günkü adıyla sandıkları) o dönemde ortaya çıktı. Kiliseler ve diğer gönüllü kuruluşlar ile hekimler sağlık sigortacılığını başlattılar. Geçim sıkıntısı, hekimleri, halkın sağlık gereksinimlerini finanse edecek oluşumları yaratmaya, desteklemeye yöneltti. Ancak bu dönemde hekimlerin tipik bir ara sınıf konumunda olduklarını kabul etmek gerekir. Nitekim Marks Kapital'de bu saptamayı yapmış ve hekimleri, avukatlar, vb ile birlikte işçi sınıfı (üretim araçlarına sahip olmayıp, burjuvalara emek güçlerini satanlar) ile burjuvazi (üretim araçlarının sahipleri) arasına yerleştirmişti. Bunun nedeni, hekimlerin kendi başlarına geçinmelerinin olanaklı olması, yani emek güçlerini burjuvalara satma zorunluluklarının bulunmamasıydı. Hekimlerin ellerindeki en önemli sermaye, sağlık alanındaki bilgi ve becerileri ile bu ikisinin çağlar boyunca hekimlere kazandırdığı yarı tanrısal-kurtarıcı kimlikti.

İkinci dönem, kapitalizmin sosyal devletçi aşamasına denk gelir. 2. Dünya Savaşı sonrasında, Batılı ülkeler, Sovyet Sağlık Sistemi'nin de etkisiyle, sağlık hizmetlerini sosyalleştirmeye yöneldiler. Bu eğilim, kısa süre içinde yüksek gelirlili bütün kapitalist ülkelere yayıldı, çevre ülkeleri ise en azından ideolojik olarak etkisi altına aldı. Sosyalleştirmenin, hekimler açısından en önemli etkisi, sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamen devlet eliyle sunulması, bu çerçevede bütün sağlık kurumlarının ve sağlık insan gücünün kamu kurum ve personeli niteliğine getirilmesi oldu. Dolayısıyla hekimler 20. yüzyılın başından itibaren, ancak 1950'lerden başlayarak belirgin biçimde olmak üzere, önemli oranda kamu görevlileri, yani ücretliler durumuna geldiler. Sağlık hizmeti sunumunda teknolojinin ağırlığının artması ve sosyalleştirme sürecinde teknolojinin de devletçe kullanılıyor oluşu, hekimleri iyiden iyiye kamuya ve devlete bağımlı kıldı. Şüphesiz, bu dönemde, hekimlerin özel sektörde ve kendi hesaplarına çalışma konumları tamamen ortadan kalkmadı. Ancak sosyalleşmenin gelişmesi ölçüsünde, kamu görevlisi olma niteliği belirleyici oldu. Sosyalleştirilen sağlık sistemi, hekime, özel sağlık piyasasında ek iş yapma zorunluluğunu kaldıracak ölçüde ücret verdiği sürece hekim tam süreli kamu çalışanı olmayı tercih de etti. Öte yandan, aynı dönemde kapitalizmin genişleyen bir ekonomik dalganın üzerine oturması, sağlık hizmeti kullanımının ve sağlık harcamalarının artışı, hekimlerin kamu çatısı altında sosyoekonomik bakımdan ayrıcalıklı konumlarının sürmesini sağladı. Buna rağmen, kendi hesabına çalışan-küçük burjuva nesnel konumdan, ücretli çalışan konumuna doğru

yol alan bu gelişme son derece önemli bir sürecin başlangıcını oluşturdu. Çünkü bu yapı, aynı zamanda, kriz dönemlerinde hekimlerin sosyoekonomik konumlarında belirgin sarsılmalara neden olacak bir ortam yaratıyordu.

Esas olarak, sınıfsal konum değiştirmeye karakterize olan bu süreç, Marksist anlamda, hangi meslek türü için olursa olsun, Proleterleşme olarak tanımlanır. Söz konusu olan şey, eskiye göre sınıfsal konumda aşağıya, yani üretim ilişkileri ortamında mülksüzler sınıfına doğru kayıştır. Tıbbın teknoloji bağımlı duruma gelişi hekimin kafasındaki tıp bilgisinin önemini biraz daha arka plana iter, öte yandan da sağlık hizmetinin sosyalleştirilmesi bütün kaynakların, bu arada hekim emek gücünün önemli oranda kamulaştırılmasıyla sonuçlanır. Her iki dinamik de proleterleşmeyi destekler. Bu nesnel gelişmenin bir türevi olarak da, sosyoekonomik olanaklarda da, örneğin gelirden, iş güvencesinde, çalışma koşullarında, servette, çalışma sürelerinde kötüleşme ortaya çıkar. En azından proleterleşme denilen sınıfsal kayma, bu tür olumsuzluklara zemin hazırlar. Proleterleşmenin yaratacağı somut olumsuzlukları tamponlayabilecek tek faktör, proleterleşmeyi bozan küçük burjuva bağlantıların şu ya da bu derecede halen geçerli olması olacaktır. Hekimlik mesleği, yapısı gereği, dünyanın her yerinde, bu tür tampon mekanizmalara her zaman sahip olmuştur. Kriz dönemlerinin özel etkileri hariç...

Hekimlerin toplumsal, sınıfsal konumlarını etkileyen üçüncü kapitalist gelişim aşaması küreselleşme dönemidir. Bu dönem kapitalizmin 1970'lerin ortasında içine girdiği ekonomik daralmayla birlikte başlatılabilir. Daralma, kapitalizmi her alanda yeni arayış ve uygulamalara yöneltmiştir. Bunlardan bizim açımızdan en önemlisi sosyal harcamaların kısılmasıdır. Bu politik tercihin iki somut çıktısının bulunduğu söylenebilir. Birincisi kamu sağlık harcamalarının kısılması, bu arada kamu sektöründeki emek maliyetlerinin minimize edilmesi çabaları, ikincisi de sağlık ve eğitim hizmetlerinin özelleştirilmesidir. Birinci etkenin hekimlerin kamu bağlantılı sosyoekonomik konumlarında, ücretlerinde erime sonucunu vereceği açıktır. İkinci etken yani özelleştirme ise hekimler açısından bile iş ve ücret güvencesiz, esnek istihdam modellerinin sık kullanıldığı, çalışma saatlerinin, ücretlerin esnekleştirildiği, bireysel sözleşme sisteminin geçerli olduğu bir yapıya sahiptir.

Daralma kamu sağlık harcamalarının kısılmasını dayatmanın ötesinde, toplam sağlık harcamaları üzerinde de bir basınç oluşturur. Yani bu ortamda, özel sağlık sektörünün kaynakları açısından da bir kısıtlılık söz konusudur ve bu doğrudan doğruya halkın alım gücünün, yani piyasa hacminin sınırlılığıyla ilişkilidir. Hekim sayısının plansız artmış olması piyasa hacmi üzerinde ek bir sınırlayıcı etki yaratır. Kamu istihdam güvencesinin de ortadan kaldırılmış olması durumunda, hekim açısından, çalış-

lacak, içine girilecek tek seçenek olarak bu acımasız piyasa ortamı kalır. Bu nedenle, daralma dönemlerinde, sosyal sektörler egemenlerin iktisadi, siyasi saldırısı altında kaldıklarında, özel sektörle bağlantısını sürdürebilen kamu çalışanı konumundaki hekimler dışında, yalnızca özel sektörde ya da yalnızca kamuda çalışanların sosyoekonomik durumlarının belirgin biçimde olumsuzlaşacağını beklemek gerekir. Kısacası, yalnızca kamuda ya da özel sektörde çalışan hekimler sınıfsal bir kavram olan proleterleşmenin bütün sosyoekonomik olumsuzlarını da üzerlerinde hissederler.

Yukarıda özetlenenlerin, Türkiye’de, değişik bir biçimde de olsa genel anlamıyla yaşandığını biliyoruz. Örneğin Türkiye’de son 10 yıl içinde yalnızca özel sektörde çalışan hekimlerin oranında ciddi bir azalma var. Buna karşılık yarı süreli olarak kamuda ve özel sektörde çalışanların oranı aynı oranda artıyor. Bu bize, hekimlerin, hekimlik mesleğinin kendilerine sunduğu olanakları kullanarak, özel sektörde ortaya çıkan belirgin proleterleşme eğiliminin etkilerini tamponlamaya çalıştıklarını gösteriyor. Bu, krize karşı direnme mekanizmasıdır. Kaçışın, kriz dinamiklerinin bu biçimde sürmesi durumunda, kamunun istihdam hacmini politik bir kararla sınırlayacağı noktaya kadar süreceği açıktır. Öte yandan krizin kendisinin, kamunun hekim istihdam politikalarını değiştirmeye zorladığı da ortadadır.

Bütün bu nedenlerle dünyada ve Türkiye’de hekimlerin sosyoekonomik statülerindeki, sınıfsal konumlarındaki değişiklikler çok faktörlü bir denklemle belirlenmektedir. İşte bu araştırma, küreselleşme döneminde, bir çevre ülke olan Türkiye’de, Türkiye koşullarına göre daha iyi bir sosyoekonomik konumda bulunan Antalya’da hekimlerin konumlarını belirleyen denklemin bileşenlerini ortaya çıkarmayı ve hekimler arasında bu bileşenlerin etkisiyle geliştiği düşünülebilecek olan ayrışmaların izlerini sürmeyi hedeflemektedir.

Araştırmanın bulguları bir yandan proleterleşme sürecinin ne derecede gerçekleştiği, bir yandan da proleterleşmeyi etkileyen faktörlerin ağırlığı hakkında ipuçları verecektir.

C- ARAŞTIRMADA KULLANILAN TEKNİK

Araştırmanın evrenini, Antalya il merkezinde bulunan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Devlet Hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, sağlık ocakları (toplam 32 adet), ana çocuk sağlığı merkezleri (toplam iki adet), verem savaş dispanseri, 112 acil hizmetler (toplam 9 istasyon) ve yalnızca özel sektörde çalışan hekimler oluşturmaktadır. Bu durumda çeşitli resmi kurumlarda ve belediyelerde çalışan az sayıdaki hekim dışında Antalya merkezindeki bütün hekimler (toplam 1556 hekim) araştırma evrenine dahil edilmiş olmaktadır.

Yukarıda belirtilen evrenden tabakalı orantılı sistematik örnekleme yöntemi ile 387 kişi belirlendi. Örnek büyüklüğü evren oranını bulmak için kullanılan formül aracılığıyla ve örneğe girecek birey sayısı en fazla olacak şekilde (p ve q değerleri, yani araştırılan olayların gerçekleşme ve gerçekleşmeme olasılıkları %50 kabul edilerek) hesaplandı. Aslında bu değerler kullanılarak bulunan örnek büyüklüğü 280 kişi idi. Ancak, araştırmanın iki yıl sonra tekrarlanması olasılığına karşı, örnek büyüklüğünün, bu tür bir izlem araştırmasının gerektirdiği sayıya da karşılık verecek düzeyde saptanmasına karar verildi.

Örnek seçiminde kullanılacak hekim listeleri ilgili hastanelerden, Antalya Sağlık Müdürlüğü ve Tabip Odasından elde edildi. Tabakalı örnekleme için hekimler şu beş tabakayı oluşturacak şekilde gruplandı: 1- Öğretim üyeleri, 2- asistanlar, öğretim görevlileri, 3- Devlet ve SSK Hastanelerinde çalışan uzman hekimler, 4- 1. basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimler ile Devlet ve SSK hastanelerinde çalışan pratisyen hekimler ve 5- yalnızca özel sektörde çalışan hekimler. Biz, bundan sonraki bölümlerde, bu gruplardan ikincisine kısaca asistanlar, üçüncüsüne hastane uzmanları, dördüncüsüne pratisyenler ve beşincisine de özel hekimler diyeceğiz.

Tabakalamada hekimlerin çalıştıkları kurumun-sektörün yapısı ile mesleki konumu ön planda tutuldu. Fakülte hastanesinde çalışan grup çalışma koşullarındaki ve toplumsal-mesleki hiyerarşideki konumlarındaki farklılıklar dikkate alınarak öğretim üyeleri ve diğerleri biçiminde gruplandı. Anketi yanıtlayanların sayıları üzerinden hesaplandığında, öğretim üyeleri dışındaki grup hemen tamamen asistanlardan (n= 83 yani %84.7) oluşmaktaydı. Devlet ve SSK hastanelerindeki pratisyenler ise hastanede çalışsalar da, mesleki özellikleri ve çalışma koşulları bakımından tam anlamıyla pratisyen özelliği sergilediklerinden, birinci basamak sağlık kurumlarının ve 112 acil hizmetlerin hekimleriyle birlikte gruplandılar. Ancak bu grubun içine, ana çocuk sağlığı merkezleri ile verem savaş dis-

panserinde çalışmakta olan çok az sayıdaki uzman hekim de girmiş oldu (n=8 yani %9.9). Öte yandan, pratisyenlerle birlikte gruplanan ve birinci basamakta çalışmakta olan bu uzman hekimlerin muayenehanelerinin olmaması, birinci basamak ortamını bütün sorunları ve gerçekliğiyle yaşıyor oluşları nedeniyle, sayılarındaki küçüklük de dikkate alınarak, böyle bir “karışıklığın” önemli olmadığı düşünüldü. Özel sektörde çalışan hekimler ise hem (sayıları az da olsa) pratisyenleri hem de uzmanları içeriyordu (pratisyen hekim sayısı 5 yani %10.2).

Veriler bir anket formu aracılığıyla ve anket konusunda eğitilen altı adet tıp fakültesi öğrencisi ile Tabip Odasının çeşitli birimlerinde görev yapmakta olan dört pratisyen ve iki uzman hekim tarafından, Ocak ve Şubat 2002 tarihlerinde toplandı. Hatırlanacağı gibi bu dönem, 2000 yılının sonunda başlayan ve halen süren ekonomik kriz aylarıydı. Krizin başlangıcından itibaren 1 yılı aşkın bir süre geçmiş olmasına karşın ekonomik ve mali göstergelerde henüz istikrar oluşmamıştı.

Anket uygulamasında, örneğe girmiş olan hekime ulaşamadığına ve yedeğine gidilmesi gerektiğine karar vermek için söz konusu hekimin adresine (bulunduğu birime) en az üç kez gidildi. Fakülte Hastanesinde, SSK Hastanesinde, birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlere işyerlerinde ulaşıldı. Devlet Hastanesinde çalışan hekimlerle, daha kolay ulaşılacakları gerçeği göz önüne alınarak muayenehanelerinde görüşüldü. Muayenehanesi olmayan hekimler için ise Devlet Hastanesine gidildi. Anketler anketörler tarafından örneğe giren hekimlere bırakıldı, aynı gün ya da bir sonraki gün randevulaşılan bir saatte yine aynı anketör tarafından geri alındı. Anketin anketör yardımı olmaksızın da doldurulabilmesi nedeniyle ve anketteki kimi sorulara hekimin yalnızken daha rahat yanıt vereceği varsayımıyla böyle bir yol tercih edildi. Anketi doldurmayı reddeden ya da üç kez gidildiği halde (o gün işyerinde olmasına rağmen ya da izinli olması, bir başka yerde görevli olması ya da istifa etmiş, görevinden ayrılmış olması gibi nedenlerle) yerinde bulunamayan hekimler için, eldeki hekim listelerinden, bir sonraki hekim yedek olarak belirlendi. Yedek hekimin de anketi doldurmayı reddetmesi ya da yerinde bulunamaması durumunda o anket formu reddedilmiş olarak kabul edildi.

Tablo 1: Araştırma evreni, örnek büyüklüğü ve örneğe ulaşılma durumu ile ilgili bazı bilgiler

Hekim Grubu	Çalışılan Kurum	Evren (n)	Örneğe Giren (n)	Ulaşılan		Yedekten Ulaşılan		
				n	%	Ulaşılamayan yedeği	İzinli, istifa eden, görevden ayrılanın yedeği	Reddedenin yedeği
Öğretim Üyesi	Fakülte Hst	196	49	47	95.9	0	2	10
Asistan, öğretim görevlisi	Fakülte Hst	395	99	98	98.9	5	8	3
Uzman	Devlet Hst	224	56	23	41.1	0	0	5
	SSK Hst	130	33	33	100.0	0	0	0
	Toplam	354	89	56	62.9	0	0	5
Özel	Özel	232	57	49	86.0	0	18	2
Pratisyen	SSK Hst	30	7	7	100.0	0	0	0
	Devlet Hst	77	19	14	73.7	0	0	4
	112 Acil	54	14	9	64.3	0	0	2
	SO + AÇS + VSD*	218	53	51	96.2	0	0	3
	Toplam	379	93	81	87.1	0	0	9
TOPLAM		1556	387	331	85.5	5	28	43

*Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı Merkezi, Verem Savaş Dispanseri

Yukarıdaki tabloda, her bir tabaka için evren büyüklüğünü, örneğe giren, anket uygulanabilen (ulaşılabilen) ve yedekten ulaşılabilen hekimlerin sayılarını gösterdik. Tablodan anlaşıldığı gibi öğretim üyelerinde ve asistanlarda, anket uygulama oranı son derece yüksek (sırasıyla %95.9 ve %98.9) oldu. Öğretim üyelerinde reddedenlerin yerine ulaşılanların toplam ulaşılanlardaki oranı %21.3'tür. Kısacası, örneğimize giren öğretim üyelerinin beşte biri anketi reddetmiş ve bunların yerine yedeklerine ulaşılmıştır. Asistanlarda ise ulaşılamayanların ve izinli olanların oranı yüksektir (%13.3). Asistanların günlük çalışma ritimleri sırasında sürekli yer değiştirmesi (özellikle cerrahi dallarda), kiminin istifa etmiş olması ve nihayet bir kısmının asistanlığını tamamlayarak Fakülte'den ayrılmış olması nedeniyle bu oran yüksek çıkmıştır.

SSK ve Devlet Hastanesi uzmanları için ulaşılma oranı (bu ikisi tek tabaka olarak kabul edilmişti) %62.9'dur. SSK hastanesinde örneğin tümüne ulaşılmış olmasını sağlayan şey muhtemelen bu Hastane'deki anketlerin, hastanede çalışan ve ortamı iyi tanıyan iki uzman hekim tarafından uygulanmış olmasıdır. Devlet Hastanesi'nde ise anket çalışmasını (aynı zaman-

da Fakülte Hastanesi'nde de anketörlük yapan) öğrenci anketörler yapmışlar ve ne hastane içinde, ne de muayenehanede hekimlere ulaşmada Fakülte'deki kadar başarılı olabilmişlerdir. Anketörler devlet hastanesi hekimlerini öncelikle muayenehanelerinde bulmayı denemişlerdir. Ancak muayenehane adreslerindeki yanlışlık, hekimin muayenehanesine düzensiz saatlerde uğraması gibi nedenler muayenehanede kendisine ulaşmayı olanaksız kılmıştır. Böyle durumlarda hastaneye gidilmiştir. Devlet hastanesi uzmanlarına ulaşma oranının düşüklüğünün tek başına bir anlam ifade etmediğini (SSK ve Devlet Hastanesi uzmanları tek bir tabaka olarak alındıkları için) hatırdta tutmak gerekir.

Özel hekimlerdeki ulaşma oranı %86.0'dır. Bu tabakadaki çalışmayı pratisyen hekim anketörler gerçekleştirmiştir. Özel hekimlerde yedek ulaşılanların içinde ağırlıklı bölüm görevinden ayrılmış olanların yedeklerinden oluşmaktadır. Görevinden ayrılmış olanların (muayenehanesini kapatmış, başka ile göç etmiş, vb) yerine alınan yedeklerin özel hekimler tabakasında ulaşılanlar içindeki oranı %36.7'dir. Oranın bu derece yüksek olması Tabip Odası kayıtlarının güncelleştirilmemiş olmasıyla ilişkilidir.

Pratisyenler içinde ulaşma oranı en düşük grup 112 Acil Hizmetler'de çalışanların oluşturduğu tabakadır. Bu tabakada yer alan hekimlerin nöbet usulüyle çalışmaları, dört günde bir işyerine gelmeleri ve çalışma düzenlerinde kendi aralarındaki değişikliklerden kaynaklanan değişiklikler hem örneğe giren asil hekimlere, hem de onların yerine seçilen yedeklere ulaşma oranını düşürmüştür. Buna karşılık pratisyenlerin geneli için ulaşma oranı %87.1 gibi yüksek bir yüzdededir. Bu tabakadaki anketörlük görevi de (hastane pratisyenlerine uygulanan anketler hariç) pratisyen hekimlerce üstlenilmiştir.

Veriler SPSS 10.0 istatistik programına girilerek değerlendirildi. Bulguların sergilenmesinde iki yöntem izlendi. Gruplamalardan birisi örneklem seçimine uygun olarak gerçekleştirildi. Buna göre, bütün bulgular öğretim üyeleri, asistanlar, hastane uzmanları, özel hekimler ve pratisyen hekimler şeklindeki örnekleme tabakalaması ile uyumlu biçimde tablolandırıldı.

Diğer gruplama ise daha sınıfsal bir zeminde gerçekleştirilmeye çalışıldı. Bulguların bir kısmı da bu ikinci gruplamayla uyumlu şekilde sunuldu. Bu tercihin nedenlerinin ve nasıl yapıldığının anlatılması daha ayrıntılı bir açıklamayı gerektirir.

D- ANALİZLERDE SINIF NEDEN TERCİH EDİLDİ VE NASIL BELİRLENDİ? YA DA YÖNTEM

D.I. NEDEN SINIF?

Sınıf kavramının, toplumsal ilişkileri açıklarken, makro ekonomik ve siyasal düzlemlerde sıkça kullanıldığını biliyoruz. İşçi sınıfı, emekçiler, “işverenler” derken kastedilenler esasen toplumsal ilişkilerin taraflarını ifade eden ve kendi içlerinde hiç olmazsa ekonomik açıdan ileri düzeyde homojenlik oluşturduğu, buna karşılık birbirlerine karşı farklılaştıkları düşünülen yapılardır. Bu şekil ve anlamıyla sınıf kavramı Marksist kurama denk biçimde kullanılmış oluyor. Kısacası taraflar toplumsal üretimin gerçekleştirildiği üretim araçları karşısında mülk edinme durumlarına göre kategorize ediliyorlar.

Bütün bunlar sınıf kavramının, kimi tartışmalarla birlikte halen güncelliğini koruduğunu göstermektedir. Kelime, esasen Latince kökenli olup Fransızca’da 14., İngilizce’de ise 16. yüzyıldan beri, bireylerin toplum içinde çeşitli hiyerarşik derecelere göre dağılımını anlatmak amacıyla kullanılmaktadır (Öngen T 1994: 27).

Kavramın esas olarak Marksist literatürde özel bir vurguyla ele alındığı ve kendisine toplumsal değişimin arka planındaki ilişkileri ifade eden bir toplumsal olgu olarak işlev yüklediği görülmektedir. Şüphesiz bunda Marx ve Engels’in ünlü yapıtları Komünist Manifesto’nun belirleyici rolü vardır. Yazarlar ilk kez bu eserde, bireylerin üretim ilişkileri içinde ve üretim araçları karşısındaki nesnel konumlarını gözeterek, çağdaş kapitalist toplum için net bir sınıf şeması vermişler ve bu şema içinde de işçi sınıfına kapitalist toplumun temel çelişkilerini çözecek bir güç atfetmişlerdir (Marx K, Engels F 1991: 157). Daha sonradan bu şemanın yine Marx tarafından Kapital’in 3. Cildinde (1978) ayrıntılandırılmaya çalışıldığı görülür. Bütün bu analizlerde önemli olan nokta sınıfın toplumsal yaşantı içinde, bireylerin ötesinde, toplumsal ilişkileri belirleyen, düzenleyen ve değiştiren bir üst belirleyen olarak ele alınmasıdır. Burada toplumsal yaşantıdaki değiştirici gücün, bireylerden oluşan, ancak bireyleri de sarıp sarmalayan ve bireylere kendi özgün değerlerini yansıtan sınıfa ait olduğu vurgusu bulunur. Dolayısıyla, Marksist sınıf kuramı sınıfta toplumun temel değiştirici gücünü görür. Buna göre toplumsal yaşantıda birbirleriyle ilişki kuran bireyler, ait oldukları sınıfın kendilerine biçtiği sosyoekonomik statü ve değerlerle birbirlerine yaklaşırlar. Sınıfı önemli kılan da bu üst belirleyen olma işlevidir.

Özellikle 2. Dünya Savaşı sonrasında ise kavramın, bu kez, neredeyse toptan reddine kadar ulaşan eleştirilerin geliştirildiği izlenmektedir. Bugün aynı çizginin, 1970’li yılların ortalarından itibaren özellikle popülerleşen ve “bilgi ekonomisi” (Machlup), “teknokratik çağ” (Brzezinski), “postkapitalizm” (Dahrendorf), “postendüstriyel dönem” (Bell), “bilgi toplumu” (Masuda, Giddens), “üçüncü dalga toplumu” (Toffler) gibi isimlerle anılan ve kısaca “postkapitalist” olarak tanımlanabilecek olan (Belek İ 1999: 21) yeni “değişimci” paradigmada ifade edildiği anlaşılmaktadır.

Esasen sınıfın reddine ilişkin tezi ilk kez ortaya atan kişi, Robert Nisbet’tir. Nisbet 1958 yılında Amerikan Sosyoloji Birliği toplantısında sosyal sınıfların düşüşünden söz etmiş; çağdaş toplumdaki güç, refah, sosyal statü durumlarını tanımlamada sınıf kavramının işe yaramaz bir kategori durumuna geldiğini bildirmiştir (Hout M, Brooks C, Manza J 1993: 259-260). Bu tezin yapılandırılmasında temel olarak iki objektif gelişmenin etkili olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki kapitalist ekonomilerin 2. Dünya Savaşı sonrasında geçirdikleri dönüşüm ile birlikte sosyal devlet olgusunun ortaya çıkması ve bununla bağlantılı olarak işçi sınıfının yaşam koşullarına ilişkin olarak elde ettiği kimi kazanımlardır.

Bu kazanımların sınıfsal çelişkileri ve hatta sınıf olgusunun kendisini ortadan kaldırdığı (Breen R, Rottman DB 1995: 31-32), bütün sınıfların “orta sınıf” denilen oldukça homojen bir yapı içinde eridikleri ve böylece “tek sınıflı sınıfsızlaşma” sürecine ulaşıldığı ileri sürülmüştür (Edgel S 1993: 18-21). Diğer gelişme ise üretimin yapısındaki değişiklikler ve imalat sektörünün ekonomi içindeki ağırlığının azalması şeklinde ifade edilen olgudur. Örneğin Drucker (1994: 8) ve Toffler (1981: 437) daha çok bu gelişme üzerinden hareket ederek, emeğin toplumsal üretim için belirleyici bir unsur olmaktan çıktığını, böylece de sınıfın ortadan kalktığını iddia ederler.

Dikkat edilirse bu görüşlerin tümünde, toplumsal yapıda daha önceki dönemlerde varolan çelişkilerin artık kaybolduğu yönündeki düşünce belirleyici eksenlerden birisidir. Kısacası burada, sınıfsızlaşma süreci, aynı zamanda toplumsal eşitsizliklerin de yok edildiği harmonik bir gelişmeye karşılık gelmektedir. Ancak tezin bu yönü, onun belki de en zayıf noktasını oluşturmuştur.

Nitekim, bu görüşlerin etkileri son derece kısa soluklu olmuş ve ancak sosyal devlet yapısının önemli oranda yıpratıldığı 1980’lerin başına kadar sürebilmiştir. Gerçekten de son 15-20 yıl içinde giderek derinleşen eşitsizlikler, sınıfa ilişkin bu “karşı” tezin de sonunu hazırlamıştır denilebilir. Bugün değişik yaklaşımların sınıfa verdikleri önem derecesi farklı olabilese de, sınıf olgusunun reddedilmesi olanaksız olmaktadır. Açığa çıkan gerçek, sosyal devlet döneminde sınıfların ortadan kalkmış ya da üretim ilişkile-

rinde sınıfları ortadan kaldıracak nesnel değişikliklerin gerçekleşmiş olması değil, dönemin özgün politikalarıyla sınıflar arasındaki toplumsal, siyasal ve ekonomik eşitsizliklerin bir süre için sınırlandırılmış ve standardize edilmiş olmasıdır.

Bryan Turner'ın (1997: 15) deyişiyle çağdaş kapitalizmde yaygın ve sürekli bir eşitsizliğin varlığı o denli açıktır ki, eşitsizlik bariz bir araştırma ve toplumsal siyaset alanı haline gelmiştir. İşte eşitsizlik alanındaki bu geriye dönüş, sınıf kavramını da geniş biçimde her tür akademik ve toplumsal etkinliğin merkezine taşımaktadır. Çünkü sosyal devlet yönündeki gelişme ile birlikte çeşitli haklar elde etmiş olan işçi ve emekçi sınıfların toplumsal statülerinde artık ciddi kayıplar söz konusudur ve bu gerileme, durumları olumsuzlaşan sınıfları, aktif toplumsal unsurlar olarak siyasal, ekonomik, sendikal yaşama müdahale etmeye zorlamaktadır. Şüphesiz eşitsizliklerdeki derinleşme eşitsizliklerin sınıf dışındaki başka değişkenlere göre ölçülmesini de olanaklı ve zorunlu kılmaktadır. Örneğin gelir, eğitim grupları gibi. Ancak sınıf, toplumsal yaşantı içinde sınırları net olarak tanımlanabilir, aktif bir özne olduğu içindir ki sınıfla ilişkili eşitsizliklerin ortaya çıkarılmasının ve izlenmesinin toplumsal ve siyasal açılardan ayrı bir önemi olacak, örneğin bu tür araştırmalardan elde edilecek somut veriler, ezilen sınıfları temsil eden toplumsal örgütler, sendikalar, siyasal partilerce, o sınıfların çıkarlarının geliştirilmesi amacıyla kullanılabilecektir. Sınıfları özellikle önemli kılan noktalardan birisi budur.

Önümüzdeki dönemde bütün dünyada, sınıflar ve çeşitli sosyoekonomik gruplar arasındaki eşitsizliklerin izleyeceği gelişmeler, sınıfların birbirlerine karşı konumlanışlarını da etkileyecektir. Sınıfsal eşitsizliklerin artması, değişik alanlardaki sınıfsal çelişkileri daha da derinleştirecektir. Öte yandan sendikal hakların, parasız sağlık ve eğitim haklarının kısıtlanmasına, düzensiz istihdam biçimlerinin (sözleşmeli istihdam, fazla mesai uygulamaları) yaygınlaştırılmasına yönelik özelleştirmeci politikaların ve esnek emek örgütlenme biçimlerinin kullanılması, işçi ve emekçi sınıfların ekonomik ve toplumsal yaşam statülerinde ciddi kayıplara neden olacak sınıf politikaları olarak eşitsizlikleri artıracaktır.

Makro ölçekte sınıf kavramının yeri bu iken, mikro ölçek içinde tanımlanabilecek olan akademik ortamda gerçekleştirilen saha araştırmalarında, sınıfı belirlerken Weberci ve Marksist yaklaşımların tercih edilebileceği görülmektedir.

Weberci geleneğe göre bireylerin sınıfsal konumlarını belirleyen şey onların piyasa ilişkileri içindeki konumlarıdır. Bir başka ifade ile Weberci kuramda sınıf, Marksist kuramda olduğu gibi üretim ortamı içinde ve üretim araçları karşısındaki konumla değil, piyasa konumuyla ölçülür. Yine aynı kurama göre bireylerin piyasa güçlerini belirleyen etkenler gelir, eği-

tim, satın alma gücü gibi sosyoekonomik parametrelerdir. Oysa bilindiği gibi Marksist yaklaşımda bu tür değişkenler önemli olsalar da, kendilerini belirleyen şey eninde sonunda, çocukluk ve gençlik yıllarının içinde geçirildiği ailenin sınıfsal konumuyla da ilişkili biçimde belirlenmiş olan ve üretim araçları karşısındaki konumu ifade eden sınıfsal konumdur.

Sınıf açısından Weberci değişkenlerden birisi olan eğitimin, daha sonradan içinde yer alınacak üretim ilişkilerindeki pozisyonu belirlemede önemli olduğu açıktır. Öte yandan, herkesin aldığı eğitimin gerektirdiği ya da eğitimle orantılı iş yapmadığı/yapamadığı da (özellikle üniversite mezunu işsizlerin yüksek oranda olduğu günümüz Türkiye'si gözetildiğinde) ortadadır. Ayrıca, aynı eğitim düzeyinde, hatta aynı mesleğe sahip bireylerin, Weber'in tanımıyla düşünülecek olsa bile, piyasa güçleri, tamamen Marksist anlamdaki sınıfsal pozisyonlarının farklılığıyla bağlantılı olarak birbirinden çok farklı olabilmektedir. Aynı mesleğe sahip olup ücretli çalışan bir profesyonelle, kendi işine sahip olan, hatta yanında ücretli emekçi istihdam edenler arasındaki fark böyledir. O halde ne tek başına eğitim, ne de meslek toplumsal yaşamdaki, üretim ortamındaki, piyasadaki konumu, gücü, statüyü belirleyebilecek nitelikte değildir. Bütün bunlara ek olarak değişik uluslararası araştırmalar bireylerin eğitimden yararlanabilmelerinin, içinde yetiştikleri ailenin sınıfsal konumu tarafından önemli derecede belirlendiğini göstermektedir (Power C, Matthews S 1997; Bosma H, Mheen HV, Maccehbach JP 1999).

Yukarıda sıralananlar saha araştırmalarında Weberci yöntemle tanımlanmış sınıflar aracılığıyla, grupların ekonomik, sosyal, siyasal durumlarının hiç belirlenemeyeceği ya da bu sınıf ve gruplar arasında gerçekte var olan farklılıkların gösterilemeyeceği anlamına gelmez. Burada önemli olan nokta hangi yöntemin gerçeği daha net biçimde ortaya koyabileceğiyle ilişkilidir ve biz Weberci yöntemin ampirik kısıtlılıklarının (yukarıda eğitim ve meslek değişkenleri için kısaca söz edilen gerekçelerle) belirgin olduğu, buna karşılık Marksist yöntemin daha kapsamlı bir ampirik analiz olanağı sunduğu düşüncesindeyiz.

Öte yandan, Weberci ve Marksist yöntemler arasında siyasal yaklaşım farklılıkları da vardır. Örneğin ele aldığımız toplumu okuma yazması olmayanlar, okur yazarlar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite mezunları biçiminde sınıflayarak, sağlıklarını, gelirlerini, beslenmelerini, yaşam koşullarını, çeşitli sosyal konulardaki düşünce, tutum, davranışlarını, siyasal duruşlarını araştırıp, karşılaştırabilir ve buradan belli tanım ve yorumlara gidebiliriz. Sonuçta da şüphesiz çok değişik farklılıkları saptayabilir ve özellikle dezavantajlı grupların durumunun düzeltilmesi açısından önerilerde bulunabiliriz. Böyle bir araştırma sonrasında, gruplar arasındaki farklılıkların giderilmesi açısından yapılacak önerinin grupların eğitim düzeylerinin eşit-

lenmesi biçiminde şekilleneceği açıktır, bu ise eğitim farklılıklarını yaratan ortamdaki hiç söz edilmemesi sonucunu yaratacaktır. İşte bir de bu nedenle Marksist yöntemin belirgin üstünlüğü bulunur ve bize sosyal ilişkilerin üzerinde şekillendiği ekonomik ortamı, toplumsal zenginliğin elde ediliş ve dağılımını, kısacası üretim ilişkilerini inceleme ve o ortamla ilgili yorum yapma olanağı tanır.

Marksist kuramda sınıf konumunu belirleyen ölçüt üretim araçları ile mülkiyet ekseninde kurulan ilişkidir. Böylece Marksist yazındaki temel sınıflar, üretim araçlarının sahibi olan burjuvazi ile üretim araçlarına sahip olmayıp üretim sürecine ancak kendi emek güçlerini burjuvaziye satarak girebilen işçi sınıfıdır. Ancak çağdaş Marksist yazında, burjuvazinin sermayenin yönetimiyle ilgili işlevlerin bir kısmını işçi sınıfına devretmesiyle ortaya çıkan ara sınıfları da tanımlayıp/ayırştırmaya yönelik bir çaba söz konusudur.

Örneğin Carchedi'ye (1975: 362-383) göre bireyler sınıf konumu olarak, a) ya ekonomik anlamda üretim araçlarının sahibidirler ya da değildirler, b) ya artı değer sömürsüne tabidirler ya da değildirler, c) böylece ya sermayenin ya da emeğin işlevlerini yerine getirmektedirler. Üretim araçlarının mülkiyetine sahip olanlar, aynı zamanda artı değer sömürsünü gerçekleştirirler ve sermayenin işlevlerini de üstlenirler. Böylece burjuva kategorisi üretim araçlarının mülkiyetini elinde bulunduran / sömüren / üretmeyen iken; işçi sınıfı üretim araçları mülkiyeti olmayan / sömürülen / üretendir. Buradaki üreten kategorisi hem maddi malların üretiminde yer alan, hem de hizmet sektörü olarak bilinen sektörlerde çalışan emek gücünü tanımlamak için kullanılmaktadır.

Marksist sınıf analizinin buraya kadar olan kısmını Wright (1985) ve Callinicos'ta (1994: 9 ve 71) da bulabiliriz. Wright'ta burjuvazi üretim araçlarının fiziksel kontrolünü elinde tutar. Böylece emek gücünü ve kaynakların tahsisatını da denetler. İşçi sınıfı ise bu kutbun karşısında yer alır. Burada burjuva sermayenin sahibidir ve büyük işletmeler düzeyinde sermayenin yönetimini yöneticilere devreder. Bu üçüne ek olarak Wright bir de küçük burjuva sınıfını ayırıştırır. Buna göre küçük burjuvazi sermayenin hem sahibidir, hem de sermayesinin küçüklüğü nedeniyle yönetim işlevlerini de kendisi yürütmektedir. Callinicos'ta ise işçi sınıfı, bugün işçi ve memur olarak bilinen bütün ücretlileri, emeğin üretken olan (kabaca kol emeği) ve olmayan (kabaca kafa emeği ve hizmet sektörü) bütün sektörlerini içerecek geniş bir kategori olarak tanımlanır. Callinicos ayrıca, eskiden kendi işlerini kurma, bu anlamda sermayeye yakınlaşma olanağı bulunan hukukçuların, eğitimcilerin ve hekimlerin ciddi biçimde proleterleştiklerini, böylece de işçi sınıfının gerek sayıca çoğaldığını, gerekse artan bir çeşitlilik sergilediğini vurgular.

Görüldüğü gibi Marksist yaklaşımda bir yandan burjuvaziye, öte yandan da en geniş anlamıyla işçi sınıfını alt gruplara ayırmak önemli bir çalışma alanıdır. Burjuvazinin ayrıştırılması için, sahip olunan sermayenin büyüklüğü, ya da bunun yerine geçebilecek bir gösterge (çalıştırılan işçi sayısı gibi) yol göstericidir. İşçi sınıfının ayrıştırılmasında ise burjuvaziye ve sermayeye ilişkiler bir eksen olarak kullanılabilir.

Kıscacası sınıf konumlarını Marksist anlamda analiz edebilmek için meslek dışında, genel olarak üretim ilişkileri ve daha dar anlamda da üretim ortamı içindeki konuma ilişkin bilgilere (sermayeye ortak olup olma, işin kafa ve kol emeği bileşimi gibi) gereksinim vardır ve bu tip verilerin toplanması biraz daha zor olmaktadır. Mesleki zeminli bir sınıf analizini örneğin nüfus sayımlarındaki verilerden yararlanarak yapmak olanaklı iken, Marksist sınıf analizi için ayrı ve özel olarak geliştirilmiş veri toplama araçlarına gereksinim bulunur. Ancak bu daha geniş kapsamlı bakışı nedeniyle Marksist sınıf analizi, gerçek yaşamdaki ilişkilerin çok yönlülüğünü daha tam biçimde tanımlayabilme ve kapsayıcı bir müdahale alanı açma avantajına da sahiptir.

D.II. HEKİMLERİN EBEVEYNLERİ İÇİN ELEŞTİRİLEN SINIF HARİTASI

Bu genel çerçeveden hareket ederek bu çalışmada hekimlerin eş ve babalarının sınıf konumlarını belirlemedeki ayrıştırmaya, söz konusu bireyleri a) üretim aracına (kendi işine) sahip olanlar ve b) üretim aracına (kendi işine) sahip olmayıp, emeklerini başkalarına (üretim araçlarına sahip olanlara) satanlar şeklinde sınıflandırarak başladık. Emekli anne babaların sınıflarını ise emekli oldukları andaki işlerine göre tanımladık.

Bundan sonra kendi işine sahip olanları, sahip oldukları üretim araçları kütesinin yerine geçmek üzere, istihdam ettikleri emek gücü sayısına göre üç alt gruba ayırdık: a) Yalnızca kendi işine sahip olanlar. Bu grup kendi işlerine sahip olup, yanlarında başka ücretli emek gücü istihdam etmeyen ve kendi işlerinin üretim ve yönetim işlevlerini kendileri yerine getirenlerden oluşmaktadır. b) Küçük burjuvalar: Kendi işlerine sahip olup, yanlarında 1-2 kişiyi ücretli olarak istihdam edenler. Bu grubun üyeleri muhtemelen kendi işlerini yönetmenin yanı sıra bir öncekine göre daha az oranda da olsa doğrudan üretim işlevlerini de yerine getiriyor olacaktırlar. c) Büyük burjuvalar: Kendi işlerine sahip olup, yanlarında 2'den fazla sayıda ücretli emek gücü istihdam edenler. Bu grubun üyeleri de işlerinin büyüklüğü ölçüsünde üretim işlevlerinden tamamen, yönetim işlevlerinden kısmen veya tamamen arınmış olacaktır.

Başkasının işinde çalışanları (yani ücretli-maaşlıları) da kol ve kafa emekçileri olarak ayrıştırdık. Kol emekçilerini mavi yakalılar olarak isim-

lendirdik. Beyaz yakalıları emeklerinin niteliğini ve yaptıkları işin kendilerine kendi işlerini kurma açısından sağladığı potansiyeli dikkate alarak üç ana gruba böldük: a) Niteliksiz emekçiler: Yaptıkları iş için profesyonel mesleki eğitim gerekmeyen, büro çalışanları türü emekçiler. b) Beyaz yakalılar: Yaptıkları iş için profesyonel meslek eğitimi gereken, ancak kendi işlerini kurma olanakları ya hiç olmayan ya da son derece sınırlı olanlar: Öğretmenler, polisler, hemşireler gibi. c) Yüksek nitelikliler: Yaptıkları iş için profesyonel mesleki eğitim gereken ve kendi işlerini kurma olanağına gerçek anlamda sahip olanlar: Hekimler, avukatlar, mühendisler gibi. Bu sınıflamada, mesleğin değil üretim ilişkileri içindeki konumun önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu durumda ücretli konumdaki bir hekimin yüksek nitelikli olarak sınıflanacağı, buna karşılık muayenehanesi olan bir hekimin muhtemelen küçük burjuva sınıfına dahil edileceği açıktır.

Yukarıdaki sınıflama kentsel sınıfları yansıtır. Oysa Antalya halen kırsal ekonomiyle ilişkili bir kenttir. Özellikle hekimlerin babaları içinde tarımla geçimini sağlıyor ya da sağlamış olanlar vardır. Bu gerçeği gözetenek tarımsal ekonomiyi tanımlamaya yönelik iki sınıf düşündük: a) Kendi toprağını işleyenler. b) Kendi toprağında, kendi emeklerini kullanmaya devam etseler de, başkalarını geçici veya sürekli biçimde ücretli olarak istihdam edenler.

D.III. HEKİMLER İÇİN GELİŞTİRİLEN SINIF HARİTASI

Hekimlerin kendilerinin sınıflara ayrıştırılmasında ise yine yukarıdaki anlayışa sadık kalmakla birlikte biraz daha özel bir yol izlemek gerekiyordu. Hekimlerin ilk tabloluşturmada kullandığımız mesleki statüleri (uzman, pratisyen, asistan, öğretim üyesi biçimindeki) aynı zamanda kendilerine üretim ilişkileri içinde belirgin avantaj/dezavantajlar sağlayan bir gerçeklik oluşturuyordu. Örneğin uzmanların kendi işlerine sahip olma olanakları belirgin biçimde fazlaydı ve bu grup sağlık piyasası koşullarında pratisyenler karşısında avantajlıydı. Bu açıdan en avantajlı grup öğretim üyeleriydi. Bu grup aynı zamanda fakülte hastanesinin olanaklarından kişisel olarak yararlanma şansına (kamu kurumunun içinde özel hasta muayene edebilme, özel ameliyat gerçekleştirebilme gibi) da sahipti, çalışma koşulları belirgin biçimde daha iyiydi, vb. Bütün bu nedenlerle hekimlerin mesleki statüleri ile klasik sınıfsal konumlarını birlikte dikkate alan bir sınıf şemaştırmasının daha gerçekçi olacağına karar verdik.

Bu ayrıştırma faaliyetinin başında hekimleri üç büyük gruba ve bunların da kendi içlerinde başka küçük gruplara bölebileceğimizi düşündük: 1) Tamamen özel sektörde çalışanlar: a) Özel sektörde emekçi kimliğiyle çalışanlar. b) Özel sektörde kendi işine sahip olup, (küçük ölçekte de olsa) burjuva karakter yansıtanlar. 2) Tamamen kamu kurumunda çalışan ve bu

kez kamuda tam anlamıyla emekçi karakter yansıtanlar. 3) Hem özel sektörde, hem de kamuda çalışan, dolayısıyla burjuva karakterle temas etmiş olanlar: a) Kamu dışındaki özel sektör bağlantısında emekçi kimlik taşıyanlar. b) Kamu dışında kendi özel işine sahip olanlar, yani kamu bağlantısına ek olarak burjuva karakter sergileyenler. Kamu bağlantılı olup, özel sektörde de kendi işlerine sahip olan özel hekimlerin tümünü (yani üçüncü büyük grubun, ikinci alt grubu), işlerinin büyüklüğünü, gelirlerinin miktarını dikkate almadan, ancak yanlarında çalıştırdıkları (sekreter, hemşire türü emekçi sayısının daha ileri ayrıştırmalarda önemli olabileceğini kabul edip, böyle bir açık kapı bırakarak) kamu bağlantılı burjuva hekimler olarak niteledik. Bu üç büyük grup içinde yer alan birinci ve üçüncü büyük grupların da kendi içlerinde pratisyenler ve uzmanlar olarak bölünebileceği açıktır. Ancak ayrıştırmanın bu noktaya kadar ilerletilmesi araştırılan örneğin büyüklüğü gibi çeşitli pratik sorunlarla ilişkili olacaktır.

Sonuç olarak hekimlerin sınıf konumlarına ilişkin olarak şöyle bir harita elde ettik: 1) Öğretim üyeleri: Bu grup, ağırlıklı olarak, hem kamuya emeğini satan, hem de kamu kurumunda özel hasta bakan, yani kendi işine sahip olan, dolayısıyla küçük burjuva karakterli bir yapı sergiler. Belki bu grubun kendi içinde özel hasta bakmayan yani yalnızca emekçi karakterindeki daha küçük bir grubu ayırtmak gerekir. Ancak sözünü ettiğimiz bu alt grubun gerçekten küçük olması nedeniyle (n=11) ayrıca böyle bir ayırtmaya gidemedik. 2) Asistanlar: Bu grup, şimdiki durumu geçici de olsa, tamamen emekçi, yani yüksek nitelikli karakterlidir. 3) Uzman hastane emekçileri: Bunlar devlet veya SSK Hastanesinde çalışmakta olup, özel sağlık sektörüyle ilişkisi olmayan uzmanlardan oluşur. 4) Uzman hastane emekçileri ve küçük burjuvalar: Bunlar hastanelerde çalışıp, aynı zamanda özel sektörde iş sahibi olup, yanlarında 1-2 kişiyi istihdam eden hekimlerdir. Yarı süreli çalışan muayenehane hekimleri bu gruptadır. 5) Uzman hastane emekçileri ve büyük burjuvalar: Bir önceki gruptan farkı, bunların yanlarında 2'den fazla kişiyi ücretli olarak istihdam etmesidir. Yarı süreli çalışıp özel poliklinik, laboratuvar sahipleri buradadır. 6) Pratisyen emekçiler: Yalnızca kamuda (birinci veya ikinci basamakta olabilir) veya yalnızca özel sektörde (yine birinci veya ikinci basamakta olabilir) ücretli olarak çalışan pratisyenler. 7) Pratisyen kamu ve özel sektör emekçileri: Yarı süreli olarak özel sektörde de emeklerini satan emekçi pratisyenler. Gece özel sektörde nöbet tutan pratisyenler bu gruptadır. 8) Pratisyen kamu emekçileri ve burjuvalar: Yarı süreli çalışan ve özel sağlık sektöründe kendi işlerine sahip olan pratisyenler. 9) Uzman burjuvalar: Uzman olup tam süreli olarak özel sektörde çalışan hekimler (ister tek başlarına çalışsınlar, isterse yanlarında başkasını istihdam etsinler). Şüphesiz bu grup da sayı yeterli olduğunda kendi içinde (yanlarında çalıştırdıkları emekgücü sayısına göre) daha da ayrıştırılabilir. 10) Uzman kamu emekçi-

leri ve özel sektör emekçileri: Hem kamuda, hem de özel sektörde emeğini satan (örneğin özel hastanede ameliyat yapan) uzman hekimler.

Yukarıdaki harita bizim açımızdan temel olmakla birlikte, örneğimizi bu şekilde böldüğümüzde ortaya son derece küçük grupların çıkması nedeniyle, bazılarını, temel yaklaşımımızı yine koruyarak birleştirmeye karar verdik. Sonuç olarak ortaya şöyle bir tablo çıktı: 1) Öğretim üyeleri. 2) Asistanlar. 3) Pratisyen kamu veya özel sektör emekçileri. 4) Pratisyen kamu ve özel sektör emekçileri. 5) Uzman kamu veya özel sektör emekçileri. 6) Uzman kamu emekçileri ve burjuvaları ile pratisyen kamu emekçileri ve burjuvaları. Bu grupta uzman ya da pratisyen hem kamuda hem de özel sektörde çalışan, özel sektördeki işlerinde burjuva karakterinde olan hekimler yer alır. Biz bu gruba sayısı çok az olan (2 adet) uzman kamu ve özel emekçi sınıfındaki hekimi de dahil ettik. 7) Uzman burjuva hekimler: Tam süreli özel sektörde burjuva pozisyonda yer alan hekimler.

Sonuç olarak, bulgularımızın bir kısmını, mesleki statüye ek olarak, yukarıdaki sınıflamaya göre de sunduk. Esasında, aklımızda, bütün verileri bu şekilde sunmak düşüncesi varken, 7 hekim sınıfı içinde bazılarının birey sayısı açısından küçüklüğü, verilerin dağılımını bozan olumsuz bir zemin oluşturduğu için bunu gerçekleştiremedik.

Bu yaklaşım, aynı zamanda, hekimlerin nesnel sınıf konumlarına göre sınıflandırılması ile elde edilecek sonuçların, somut durumdaki farklılıkları ne şekilde yansıtacağıyla ilgili olarak da fikir verici olacaktır. Acaba, bizim oluşturduğumuz bu yedi sınıf arasında, mesleki statüye göre oluşturulan ilk sınıflamanın gösteremediği farklılıklar var mıdır, bir başka ifade ile bizim yarattığımız bu yedi sınıf gerçekten de somut veriler düzeyinde de karşılığını bulan özgün kimlikler midir? Bulguların bir kısmının hekimlerin sınıf kimliğine göre incelenmesi bu tür sorular konusunda da fikir verici olacaktır.

E- BULGULAR

E.I. MESLEKİ STATÜYE GÖRE BULGULAR

E.I.1. HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 2: Antalya’da hekimlerin sosyodemografik özellikleri (%’ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK’da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK’da Pratisyen	Toplam
Yaş (Ortalama)	42.4	28.6	42.7	51.0	36.6	38.1
Cins						
Erkek	76.6	62.2	78.6	73.5	54.3	66.8
Kadın	23.4	37.8	21.4	26.5	45.7	33.1
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331
Medeni Durum						
Bekar	4.3	72.4	5.4		12.3	26.0
Evli	91.4	26.6	94.6	95.9	80.3	70.7
Dul (eşi ölmüş)	0	0	0	4.1	0	0.6
Boşanmış	4.3	1.0			7.4	2.7
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331
Ailedeki birey sayısı						
Toplam	47	98	56	49	81	331
Çocuk sayısı*						
Toplam	43	26	53	47	65	234
Doğum yeri						
Antalya	12.8	20.4	25.0	34.7	35.0	25.8
Antalya dışı	87.2	79.6	75.0	65.3	65.0	74.2
Toplam (n)	47	98	56	49	80	330
Doğum yeri						
İl	70.2	54.1	42.9	47.9	62.5	55.6
İlçe	21.3	25.5	35.7	31.3	17.5	25.5
Köy	8.5	20.4	21.4	20.8	20.0	18.8
Toplam (n)	47	98	56	48	80	329
En uzun süre yaşadığı yer						
Antalya	51.1	29.6	46.4	59.2	56.8	46.5
Antalya dışı	48.9	70.4	53.6	40.8	43.2	53.5
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331
En uzun süre yaşadığı yer						
İl	97.9	73.5	91.1	91.8	87.6	86.1
İlçe	2.1	25.5	8.9	8.2	6.2	12.1
Köy	0	1.0	0	0	6.2	1.8
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331

*Yalnızca evliler için hesaplanmıştır.

Antalya'da hekimlerin yaş ortalaması 38.1'dir. En yaşlı grup, özel hekimler (51.0) iken, en genç grup asistanlardır (28.6).

Toplamın çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu (%66.8), buna karşılık kadın erkek oranının pratisyenlerde birbirine yaklaştığı görülmektedir.

Evli olanlar (%70.7) çoğunluktadır. Asistanlarda durum, beklendiği gibi tersinedir.

Antalya'da hekim ailelerinin ortalama büyüklüğü 3 kişidir. Ortalama çocuk sayısı ise 1.47'dir. Bu durumda evli hekimlerin ortalama aile büyüklüğü 3.5 civarında olmaktadır.

Hekimlerin dörtte birinin Antalya doğumlu olduğu görülmektedir. Doğum yeri en fazla oranda Antalya olanlar pratisyen hekimler ile özel hekimlerdir (üçte bir oranında). Buna karşılık Antalya dışında doğmuş olanların en fazla olduğu grup öğretim üyeleridir (%87.2).

Doğum yerine idari bölümlenmeye göre bakıldığında hekimlerin yarıdan fazlasının (%55.6) il ve yaklaşık beşte birinin de (%18.8) köy doğumlu olduğu görülmektedir. Öğretim üyeleri arasında il doğumlu olanların oranı en yüksek iken (%70.2), bu oran hastane uzmanları arasında en düşük seviyededir (%42.9). Kısacası, en Antalyalı olan gruplar içinde köy ve ilçe doğumluların oranı da en yüksektir. Buna karşılık Antalya'ya en fazla oranda yabancı olanlar (öğretim üyeleri) en fazla oranda kentlidirler.

Yaşamları boyunca en uzun süre yaşadıkları yer Antalya olanlar, yukarıdaki verilerle uyumlu biçimde özel hekimler (%59.2) ve pratisyenlerdir (%56.8) ve genel olarak hekimlerin yaklaşık yarısı en uzun süre Antalya'da yaşamışlardır (%46.5).

Buna karşılık bir il merkezinde en uzun süre yaşamış olanlar öğretim üyeleri (%97.9)'dir.

Tablo 1'in bize gösterdiği durum şöyle de özetlenebilir: Antalya'da hekimler genç erişkin yaş grubunda, çoğunluğu erkek ve evli, ortalama 1.5 çocuklu, önemli denilebilecek oranda Antalya ve il merkezi doğumlu ve en uzun süreli olarak da yine Antalya ve bir il merkezinde yaşamış bireylerdir. Kentlilik ve eğitimsizlik bakımından en öne çıkan grup öğretim üyeleri iken en yerli gruplar özel hekimler ile pratisyenlerdir.

E.1.2. HEKİMLERİN MESLEKİ ÖZELLİKLERİ**Tablo 3: Antalya'da hekimlerin bazı mesleki özellikleri
(%’ler sütunlara ilişkindir)**

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	I. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Hekimlikteki toplam süre						
Ay	221.5	50.6	222.1	318.8	142.8	166.0
Toplam (n)	46	98	56	49	81	330
Pratisyen olarak çalışılan süre*						
Ay	20.0	18.1	26.2	32.9	23.5	23.0
Toplam (n)	46	97	55	44	4	246
Emeklilik durumu						
Emekli	0	0	0	51.0	0	7.6
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331
Antalya'da çalışmakta olduğu süre						
Ay	141.1	39.3	125.2	185.3	96.9	103.6
Toplam (n)	46	98	55	48	80	327
Şu anda çalışılan yer**						
Kamu	31.9	100.0	12.5	0	77.8	55.6
Özel	0	0	0	89.8	0	13.3
Kamu ve Özel	68.1	0	87.5	10.2	22.2	31.1
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331
Özel sağlık sektöründe çalışılan yer						
Özel çalışmıyor	31.9	100.0	12.5	0	77.8	55.6
Muayenehane	0	0	73.2	44.9	3.7	19.9
Poliklinik	0	0	0	22.4	6.2	4.7
Laboratuvar	0	0	7.1	10.2	0	2.7
Görüntüleme Merkezi	0	0	0	2.0	0	0.3
Hastane	0	0	3.6	12.2	2.5	3.0
İşyeri, Otel	0	0	0	0	8.6	2.1
Kurumunda	68.1	0	0	0	0	9.6
Diyaliz merkezi	0	0	0	2.0	0	0.3
Muayenehane ve Poliklinik	0	0	1.8	2.0	0	0.6
Muayenehane ve Laboratuvar	0	0	1.8	0	0	0.3
Muayenehane ve Hastane	0	0	0	4.1	0	0.6
Poliklinik ve İşyeri-Otel	0	0	0	0	1.2	0.3
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331
Günlük ortalama çalışma süresi						
Saat	9.6	11.1	11.2	8.7	9.3	10.1
Toplam (n)	41	91	54	45	78	309

*Yalnızca herhangi bir daldaki uzman olanlar için hesaplandı.

**Fakülte hastanesinde özel hasta bakanlar hem kamu, hem de özelde çalışıyor kabul edildiler.

Antalya'da hekimlerin ortalama meslek süreleri 13.8 yıldır (166 ay). Meslekte en eski olanlar, yaşlarından da tahmin edilebileceği gibi, özel hekimler ile öğretim üyeleridir.

Hekimler yaklaşık iki yıl (23 ay) mesleki yaşamlarının herhangi bir döneminde pratisyen olarak çalışmışlardır. Pratisyen hekimler grubu dışarıda tutulduğunda da bu sürenin önemli bir değişiklik göstermediği görülmektedir. Yeni mezunların çoğunlukta olduğu ve hekimlerin yaşamında pratisyenlik dışındaki başka seçeneklerin de gündemde bulunduğu asistanlar arasında bile pratisyen olarak çalışma süresi 18 aydır. Bu veri bize, asistanların ortalama meslek yaşamlarının neredeyse yarısını pratisyen hekim olarak geçirdiklerini göstermektedir. Antalya'da hekimler arasında pratisyenlik süresinin bu kadar uzun olması, değişik hekim grupları arasındaki empati duygusunu geliştirebilecek, "yoksulun halinden, zenginin anlamasını" sağlayabilecek ve nihayet hekimler arasındaki dayanışmacı duygu, tutum ve davranışları geliştirecek bir "avantaj" olarak değerlendirilebilir.

Özel hekimlerin yarıdan fazlası (%51.0) emeklidir. Hekimlerin mesleki yaşantılarının da önemli bölümünü Antalya'da geçirdikleri anlaşılmaktadır. Bu oran da genelde %62.1'dir. Bu da bize Antalya'daki hekimlerin mesleki anlamda da, önemli oranda Antalyalı olduklarını göstermektedir.

Hekimlerin %55.6'sı yalnızca kamuda, buna karşılık %13.3'ü yalnızca özel sektörde çalışmaktadır. Kamu çalışmasının en fazla oranda olduğu grup asistanlardır. Buna karşılık yarı süreli çalışma hastane uzmanlarında (%87.5) en yüksek orandadır. Yarı süreli çalışma bakımından ikinci sırada öğretim üyeleri (%68.1) gelmektedir. Esasen öğretim üyelerinin içindeki bu grup Fakülte Hastanesinde özel hasta bakanlardan oluşmaktadır. Pratisyen hekimlerin neredeyse dörtte birinin yarı süreli çalışıyor olması da ilginçtir. Hastane uzmanlarının hemen tamamının özel sektörle bağlantısı vardır. Özel sektörle bağlantısı olmayan hastane uzmanları radyoloji, patoloji uzmanı gibi tek başına çalışma şansı daha az olan uzmanlık alanları içindedirler. Antalya gibi görece küçük bir kentte özel hastane, laboratuvar olanaklarının sınırlı olması da bu uzmanların kamuyla sınırlanmalarına neden olsa gerektir. Yarı süreli çalışmaya yönelik bu baskın eğilimin Türkiye geneli için de geçerli olduğunu hatırlamak gerekir. Türkiye'de, hem pratisyenlerde, hem de uzmanlarda yalnızca kamuda ya da özel sektörde çalışanların oranı azalırken, yarı süreli çalışanların oranı belirgin biçimde artmıştır. Bu gelişmede kamudan elde edilen gelirdeki reel azalmanın etkisinin olduğu açıktır. Antalya'daki 2002 yılı durumu ise Türkiye'nin 1998 yılı durumuna göre bir ölçüde değişiktir. Antalya'da yarı süreli çalışanların oranı uzmanlar arasında Türkiye'ye göre daha yüksekken, pratisyenler arasındaki yarı süreli çalışma oranı Türkiye ortalamasından daha düşüktür (Türkiye verileri için aşağıdaki tabloya bakınız).

E.1.3. HEKİMLERİN ÇALIŞMA ŞEKİLLERİ**Tablo 4: Türkiye’de 1992 ve 1998 Yılları İçin Hekimlerin Çalışma Şekilleri**

		Özel (%)	Yarı Süreli (%)	Kamu (%)	Toplam
Uzman	1992	25.5	28.4	46.1	25587
	1998	17.1	64.3	18.6	32310
Pratisyen	1992	4.0	38.9	57.1	31398
	1998	9.6	54.2	36.2	49688
Toplam	1992	13.7	34.2	52.1	56985
	1998	12.6	58.2	29.2	81998

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 1992-96: 49 ve Sağlık Bakanlığı 2001: 38.

Özel sektörde çalışan hekimlerin özel sektörle bağlantıları büyük bir kurumsal çeşitlilik göstermekte ve bu çeşitlilik Fakülte dışında çalışan hekimlerde ortaya çıkmaktadır (Tablo 3). Hastane uzmanları ile özel sektör hekimleri arasında en büyük bağlantı muayenehanelerdir (%73.2 ve %44.9). Hastane uzmanları arasında bundan sonra sırasıyla özel laboratuvarlar (%7.1), özel hastaneler (%3.6) gelmektedir. Yalnızca özel sektörde çalışan hekimlerde ise özel poliklinikler (%22.4), özel hastaneler (%12.2) muayenehane seçeneğini izlemektedir. Pratisyenler arasında işyeri-otel hekimliği bağlantısı %8.6 ile ilk sıradadır. Bu açıdan saptanması gereken bir diğer ilginç veri hekimlerin çalışmakta oldukları iş sayısına ilişkindir. Hastane uzmanlarının %83.9’unun kamu ile birlikte iki iş, %3.6’sının ise üç iş yaptıklarını görüyoruz. Özel hekimler grubunda iki iş yapanların oranı %6.1’dir. Pratisyenler grubundakilerin %21’inin iki, %1.2’sinin ise üç iş yaptıklarını anlıyoruz.

Çalışılan iş türündeki-yerindeki artışın günlük ortalama çalışma sürelerini de artırması beklenir. Asistanlar için ise günlük ortalama çalışma süresi çalışılan işyeri sayısından bağımsız biçimde, angarya sınıfına sokulabilecek iş koşullarıyla bağlantılı olarak zaten uzundur. Antalya’da hekimler (Pazar günleri hariç) günde ortalama 10 saat çalışmaktadır. Çalışma sürelerinin uzunluğu bakımından ilk sırada hastane uzmanları (10.2 saat) ile asistanlar (10.1 saat) yer almaktadır.

E.I.4. HEKİMLERİN GELİR DURUMLARI

Tablo 5: Antalya'da hekimlerin gelir ve gelikle ilişkili durumları (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Hekimlik dışında gelir getirici başka iş						
Var	0	0	1.8	2.0	3.6	1.5
Toplam (n)	47	98	55	48	78	326
Oturulan evin durumu						
Kendilerinin	61.7	25.5	69.6	85.7	42.0	51.1
Bir yakınlarının kira vermiyorlar	6.4	6.1	5.4	4.1	8.6	6.3
Kiralık	31.9	68.4	25.0	10.2	45.7	41.7
Lojman	0	0	0	0	3.7	0.9
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331
Oturulan ev dışında sahip olunan başka ev var mı ?						
Var	50.0	54.3	66.1	59.6	33.7	51.4
Toplam (n)	46	94	56	47	80	323
Ailenin otomobili var mı ve kaç adet ?						
Otomobil var	89.4	69.4	98.2	95.8	84.0	84.5
Otomobil sayısı	2.81	1.79	2.71	2.31	1.95	2.21
Toplam (n)	47	98	56	48	81	330
Ailenin arsası var mı ?						
Var	26.1	35.8	60.0	37.5	32.5	38.0
Toplam (n)	46	95	55	48	80	324
Evde bilgisayar var mı ?						
Var	93.6	67.3	85.7	79.6	55.6	73.1
Toplam (n)	47	98	56	49	81	331
Hekimin aylık toplam şahsi geliri						
Milyon TL	1.917	892	1.940	1.389	749	1.238
Toplam (n)	46	98	51	37	79	311
Hekim aylık şahsi gelirinin ne kadar olmasını ister ?						
Milyon TL	4.3681	2.168	4.207	2.727	1.976	2.791
Toplam (n)	37	88	43	30	76	274
Hekim aylık şahsi geliri içinde özel hekimliğin payı*						
Özel sektör payı	?	0	44.8	76.8	7.1	21.7
Toplam (n)	?	96	50	44	79	269
Eve giren aylık toplam gelir						
Milyon TL	2.944	1.319	2.984	2.179	1.475	1.962
Toplam (n)	45	95	46	34	77	297
Son 1 yıl içinde faiz geliri elde etti mi ?						
Evet	23.9	16.3	50.0	38.3	13.8	25.7
Toplam (n)	46	98	56	47	80	327
Son 1 yıl içinde borsada yatırım yaptı mı ?						
Evet	6.5	13.3	23.6	15.2	11.1	13.8
Toplam (n)	46	98	55	46	81	326
Toplam gelirini iki yıl öncesine göre nasıl değerlendiriyor ?						
Arttı	19.1	27.9	8.9	6.4	3.9	14.1
Aynı	12.8	10.5	19.6	21.3	5.2	12.8
Azaldı	68.1	61.6	71.5	72.3	90.9	73.2
Toplam (n)	47	86	56	47	77	313

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Toplam geliri kendisini maddi açıdan tatmin ediyor mu ?						
Evet	23.4	7.1	21.8	18.8	4.9	13.1
Kısmen	36.2	35.7	43.7	39.6	32.1	36.8
Hayır	40.4	57.2	34.5	41.7	63.0	50.2
Toplam (n)	47	98	55	48	81	329
Kendisine göre hekimlerin maddi durumu nasıl ?						
İyi	0	0	0	2.1	1.2	0.6
Orta	30.4	38.1	29.6	29.2	19.8	29.8
Kötü	69.6	61.9	70.4	68.8	79.0	69.6
Toplam (n)	46	97	54	48	81	326
Şimdiye kadar hiç işsiz kaldı mı ?						
Evet	17.4	14.6	9.4	12.8	3.7	11.1
Süre (ay)	1.72	1.78	1.29	1.37	0.58	1.34
Toplam (n)	47	97	55	48	81	328
Son 1 yıl içinde tasarruf yapabildi mi ?						
Evet	42.2	27.8	41.8	21.3	17.3	28.6
Toplam (n)	45	97	55	47	81	325
Son 1 yıl içinde akrabalarından ekonomik yardım aldı mı ?						
Evet	21.3	36.1	17.9	14.3	39.5	28.5
Toplam (n)	47	97	56	49	81	330
Son 1 yıl içinde herhangi bir şekilde borçlandı mı ?						
Evet	53.2	72.4	43.6	49.0	61.3	58.7
Toplam (n)	47	98	55	49	80	329

*Üniversite öğretim üyelerinin geliri içinde döner sermaye payı saptanamadığı için bu grup hesaplama dışında tutuldu.

Hekimlerin %1.5'nin hekimlik dışında yaptığı bir başka iş vardır. Topladığımız verilerden, hekimliğe ek iş yapanların ticaretle ve seracılıkla uğraştıklarını biliyoruz.

Hekimlerin yarıdan fazlası (%51.1) kendi evlerine sahiptir ve oturdukları eve kira ödeyenlerin oranı %41.7'dir. Ev sahipliği özel hekimler arasında en yüksek (%85.7) iken, asistanlar arasında en düşüktür (%25.5). Bu da bize ev sahipliğinin meslekteki süre ile ilişkili olduğunu gösteriyor. Buradan çıkarılabilecek bir diğer sonuç da, hekimliğin hiç olmazsa ilerleyen meslek yıllarında belli bir birikim olanağı tanıdığı olabilir.

Benzer durum diğer servet göstergelerinde de gözlenmektedir. Hekimlerin yarıdan fazlasının (%51.4) oturdukları ev dışında başka evleri vardır. Hekimlerin %84.5'i otomobil, %38'i arsa-toprak sahibidir. %73.1'inin evinde bilgisayarı bulunmaktadır. Evde bilgisayar sahipliğinin en yüksek olduğu grup öğretim üyeleridir (%93.6). Özellikle ev, arsa ve otomobil sahipliği ile ilgili bulgular hekimlerin şimdiye kadar olan yaşamlarında servet biriktirebildiklerini göstermektedir. Servet birikimi ise, bütün sınıfsal özelliklerin ötesinde hekimleri emekçi sınıf karakterinden uzaklaştıran etkiler yaratıyor olsa gerektir.

Öte yandan, Türkiye'de 25 il, 78 ilçede 595 işçi üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçlarından, işçi ailelerinin %19.7'sinin otomobil sahibi olduğunu, yaklaşık %60'ının kendi evinde oturduğunu (%34.5'i müstakil bir evde ya da gecekonduda yaşasa da), %4.4'ünün evinde bilgisayar bulunduğunu biliyoruz (Capital 2000: 100-104).

Hekimlerin kazandıkları aylık şahsi gelir 1.238 milyon TL'dir. (Araştırmamızın orta noktasına denk gelen Ocak ayının sonunda Doların serbest piyasadaki satışının 1 milyon 345 bin TL olduğunu biliyoruz. Bu durumda hekimlerin aylık şahsi kazancı 921 Dolar oluyor.) Şahsi geliri en yüksek olanlar hastane uzmanları ile öğretim üyeleri iken, pratisyenler en geride yer almaktadır. Bilindiği gibi bu tür saha araştırmalarında gelirle ilgili bilgilerin toplanmasında iki tür zorluk bulunur. Bunlardan birisi ilgili soruyu yanıtlayanların oranının düşüklüğü, diğeri ise gelirin (özellikle yüksek gelirlilerce) düşük beyan edilmesidir. Bizim bulgularımıza göre gelirini bildirmekten kaçınanların oranı düşük denilebilecek bir düzeydedir (%6.0). Gelirin ne kadar gerçeğin altında bildirildiğini anlamak ise zordur. Buna rağmen elde ettiğimiz veriler gruplar arasında mantıklı bir sıralamayı yansıtmaktadır ve en azından bundan sonraki araştırmalarla karşılaştırma olanağı sunabilecek bir iç tutarlılık sergilemektedir.

Hekimlerin kazanmak istedikleri gelirin ise bildirdiklerinin yaklaşık iki katı olduğu görülmektedir (2.791 milyon TL). İstenen gelir ile gerçek olarak bildirilen gelir arasındaki farkın bütün gruplarda hemen hemen eşit düzeyde olması ilginçtir. Kısacası, bütün gruplar, kazandıklarının iki katı bir gelire sahip olmak istediklerini bildirmişlerdir. Bu veri, hekimlerin gelir açısından hayallerinin belli bir sınırının bulunduğu, hayalleri belirleyen de gerçek kazanç düzeyi olduğu biçiminde de yorumlanabilir.

Özel hekimlikten elde edilen payın, hemen tümü yarı süreli olarak özel sektörde çalışmakta olan hastane uzmanlarında %50'ye yakın olduğu, özel hekimlerde %76.8'e ulaştığı, pratisyenlerde ise %7.1 oranında kaldığı görülmektedir. Özel hekimlerin yarısının emekli maaşı alıyor olmaları, özel sektör gelirinin toplam şahsi gelirdeki oranını %77'ye çekmektedir. Buna karşılık hastane uzmanları ile pratisyenlerin özel sektörden elde edilen gelir oranıyla ilgili bildirdikleri oran, aylık şahsi gelirleri konusundaki beyanlarının doğruluğunu test etme olanağı da vermektedir. Hastane uzmanlarının bildirdikleri gelir düzeyi 1.940 milyon TL'dir ve bundan özel hekimlik payı çıkıldığında kalan kamu (maaş) payı 1.071 milyon TL olmaktadır. Bu rakam ise gerçekten de araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla bir uzman hekimin döner sermaye payıyla birlikte kazandığı kamu maaşına denk gelmektedir. Aynı durum pratisyenler için de geçerlidir. Bu sonuçlardan hekimlerin şahsi gelirlerini doğruya yakın biçimde bildirdikleri sonucu çıkarılabilir.

Eve giren aylık toplam gelir ise 1.962 milyon TL'dir (1459 Dolar). Bu durumda eşin hane gelirine katkısı %36.9 oranındadır. Hekim ailelerinin bu geliri, 2000 yılı verilerine göre, Türkiye'de en zengin 5. %1'lik nüfus diliminin aylık geliriyle uyum göstermektedir (Toplum ve Hekim 2000: 478-479). Bir başka deyişle, hekimler, halen toplumun en zengin %5'lik nüfus kesimi içerisinde bulunmaktadır.

Hekimlerin %25.7'si son bir yıl içinde faiz geliri elde etmişlerdir. Bu bakımdan en avantajlı grup hastane uzmanlarıdır (%50.0) ve bu grubu özel hekimler (%38.3) izlemektedir. Hekimlerin %13.8'i son bir yıl içinde borsada yatırım yapmıştır. Borsa yatırımı açısından da ilk sırada %23.6 ile hastane uzmanları yer almakta ve onları yine özel hekimler (%15.2) izlemektedir.

Hekimlerin %73.2'si toplam gelirlerini iki yıl öncesine göre azalmış olarak değerlendirmektedir. Gelirini iki yıl öncesine göre arttı şeklinde değerlendirenlerin oranı yalnızca %14.1'dir. Pratisyen hekimlerin ise %90.9'u gelirlerinin azaldığını belirtmişlerdir. Asistanlar dışında (asistanlar arasında iki yıl önce gelir sahibi olmayıp, son iki yıl içinde çalışmaya başlayanlar bulunduğu için), en fazla oranda gelir artışı bildiren grup öğretim üyeleridir.

Hekimlerin yalnızca %13.1'i gelirlerinden maddi açıdan tatmin olmaktadır. Bu oran pratisyenlerde %4.9'a inmektedir. Gelirinden en çok tatmin olan gruplar öğretim üyeleri (%23.4) ve hastane uzmanlarıdır (%21.8). Bu veriler, bize yarı süreli çalışma olanağı bulunan hekim gruplarının hem daha yüksek gelir elde ettiklerini, hem de elde ettikleri geliri daha tatmin edici bulduklarını göstermektedir.

Hekimlerin %69.6'sı hekim kitlesinin maddi durumunu kötü olarak değerlendirmektedir. Hekimlerin maddi durumunu iyi olarak değerlendirenlerin oranı ise yalnızca %0.6'dır. Kendi ekonomik durumları gerçekten de diğer gruplara göre daha kötü olan ve servet göstergeleri bakımından da en dezavantajlı konumda yer alan pratisyenler genel olarak hekimlerin maddi durumunu da daha kötü değerlendirmektedir (%79.0). Objektif gelir durumuyla ilgili olan ve geliri subjektif olarak değerlendiren bulgular bir bütün olarak ele alındığında hekimlerin elde ettikleri geliri kendi toplumsal konumlarına göre yetersiz buldukları sonucu çıkarılabilir. Gelire ilişkin subjektif değerlendirmelerin hem bireylerin sağlığı üzerinde, hem de çalışma motivasyonları üzerinde etkili olduğunu biliyoruz. Gelirlerini subjektif olarak düşük bulanların bireysel sağlık durumu daha kötüdür ve böyle bireylerin çalışma motivasyonları da genellikle daha düşüktür.

Hekimlerin %11.1'i şimdikiye kadar işsiz kaldıklarını bildirmişlerdir. Hekimliğin toplumsal statüsü en yüksek profesyonel meslek gruplarından

birisi olduğu gözetildiğinde bu oranın son derece yüksek olduğunu kabul etmek gerekir.

Hekimlerin %28.6'sı son bir yıl içinde tasarruf yapabilmıştır. Bu açıdan da en olumsuz durumdakiler pratisyenlerdir. Pratisyenlerde son bir yıl içinde tasarruf yapabilenlerin oranı ancak %17.3'tür. Oysa aynı oran öğretim üyeleri ve hastane uzmanlarında %40'ın üzerine çıkmaktadır.

Ekonomik yardım alma ve borçlanmayla ilgili bulgular da yukarıdakileri desteklemektedir. Hekimlerin %28.5'i son bir yıl içinde akrabalarından ekonomik yardım almış, %58.7'si ise herhangi bir nedenle borçlanmak zorunda kalmıştır. Bu bakımdan da en kötü durumda olan gruplar pratisyenler ve mesleğe yeni başlayan asistanlardır.

E.1.5. HEKİMLERİN EĞİTİM DURUMLARI

Tablo 6: Antalya'da hekimlerin eğitimle ilgili durumları (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Mezun olunan lise						
Devlet	68.0	71.4	82.1	85.7	90.1	79.8
Özel	8.5	3.1	3.6	8.2	2.5	4.5
Fen	4.3	3.1	5.4	0	1.2	2.7
Anadolu	12.8	17.3	8.9	2.0	3.7	9.7
İmam Hatip	0	2.0	0	0	0	0.6
Diğer	6.4	3.1	0	4.1	2.5	2.7
Toplam	47	98	56	49	81	331
Mezun olduğu fakülte						
Akdeniz	10.6	36.7	12.5	12.2	35.8	25.1
Çapa	17.0	3.1	17.9	30.6	6.2	12.4
Ankara	21.3	5.1	21.4	12.2	4.9	11.2
Ege	14.9	8.2	16.1	12.2	7.4	10.9
Hacettepe	21.3	13.3	10.7	6.1	0	9.7
Diğer	14.9	33.6	21.4	26.7	45.7	30.7
Toplam	47	98	56	49	81	331
Mezun olduğu fakülte						
Üç büyük ilde	78.7	39.9	67.9	73.4	28.3	52.6
Akdeniz	10.6	36.7	12.5	12.2	35.8	25.1
Diğer	10.7	23.4	19.6	14.4	35.9	22.3
Toplam	47	98	56	49	81	331

Antalya'da hekimlerin %79.8'i devlet lisesi mezunudur. Bunu sıklık bakımından %9.7 ile Anadolu Liseleri izlemektedir. Öte yandan, gruplar arasında mezun olunan liseler bakımından önemli farklılıklar vardır. Örne-

ğin öğretim üyeleri arasında Anadolu Liseleri mezunlarının oranı %12.8'e, özel lise mezunlarının oranı %8.5'e, Fen Liseleri mezunlarının oranı da %4.3'e çıkmaktadır. Buna karşılık pratisyenler arasında bu liselerden mezun olanların oranı yalnızca %3.7, %2.5 ve %1.2 düzeyindedir. Asistanlarda da Anadolu Liselerinden mezun olanların oranı %17.3 gibi yüksek bir düzeydedir. Bu durumda, gelir ve servet göstergeleri bakımından pratisyenler aleyhine saptanan ayrışmanın mezun olunan liselere göre de ortaya çıktığı görülmektedir. Öğretim üyeleri, asistanlar ve daha sonra hastane uzmanları, lise dönemlerinde de, daha ayrıcalıklı olan okullarda eğitim almışlardır.

Benzer bir ayrışma tıp eğitimi için de geçerlidir. En azından "köklü" kabul edilen, daha yüksek üniversite puanlarıyla girilebilen ve TUS sınavındaki pozisyonları da daha yukarıda bulunan Hacettepe ve Ankara Tıp Fakültelerinden mezun olanların oranı öğretim üyeleri ve hastane uzmanları arasında daha yüksektir. Çapa mezunlarının özel hekimler arasında daha çok olmasının nedeni bu fakültenin eskiliği ve özel hekimlerin yaşlılığıyla açıklanabilir. Buna karşılık pratisyen hekimler arasında aynen Antalya doğumlularda olduğu gibi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunlarının oranı daha yüksektir. Aynı durum asistanlar için de geçerlidir.

E.1.6. HEKİMLERİN EŞLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Tablo 7: Antalya'da hekimlerin eşlerine ilişkin bilgiler * (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Eşin eğitim durumu						
İlkokul	2.3	0	1.9	4.3	1.5	2.1
Ortaokul	0	0	0	4.3	0	0.9
Lise	11.6	3.8	11.3	25.5	3.1	11.1
Yüksek okul	9.3	3.8	7.5	8.5	18.5	10.7
Üniversite	76.7	92.3	79.2	57.4	76.9	75.2
Toplam (n)	43	26	53	47	65	234
Eş hekim mi ?						
Hekim	51.2	73.1	48.1	35.6	46.2	48.5
Toplam (n)	43	26	52	45	65	231
Eş sağlıklı mı ?						
Sağlıklı	60.5	80.8	71.2	42.2	63.1	62.3
Toplam (n)	43	26	52	45	65	231
Eş halen gelir getirci bir işte çalışıyor mu ?**						
Evet	86.1	92.3	83.0	68.1	95.4	85.0
Toplam (n)	43	26	53	47	65	234
Eş hekimse özel sektörde çalışıyor mu ?***						
Evet	50.0	31.6	45.8	75.0	40.0	46.9
Toplam (n)	22	19	25	16	30	112

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Eşin sınıfsal konumu						
Mavi yakalı	0	0	0	0	0	0
Niteliksiz emek	0	0	1.9	0	0	0.4
Beyaz yakalı	16.3	7.7	22.6	14.9	30.8	20.5
Yüksek nitelikli	34.7	57.8	28.3	12.8	36.9	32.2
Kendi hesabına	7.0	3.8	0	4.3	4.6	3.8
Küçük burjuva	23.3	26.9	28.3	27.7	23.1	25.6
Büyük burjuva	4.7	0	5.7	4.3	1.5	3.4
İşsiz	14.0	3.8	13.2	36.6	3.1	14.1
Toplam (n)	43	26	53	47	65	234

*Yalnızca evli olanlar için hesaplandı.

**Emekli olmuş eşlerin, halen gelir getirici bir işte çalıştıkları kabul edildi.

***Yalnızca evli ve eşi hekim olanlar için hesaplandı.

Antalya'da hekimlerin eşlerinin toplam hane gelirinin %37'sini sağladığını yukarıda saptamıştık. Bu bize hekimlerin eşlerinin kendilerine göre daha düşük toplumsal statülü mesleklere sahip olduklarını düşündürür. Yukarıdaki tabloda sunulan veriler bu tahmini doğrulamaktadır.

Hekimlerin eşlerinin %75.2'si üniversite eğitimidir. Eşleri en fazla oranda üniversite eğitilmiş olan grup asistanlar iken, bu grubu hastane uzmanları ile öğretim üyeleri izlemektedir. Özel hekimler ise bu bakımdan en dezavantajlı gruptur ve bu durum muhtemelen özel hekimlerin daha eski bir kuşağı temsil etmeleriyle ilişkilidir.

Hekimlerin yarıya yakınının (%48.5) eşi de hekimdir. Bu oran asistanlar arasında %73.1'e çıkmakta, öğretim üyeleri arasında ise %51.2'ye ulaşmaktadır. Hekimlerin eşlerinin %62.3'ü sağlıkçıdır ve bu oran asistanlar arasında %80.8'dir. Bütün bu veriler bize hekim ailelerinin önemli oranda sağlıkçı ailesi olduğunu göstermektedir. Bu sonuca göre hekim ailelerinin sağlık sektöründeki ve sağlık politikalarındaki sorunlara ve özellikle de hekimlik mesleğiyle ilgili gelişmelere karşı özel bir duyarlılıklarının bulunacağını tahmin edebiliriz.

Hekimlerin eşlerinin %85.0'nun halen gelir getirici bir işte çalıştığı anlaşılmaktadır. (Bu hesaplamada emekli eşlerin de halen gelir getirici bir işe sahip oldukları kabul edilmiştir. Emekli eşlerin toplamdaki oranı %9.0'dır. Emekli eşlerin oranı hastane uzmanlarında %13.2, özel hekimlerde ise %21.3 oranına yükselmektedir.) Gelir getirici işe sahip olan eşlerin oranı asistanlar ve pratisyenlerde %92.3 ve %95.4'tür. Özel hekimlerin ise eşlerinin ancak %68.1'inin gelir getirici bir işi vardır. Özel hekim eşlerinin çalışma oranındaki bu düşüklük de bu grubun eski bir kuşak olmasıyla

açıklanabilir. Bu durumda hekim ailelerinin karı koca çalışan eşlerden oluştuğu rahatlıkla söylenebilir. Geçimin yalnızca hekimin gelirin baktığı aileler daha çok özel hekimler arasında toplanmaktadır.

Hekim olan eşlerin yaklaşık yarısı (%46.9) özel sektörde de hekimlik yapmaktadır. Bu oran özel hekimlerde %75'e yükselmektedir. Muhtemelen yaşla bağlantılı olarak özel hekimlerde olduğu gibi eşleri arasında da emeklilik oranı yüksektir ve eşler emeklilik dönemlerinde özel hekim olarak da çalışmaktadır.

Hekim eşlerinin sınıfsal açıdan yüksek nitelikli (%32.1), küçük burjuva (%25.6) ve beyaz yakalı (%20.5) sınıflarda toplandıkları görülmektedir. İşsizler de hesaba katıldığında hekim eşleri üçte iki oranında emekçi, üçte bir oranında da burjuva sınıflara aittirler. Yüksek nitelikli ve küçük burjuva sınıflardaki yoğunlaşma hekim eşleri arasında hekimlerin çoğunluğuyla ilişkidir. Yalnızca kamuda çalışan hekim eşleri yüksek nitelikli, yalnızca ya da aynı zamanda muayenehane işletip yanında bir iki kişi istihdam eden hekim eşleri de küçük burjuva sınıfına girmektedir.

Beyaz yakalı eşler pratisyenler arasında en yüksek, asistanlarda ise en düşük orandadır. Yüksek nitelikli eşlerin en yüksek oranda olduğu grup asistanlardır ve bu grubu pratisyenler izlemektedir. Özel hekimlerin eşleri en fazla oranda işsizdir.

O halde kendileri önemli oranda küçük burjuva karakter taşıyan öğretim üyelerinin eşleri (işsizler de dahil edildiğinde) %65 oranında emekçi karakter göstermektedir. Eğitimleri göz önüne alındığında bunlar nitelikli emekçilerdir. Asistanlar, pratisyenler ve hastane uzmanları için de hemen hemen aynı durum söz konusudur. Özel hekim eşlerinin önemli oranda (%36.0) işsiz olduğu, bu grubu burjuva karakterli eşlerin izlediği anlaşılmaktadır.

E.1.7. HEKİMLER TATİLLERİNİ NASIL DEĞERLENDİRİYOR ?

Hekimler arasında tatil yapmayanların oranı %10.9'dur. Tatil yapmayanların oranı özel hekimlerde %20.4'ü, pratisyenlerde ise %16'yı bulmaktadır. Özel hekimlerin tatil yapmaması herhalde muayenehanenin terk edilemeyişyle, pratisyenlerin tatil yapmaması ise ekonomik gerekçelerle ilişkili olsa gerektir.

Öte yandan, tatil yapmama, tatili evde geçirme ve/veya memleketinde ailesinin yanına gitme gibi daha "tutumlu" seçeneklerin toplamına göre değerlendirildiğinde, gruplar arasında benzer bir farklılık saptanmaktadır. %52.5 oranıyla pratisyenler tutumlulukta ilk sırada yer alırken, %46.9 oranıyla asistanlar bu grubu izlemektedir. Buna karşılık özellikle öğretim üyelerinin tatillerini "gönüllerince" değerlendirdikleri söylenebilir. Öğretim

üyeleri %84.8 oranında tatillerini genellikle pansiyon, yazlık, otel, tatil köyü ve yurt dışında geçirdiklerini belirtmişlerdir. Bunlar içinde pansiyon gibi daha mütevazı bir seçeneğin ağırlığının da oldukça sınırlı olduğu anlaşılmaktadır. Tatil yapma açısından en avantajlı konumdaki diğer grup hastane uzmanlarıdır. Şahsi ve toplam gelirleri hemen hemen eşit olan öğretim üyeleri ile hastane uzmanlarının tatil alışkanlıkları arasındaki farklılık bu iki grup arasında kültürel ve yaşam tarzına ilişkin farklılıkların olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim, borsada yatırım yapanların, faiz geliri elde edenlerin, ev, arsa sahibi olanların oranı da hastane uzmanları ve özel hekimler arasında daha yüksekti. Bütün bunların nedeni, belki de, hastane uzmanlarının ve özel hekimlerin durumlarını daha güvencesiz görerek gelirlerini yatırıma dönüştürme yönündeki eğilimlerine karşılık, öğretim üyelerinin ekonomik ve sosyal bakımlardan daha güvenceli ve oturmuş konularının avantajı ile yaşamı daha çok yönlü yaşama avantajlarıdır.

Tablo 8: Antalya'da hekimlerin tatillerini değerlendiriş biçimleri (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
1.Tatil yapmaz	0	8.2	8.9	20.4	16.0	10.9
2.Ev geçirir	6.4	13.3	7.1	8.2	16.0	11.2
3.Ailesinin yanına memleketi	6.4	21.4	7.1	10.2	13.6	13.3
4.Pansiyon	8.5	1.0	5.4	2.0	3.7	3.6
5.Yazlık	6.4	5.1	7.1	10.2	1.2	5.4
6.Otel-tatil köyü	10.6	3.1	10.7	10.2	4.9	6.9
7.Yurt dışı	10.6	0	1.8	2.0	0	2.1
8.Çoklu seçenek*	55.4	24.4	48.3	34.8	27.3	33.6
Tatil yapmaz, evde dinlenir, ailesinin yanına memleketine gider	15.2	46.9	25.5	38.8	52.5	39.0
Pansiyon, yazlık, otel, tatil köyü, yurt dışı	84.8	53.1	74.5	61.2	47.5	61.0
Toplam	46	98	55	49	80	328

*4,5,6,7'den 2 veya daha fazlasını belirtmiş olanlar.

E.1.8. HEKİMLERİN EBEVEYNLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER**Tablo 9: Antalya'da hekimlerin anne ve babalarına ilişkin bazı özellikler (%'ler sütunlara ilişkindir)**

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Annenin eğitim durumu						
Okur yazar değ	8.5	12.2	26.8	21.3	13.6	15.8
Okur yazar	6.4	9.2	7.1	23.4	9.9	10.6
İlkokul	36.2	39.8	33.9	25.5	48.1	38.3
Ortaokul	10.6	6.1	7.1	12.8	7.4	8.2
Lise	14.9	14.3	14.3	10.6	13.6	13.7
YO-Üniversite	23.4	18.4	10.7	6.4	7.4	13.4
Toplam (n)	47	98	56	47	81	329
Babanın eğitim durumu						
Okur yazar değ	0	0	5.5	2.1	1.2	1.5
Okur yazar	6.5	4.1	9.1	14.6	6.2	7.3
İlkokul	10.9	27.6	23.6	31.3	35.8	27.1
Ortaokul	0	9.2	3.6	12.5	4.9	6.4
Lise	19.6	15.3	27.3	12.5	14.8	17.4
YO-Üniversite	63.0	43.9	30.9	27.1	37.0	40.2
Toplam (n)	46	98	55	48	81	328
Babanın sosyal güvencesi						
Yok	4.3	7.1	10.9	25.0	8.6	10.3
Emekli Sandığı	59.6	44.9	49.1	37.5	45.7	46.8
Halen memur	2.1	6.1	0	0	0	2.1
SSK	17.0	24.5	14.5	18.8	23.5	20.7
Bağ-Kur	17.0	17.3	23.6	16.7	22.2	19.5
Yeşil Kart	0	0	1.8	0	0	0.3
Özel Sigorta	0	0	0	2.1	0	0.3
Diğer	0	0	0	2.1	0	0.3
Toplam (n)	47	98	55	48	81	329
Anne-babanın mülkü						
Yok	0	1.1	1.9	0	1.3	1.0
Ev	40.0	26.3	30.2	35.7	32.1	31.6
Toprak	0	1.1	0	7.1	2.6	1.9
Otomobil	0	4.2	0	2.4	0	1.6
Ev, Toprak	13.3	10.5	15.1	26.2	19.2	16.0
Ev, Otomobil	28.9	25.3	22.6	19.0	20.5	23.3
Toprak, Oto	0	0	1.9	2.4	0	0.6
Ev, Toprak, Oto	17.8	31.6	28.3	7.1	24.4	24.0
Toplam (n)	45	95	53	42	78	313

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Babanın sınıfsal konumu						
Mavi yakalı	4.3	15.3	1.8	2.1	13.8	9.1
Niteliksiz emek	4.3	4.1	7.1	0	3.8	4.0
Beyaz yakalı	44.7	39.8	35.7	23.4	38.8	37.2
Yüksek nitelikli	14.9	7.1	7.1	8.5	7.5	8.5
Kendi hesabına	17.0	12.2	12.5	38.3	11.3	16.5
Küçük burjuva	8.5	10.2	12.5	14.9	10.0	11.0
Büyük burjuva	2.1	5.1	12.5	2.1	3.8	5.2
İşsiz	0	1.0	1.8	0	2.5	1.2
Küçük topraklı	2.1	3.1	7.1	8.5	8.8	5.8
Büyük topraklı	2.1	2.0	1.8	2.1	0	1.5
Toplam (n)	47	98	56	47	80	328

Antalya'da hekimlerin annelerinin %38.3'ü ilköğretim mezunudur. Öğretim üyeleri arasında annesi üniversite mezunu olanlar (%23.4) diğer gruplara göre belirgin biçimde yüksektir. Baba eğitimiyle ilişkili olarak da benzer bir durum vardır. Hekimlerin %40.2'sinin babası üniversite mezunudur. Yaş ortalaması yaklaşık 40 olan bir grubun %40'ının üniversite mezunu bir babasının olması, o grubun bir önceki kuşaktan, Türkiye toplumunun geneline göre oldukça ayrıcalıklı bir geçmişi devraldığını gösterir. Öğretim üyelerinin %63'ünün babası üniversite mezunu iken, bu oran özel hekimlerde %27.1 ve pratisyenlerde (yaşları hem öğretim üyelerine, hem de özel hekimlere göre daha küçük olmakla birlikte) %37'dir. Baba eğitimi bakımından yoğunlaşma pratisyenlerde ve özel hekimlerde ilköğretim mezunlarındadır. Bu bakımdan, oldukça genç bir kuşağın temsilcileri olan pratisyenler, yaşlı kuşağı oluşturan özel hekimlere benzemektedir. Buna karşılık hastane uzmanlarının babalarında lise ve üniversite mezunlarının oranı neredeyse eşittir. O halde öğretim üyeleri lise ve fakülte eğitimlerindeki avantajlı konumlarına ek olarak anne ve baba eğitimi açısından da en avantajlı konumdaki gruptur. Bu da bize hekimler arasındaki sosyoekonomik farklılaşmanın, esasen, bir önceki kuşakta ortaya çıkmış olan farklılaşmaya bağlı olduğunu düşündürmektedir. Bizim bulgularımız, bu tür "eski" sınıfsal farklılıkların, toplumsal statüsü oldukça yüksek konumda yer alan, bu anlamda da sosyoekonomik farklılıkların etkisinin zayıflamış olmasını beklediğimiz hekimler için de geçerli olduğunu sergilemektedir.

Hekimlerin babalarının %46.8'i Emekli Sandığına bağlıdır. Babaları sosyal güvencesiz olanlar özel hekimlerde yoğunlaşmıştır (%25.0). Sosyal güvencesizlerin oranının en düşük olduğu grup yine öğretim üyeleridir (%4.3).

Hekimlerin ailelerinin %99'unun ev, toprak, otomobil gibi bir mülke sahip olduklarını görüyoruz. Hekim aileleri de neredeyse hekimlerden daha fazla oranda ev sahibidir. Hekim ailelerinin arsa ve otomobil sahipliği oranı ise hekimler düzeyindedir. Hekim ailelerinin ev sahipliği oranı %94.9, arsa sahipliği oranı %42.5 ve otomobil sahipliği oranı da %48.9'dur.

Hekimlerin babaları önemli oranda beyaz yakalıdır (%37.2). Demek ki hekimler daha kaba bir nitelemeyle memur çocuklarıdır. Bu durumda hekimlerin kendi soy geçmiş süreçleri içinde, en azından beyaz yakalı ailelerden-babalardan, yüksek nitelikli ve küçük burjuva bir pozisyona doğru sınıf atladıklarını da saptamak gerekir. Beyaz yakalı babaları, kendi hesabına çalışan babalar izlemektedir (%16.5). Küçük toprak sahiplerini ve işsizleri de emekçi sınıfların üyeleri olarak düşünürsek, babaların %65.8 oranında bu sınıfın içinde oldukları görülür. Hekimlerin kendilerinin kentli bir grup olmalarının ötesinde, geçmiş olarak da kentli bir geçmişe sahip oldukları bu verilerden anlaşılmaktadır. Nitekim geçimini topraktan sağlayan babaların toplamdaki oranı yalnızca %7.3'tür.

Babaları daha fazla oranda mavi yakalı olan hekimler asistanlar ve pratisyenlerdir. Yüksek nitelikli babalar belirgin biçimde öğretim üyeleri grubunda yüksektir. Kendi hesabına çalışan babalar özel hekimlerde, büyük burjuva babalar da hastane uzmanlarında daha fazla orandadır. Belki de özel hekimlerin babalarının bu sınıfsal konumu, onların kendi işlerini kurmalarında da etkili olmuştur.

E.1.9. HEKİMLERİN MESLEKİ DOYUM DURUMU

Tablo 10: Antalya'da hekimlerin mesleki doyumla ilişkili özellikleri (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Yapılan iş mesleki doyum sağlıyor mu ?						
Çok	29.8	7.1	10.7	6.1	0	9.1
Oldukça	42.6	17.3	19.6	16.3	1.3	17.3
Kısmen	17.0	56.2	57.2	44.9	60.8	50.2
Az	2.1	4.1	1.8	6.1	5.0	4.0
Hayır	8.5	15.3	10.7	26.6	32.9	19.5
Toplam	47	98	56	49	79	329
Kendisine göre hekimliğin statüsü geçmişe göre nasıl değişti ?						
Arttı	0	0	0	0	0	0
Aynı	0	2.0	0	2.0	1.3	1.2
Azaldı	100.0	98.0	100.0	98.0	98.7	98.8
Toplam (n)	47	98	56	49	79	329
Şu anda seçmesi söz konusu olsa hekimliği yine seçer mi ?						
Evet	44.6	36.7	38.9	38.3	21.8	34.8
Belki	31.1	34.7	29.6	27.7	33.3	32.0
Hayır	24.4	28.6	31.5	34.0	44.9	33.2
Toplam (n)	45	98	54	47	78	322

Hekimlerin %19.5'i mesleki açıdan doyumsuzdur. Hekimlerin %50.2'si "kısmen" doyumlu olduklarını belirtmiştir. Mesleki doyum bakımından gruplar arasında önemli fark bulunmaktadır ve bu farklılık, aynı gruplar arasındaki gelir ve servetle ilişkili farklılıklardan da büyüktür. Dolayısıyla mesleki doyumdaki farklılığın gelir dışında kalan başka faktörlerin de (örneğin çalışma koşullarının) etkisiyle büyüdüğü söylenebilir.

Öğretim üyelerinin %72.4'ü mesleklerinden "çok" ya da "oldukça" düzeyinde doyum sağlamaktadır. Bu grupta mesleklerinden doyum elde edemeyenlerin oranı %8.5'dir. Buna karşılık mesleğinden doyum sağlayamayanların oranı pratisyenlerde %32.9, özel hekimlerde %26.6 oranındadır. Öğretim üyeleri dışında kalan gruplarda hekimlerin çoğunluğunun mesleklerinden kısmen doyum sağladıkları görülmektedir. Gelir ve servet göstergelerinde üst sıralarda yer alan özel hekimlerin mesleki doyuma konum yitirmeleri dikkat çekici bir veri olup, bir kez daha, doyumun maddi faktörler dışındaki faktörlerce etkilenebileceğini akla getirmektedir.

Antalya'da hekimlerin hemen tamamına göre (%98.8) hekimliğin toplumsal statüsü geçmişe göre azalmıştır. Herhalde bütün bunlara bağlı olarak hekimlerin %33.2'si, bugün söz konusu olsa, hekimlik mesleğini seçmeyeceğini belirtmiştir. Tahmin edileceği gibi hekimliği bugün seçmeyeceğini söyleyenlerin oranı pratisyenlerde en yüksek (%44.9), öğretim üyelerinde ise en düşüktür (%24.4). Öğretim üyeleri arasında bile hekimliği seçmeyeceklerini belirtenlerin oranının bu derece yüksek oluşu son derece düşündürücüdür ve profesyonel hayattaki, kamu yaşamındaki dejenerasyonun bir göstergesidir. Hekimlerin ancak üçte biri, yeniden söz konusu olsa, hekimlik mesleğini seçmeye tereddütsüz "evet" demektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirildiği belirtilen bir araştırmada parasal ihtiyacı olmaması durumunda uzmanların %11.6'sının, pratisyenlerin %13.1'inin çalışmayı bırakacaklarını, uzmanların ancak %34.0'ının, pratisyenlerin de %21.0'ının aynı işte çalışmaya devam edeceklerini belirttikleri bulunmuştur. Bu veriler de hekimler arasında mesleğe ve/veya çalışma koşullarına yönelik memnuniyetsizliğin boyutları konusunda bir fikir vermektedir (Medi Magazin 1999, Sayı 4).

E.I.10. HEKİMLERİN MESLEKİ DOYUMSUZLUK NEDENLERİ

Antalya'da hekimlerin en önemli mesleki doyumsuzluk nedeni hekimlikten elde edilen maddi kazancın düşüklüğü ve geçim sıkıntısıdır. Herhalde bu veriyi, hekimlerin, mezuniyet öncesi ve sonrasında sarf ettikleri emek karşılığında elde ettikleri kazancı yetersiz gördükleri biçiminde açıklamak uygun olur. Gelir dağılımı açısından artan toplumsal eşitsizlikler, yolsuzluk-rüşvet gibi kamuyu dolandıran mekanizmalarla bol gelir elde etme yollarının açıklığı, genel olarak emeğin değerindeki düşme (yani sö-

mürü derecesinin artması) mesleki değerlerde ciddi yıpranmayla sonuçlanmıştır. Mesleki doyumsuzluğun nedenleri için geçim sıkıntısını %19.1 ile çalışma ortamındaki sorunlar ve %17.2 ile monotonluk, iş yükü, gelişememe gibi yine çalışma ortamıyla ilişkili sorunlar izlemektedir. %7.1 oranıyla bundan hemen sonra gelen bilimsel çalışma yapamama sorunu ve %0.7'lik paya sahip olan akademik ortam seçeneğini de bu başlık içine soktuğumuzda mikro ölçekli işyeri ortamıyla ilgili sorunların doyumsuzluktaki payı %44.1 ile ilk sıraya yükselmektedir. Bunlara karşılık hekimler %12.4 oranıyla sağlık politikaları, siyasi baskılar, toplumun genel sosyoekonomik sorunları gibi daha makro ölçekli etkenleri doyumsuzluklarının nedeni olarak saptamışlardır. Benzer bir durumu az sonra, hekimlerin sağlık alanındaki sorunlara bakışlarında da göreceğiz.

Tablo 11: Antalya'da hekimlerin mesleki doyumsuzluk nedenleri

Mesleki doyumsuzluk nedeni	%
Maddi yetersizlik, geçim sıkıntısı	31.1
Çalışma ortamından kaynaklanan sorunlar	19.1
İş yükü, monotonluk, gelişememe	17.2
Bilimsel çalışma yapamama	7.1
Sağlık politikaları	5.2
Siyasi, idari baskılar	4.9
Halkın, hastaların hekime saygısızlığı	2.9
Pratisyen olmak	2.6
Toplumdaki sosyoekonomik sorunlar	2.3
Etik sorunlar	2.3
Hekimliğin statüsündeki azalma	1.9
Uzmanlık dahi	1.6
Hekimlerin kendisi	1.3
Akademik ortam	0.7
Toplam (Belirtilen neden sayısı olarak) (N)	309

1997 yılında Konya'da sağlık ocağı hekimlerinin %62.2'sinin işinden hoşnut olduğu bulunmuştur (Bodur S, Tanrıku Z 1998: 341). Bizim bulgularımıza göre işinden “çok”, “oldukça” ve “kısmen” düzeyinde memnun olanların oranı %76.6'dır. 2001 yılında İzmir'de yapılan bir araştırmada ise hekimlerin de içinde bulunduğu sağlık personeli için işe yönelik doyumda en fazla oranda belirleyici olan faktör iş arkadaşlarından hoşnutluk ve ekiple uyum iken, iş doyumsuzluğunun en önemli nedenleri olarak, bizim bulgularımıza benzer biçimde, kazancın düşüklüğü saptanmıştır (Gürpınar E, Kılıç B, Ergör B 2002: 463-465).

E.I.11. HEKİMLER HEKİMLİĞİN TOPLUMSAL STATÜSÜNÜN AZALMASINI NEYE BAĞLIYOR ?

Tablo 12: Antalya'da hekimlerin hekimliğin toplumsal statüsündeki azalmanın nedenleri konusundaki düşünceleri (%'ler sütunlara ilişkindir)

Hekimliğin toplumsal statüsünün azalma nedenleri	%
Hekimlikten elde edilen kazancın azalması	20.5
Hekim sayısının fazlalığı	19.5
Meslekteki etik sorunlar*	11.6
Hekim kalitesindeki azalma	9.4
Toplumun bakışındaki olumsuzlaşma ve hastaların davranışlarındaki saygısızlık	9.4
Tıp eğitiminin kalitesindeki düşme	8.7
Sağlık sistemindeki, politikalarındaki sorunlar	5.5
Devletin hekimliği aşağılayan politikaları	4.3
Türkiye'nin genel sosyoekonomik sorunları	3.6
Hekimlerin çalışma koşullarındaki sorunlar	2.4
Basının hekimler aleyhine olumsuz tutumu	1.7
Pratisyen hekimliğin önemsenmeyişi	1.2
Hekimlerin mesleki hataları (malpraktis)	1.0
Hasta sayısının fazlalığı	0.7
Tabip Odalarının, TTB'nin güçsüzlüğü	0.5
Toplam (Belirtilen neden sayısı olarak) (N)	405

*Hekim-hekim, hekim-hasta ilişkileri çerçevesinde

Antalya'da hekimlerin, hekimliğin toplumsal statüsünün azalmasının nedenleri açısından en fazla oranda önem verdikleri konu hekimlikten elde edilen kazancın azalmasıdır: %20.5. Bundan sonra sıralananlar ise makro ölçekli ve sağlık sistemi içinde ele alınabilecek sorunlar olarak öne çıkmaktadır. Örneğin hekim sayısının fazlalığı %19.5 gibi bir ağırlıkla ikinci, mesleki-etik sorunlar başlığı ise %11.6 ağırlığıyla üçüncü sıraya yerleşmiştir. Dördüncü sırada yine makro ölçek içinde değerlendirilebilecek bir sorun, hekim kalitesindeki azalma (%9.4) yer almaktadır ki belki de bu sorunu %8.7 oranıyla dile getirilen tıp eğitiminin kalitesindeki azalma ile birlikte değerlendirmek gerekir.

Hekimlerin hem mesleki doyumsuzluklarının, hem de hekimliğin toplumsal statüsünün azalmasının nedenleri arasında maddi sıkıntılarını birinci sıraya yerleştirmiş olmaları belki gerçekçi, ancak hem hekimliğin toplumsal sorumluluğu için bir gösterge olması açısından, hem de toplumun hekimliğe-hekime verdiği önemi olumsuz yönde etkileme potansiyeli taşıyan bir saptama olması nedeniyle son derece önemlidir. Hekimler, mesleki

doyumsuzluklarını yeterli gelir elde edemeleriyle açıklarken, toplumun mesleklerine bakışının gelire verdikleri birinci derecedeki önemden olumsuz etkilenmekte olduğunun bilincinde midirler bilinmez.

E.1.12. HEKİMLERİN SAĞLIK DURUMU

Tablo 13: Antalya'da hekimlerin sağlık durumu (%'ler sütunlara ilişkindir)
(Bu tablodaki veriler yaşa göre standardize edilmiştir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	I. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Algılanan sağlık						
Çok iyi	30.1	2.9	7.7	5.8	6.1	11.3
İyi	51.9	60.8	71.3	75.7	34.2	53.2
Orta	13.0	32.6	21.0	18.5	50.8	31.5
Kötü	5.0	2.9	0	0	4.8	3.7
Çok kötü	0	0.7	0	0	4.1	0.3
İyi, çok iyi	82.0	63.7	79.0	81.5	40.3	64.5
İyiden kötü	18.0	36.3	21.0	18.5	59.7	35.5
Toplam	46	96	48	46	77	313
Kronik hastalık						
Var	22.8	20.4	23.6	16.4	24.9	22.7
Toplam	43	95	48	46	73	305
Günde en az bir tane sigara içiyor mu ?						
Evet	43.1	54.6	40.3	15.0	42.5	39.8
Toplam	46	96	48	44	77	313

Antalya'da hekimler algılanan sağlıklarını %35.5 oranında iyiden kötü hissetmektedir. Antalya'da yapılan değişik araştırmalarda algılanan sağlığını iyiden kötü hissedenlerin oranı için %41.5 (Belek İ 2000) ile %31.8 (Erengin H 1996) oranları bulunmuştur. Bu veriler toplumun geneline göre refah koşulları daha iyi olan hekimlerin algılanan sağlığının neredeyse toplum kadar kötü olduğunu ortaya koymaktadır. Öte yandan %41.5 oranının saptandığı araştırmada, bu araştırmada saptanan %35.5 oranına en yakın oranların kendi hesabına çalışanlar ile burjuvalar sınıflarına ait olduğu da anlaşılmaktadır. Algılanan sağlık bakımından hekim grupları arasında önemli farklılıkların bulunduğu görülmektedir. En avantajlı durumdaki gruplar öğretim üyeleri, uzman hekimler ve özel hekimlerdir. Ancak algılanan sağlıklarını "çok iyi" derecede değerlendirenlerin oranı öğretim üyeleri içinde %30.1'dir ve bu bakımdan bu grup diğerlerinden belirgin biçimde ayrılmaktadır. Aynı oran öğretim üyeleriyle aralarında önemli bir gelir, servet farkı bulunmayan hastane uzmanlarında yalnızca %7.7 ve özel hekimlerde de %5.8 düzeyindedir. Asistanlar ise algılanan sağlıklarını %6.1 oranında "çok iyi" düzeyinde değerlendirmektedir. Aradaki bu farklılık

gelir ve gelirle ilişkili değişkenlerin ötesinde, çalışma koşulları, iş ortamında kendini gerçekleştirebilme, gelecekte umutlu olma gibi başka değişkenlerle ilişkili olsa gerektir. Pratisyen hekimlerin %50.8 ile “orta” seçeneğinde toplandıkları görülmektedir. Yine pratisyenlerin %59.7’si, asistanların da %36.3’ü sağlıklarını iyiden kötü olarak algılamaktadır. Bu sonuçlara göre algılanan sağlığın iyiden kötü olması bakımından, az önce sözü edilen Antalya araştırmasının sonuçlarına göre (Belek İ 2000), pratisyen hekimlerin durumu mavi yakalı işçilerin veya nitelsiz emekçilerin durumuna benzetilmektedir.

Hekimlerin %22.7’sinin herhangi bir kronik hastalığının bulunduğu anlaşılmaktadır. Ancak veriler yaşa göre standardize edildiğinde ilginç biçimde özel hekimlerin en az oranda kronik hastalığa sahip oldukları ortaya çıkmaktadır. Bu sonuç belki de kronik hastalık tanısı için gerekli tanı olanaklarının kullanımıyla ilişkilidir.

Antalya’da hekimlerin %39.8’i günde en az bir adet sigarayı düzenli olarak içmektedir. Hekimler arasındaki sigara içme alışkanlığını Elazığ için %19.9 (1988), Ankara için %43.9 (1996) (Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN 1997: 4 ve 16), Urfa’da (2002) hastane hekimleri arasında %41.1 (araştırma görevlilerinde %45, uzmanlarda %46.7 olmak üzere) (Kurçer MA, Şimşek Z, Güneş G ve diğ. 2002: 809-811) olarak veren araştırmalar vardır. Sigara alışkanlığının en yüksek olduğu grup asistanlar (%54.6) ve öğretim üyeleri (%43.1) ile pratisyenlerdir (%42.5). Özel hekimlerin alışkanlığı ise yalnızca %15.0’dır.

E.I.13. HEKİMLERE GÖRE TÜRKİYE SAĞLIK ORTAMININ SORUNLARI

Antalya’da hekimler sağlık alanındaki en önemli beş sorunu şöyle sıralamışlardır: Sağlık politikalarının yetersizliği %56.1 oranında, sağlık hizmetlerine ayrılan kamu fonlarının ve bütçenin yetersizliği %45.8 oranında, mezuniyet öncesi ve sonrası hekim eğitiminin yetersizliği %44.9 oranında, sağlık personelinin ücretlerinin yetersizliği %44.6 oranında ve yönetim sorunları ve partizan tutumlar da %40.1 oranında ilk beş sorun içerisine girmiştir.

Esasen, sağlık alanındaki bütün sorunların ülkenin siyasal ve ekonomik ortamındaki sorunlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Eğer bir ülkede genel siyasal ve ekonomik tercihler sağlığı, eğitimi, insani gelişmeyi, eşitliği ve toplumsal kalkınmayı hedeflemiyorsa ya da sağlık, eğitim, insani gelişme, eşitlik ve toplumsal kalkınma hedefleri kendilerini geliştirmeyecek siyasal ve ekonomik politikalarla ilişkilendiriliyorsa o ülkede söz konusu hedeflere ulaşamayacağı açıktır. Türkiye’nin temel sorunu da budur. Durum böyle iken, Antalya’da hekimlerin ancak %27.2’sinin ülkenin siyasal

ve ekonomik ortamındaki bozulmayı (üstelik tam da siyasal ve ekonomik kaosun, krizin tepeye vurduğu bir dönemde) sağlık alanındaki en önemli beş sorun arasında değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. Bu bize hekimlerin sağlık alanındaki sorunlara genel değil, o alanın içinden bakabildiklerini düşündürmelidir.

Tablo 14: Antalya’da hekimlerin Türkiye’nin sağlık alanındaki en önemli ilk beş sorunu konusundaki düşünceleri (%’ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK’da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK’da Pratisyen	Toplam
Sağlık politikalarının yetersizliği						
Tercih oranı	77.3	45.3	64.2	61.9	48.7	56.1
Sağlık hizmetleri için ayrılan kamu fonlarının, bütçenin yetersizliği						
Tercih oranı	50.0	45.3	43.4	31.0	53.8	45.8
Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin yetersizliği						
Tercih oranı	40.9	49.5	41.5	47.6	42.3	44.9
Sağlık personelinin ücretlerinin yetersizliği						
Tercih oranı	40.9	48.4	49.1	33.3	44.9	44.6
Yönetim sorunları, partizan tutumlar						
Tercih oranı	50.0	31.6	49.1	42.9	37.2	40.1
Pratisyen hekimliğin önemsenmeyişi						
Tercih oranı	20.5	49.5	22.6	28.6	50.0	38.1
Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının örgütlenmesindeki yetersizlik						
Tercih oranı	18.2	36.8	32.1	35.7	43.6	34.9
Koruyucu hekimliğe önem verilmeyişi						
Tercih oranı	36.4	33.7	41.5	28.6	33.3	34.6
Hekim sayısının fazlalığı						
Tercih oranı	31.8	28.4	32.1	61.9	21.8	32.4
Hekimlerdeki bilgi, beceri yetersizliği						
Tercih oranı	34.1	36.8	18.9	35.7	15.4	27.9
Ülkenin siyasal, ekonomik ortamındaki bozulma						
Tercih oranı	36.4	17.9	28.3	33.3	29.5	27.2
Sevk zincirinin işletilmeyişi						
Tercih oranı	20.5	28.4	28.3	14.3	29.5	25.6
Birinci basamak sağlık kurumlarındaki sorunlar						
Tercih oranı	18.2	27.4	24.5	14.3	28.2	24.0
Hastanelerdeki sorunlar						
Tercih oranı	6.8	7.4	7.5	14.3	11.5	9.3
Diğer sağlık çalışanlarının bilgi ve beceri yetersizliği						
Tercih oranı	4.5	6.3	11.3	7.1	1.3	5.8
Teknolojik gerilik						
Tercih oranı	6.8	6.3	1.9	4.8	6.4	5.4
TOPLAM (n)	44	95	53	42	78	312

Öte yandan, hekimlerin sağlık alanının içindeki bakışlarının da oldukça eksikli olduğu saptanmalıdır. Şöyle ki, sağlık alanının en makro ölçekli sorunu olarak düşünülmesi gereken sağlık politikalarındaki yetersizlik sorununun ilk sırada %56.1 oranında ilk beş sorun içine girebilmiş olması bu kanımızı güçlendirmektedir. Bütün bu nedenlerle hekimlerin temel sorunu saptama konusundaki değerlendirmelerinin sorunun özünden epey uzakta ve oldukça dağınık bir yayılım gösterdiği söylenebilir. Hekim değerlendirmelerinin doğruluğu açısından daha olumlu bir tablo, ülkenin siyasal, ekonomik ortamındaki bozulma, sağlık politikalarının yetersizliği, bütçenin yetersizliği, yönetim sorunları gibi siyasal iradedeki eksiklikleri belirgin biçimde merkeze koyan bir dağılım olabilirdi.

Bu tabloda, verilerin işaret ettiği başka gerçekler de göze çarpmaktadır. O da hekim grupları arasında sorunlara ilişkin oldukça farklı değerlendirmelerdir. Örneğin sağlık politikalarındaki yetersizlik görece daha genç gruplar olan asistanlar ve pratisyenler tarafından diğer gruplara göre belirgin biçimde daha az oranda ilk beş sorun arasına sokulmuştur. Kamu fonlarının ve bütçenin yetersizliği, sağlık personelinin ücretlerinin yetersizliği sorunları ve birinci basamaktaki sorunlar karşısında özel hekimler diğerlerine göre daha duyarsız davranmışlardır. Yönetim ve partizan tutumlar asistanlar tarafından en az oranda sorun olarak algılanmaktadır. Pratisyen hekimliğin önemsenmeyişi (sağlık politikalarını sorun olarak algılamayan) asistanların ve pratisyenlerin canı en fazla oranda sıkılmaktadır. Sağlık çalışanlarının örgütlenmesi konusunda belirgin biçimde duyarsız grup öğretim üyeleri iken, karşı tarafta örgütlenmeye en fazla gereksinimi olan pratisyenler yer almaktadır. Hekim sayısının fazlalığı en çok özel hekimlerin canını sıkılmaktadır. Hastane uzmanları ile pratisyenler, ilginç bir biçimde, hekimlerdeki bilgi ve beceri yetersizliğini en az oranda sorun olarak değerlendirmektedir.

Bütün bunlar hekimlerin sorunları kendi yaşantı ve deneyimleri, kendi özel konumları üzerinden kavradıklarını göstermektedir. Örneğin kamu dışındaki özel hekimler kamu kaynaklarının yetmezliğine, kamu personelinin ücret yetersizliğine ve birinci basamağa da uzak bir psikoloji sergilerken, özel sağlık piyasasını önemli derecede etkileyen hekim sayısındaki artış gerçeğinde diğer gruplardan belirgin biçimde ayrılmışlardır. Asistanlar belki de kamuda çalışma deneyimini pek yaşamadıklarından Türkiye'nin partizan yönetimi gerçeğini yeterince algılayamamış durumdadırlar. Buna karşılık öğretim üyeleri, hastane uzmanları ve özel hekimler, asistanların ve pratisyenlerin yaşamlarının çok yeni bir geçmişinde ve/veya sürekli yaşadıkları birinci basamak gerçeğini görememektedir. Öğretim üyeleri ise yüksek gelirlerinin, gelecek garantilerinin, sorunlarını görece küçük ve özerk bir ortamda kendi kendilerine çözebilmelerinin sağladığı avantaja bağlı olarak örgütlenmeyi önemsememektedir. Hastane uzmanları ve pratisyen-

ler daha çok kendileriyle ilgili olarak, basının da etkisiyle yaygınlaşmış olan, “yetersiz hekim” imajına inat, bilgi ve beceri yetersizliği sorununu görmemek eğilimindedirler. Bütün bu farklılıklar belki de hekimlerin sağlık alanındaki sorunları dar bir perspektifle değerlendirmeleriyle de ilişkilidir. Perspektifteki genel darlık, farklı çalışma ortamlarının getirdiği darlıkla eklemlenmiş gözükmetedir.

1993 yılında Ankara'daki hekimleri temsil eden bir örnekte yapılan araştırmada da hekimlerin sağlık alanındaki sorunları önem sırasına dizmeleri istenmişti. Elde edilen bulgulara göre hekimlerin %67.6'sı çok sayıda tıp fakültesi açılmasını (bizim araştırmamızda hekim sayısının fazlalığı olarak ifade edilen soruna karşılık gelebilir), %38.9'u sağlık personelinin hizmet içi eğitim sorununu, %58.4'ü pratisyen hekimliğin önemsenmeyişi-ni, %53.7'si hekim örgütlenmesindeki aksaklıkları, %51.9'u sevk zincirinin işletilmeyişini, %62.2'si koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmemesini, %84.7'si ulusal sağlık politikası olmayışını, %86.1'i Sağlık Bakanlığı bütçesinin yetersizliğini, %44.6'sı sağlık personelinin ücretlerinin düşüklüğünü “çok önemli” derecedeki sorunlar olarak saptamışlardı (Bakır B, Kasapoğlu A, Erdem L 1993: 7-10).

E.1.14. HEKİMLERE GÖRE SAĞLIK POLİTİKALARININ OLUŞTURULMASINDA ETKİN OLMASI GEREKEN KURUMLAR

Tablo 15: Antalya'da hekimlerin, sağlık politikalarının oluşturulmasında etkin olması gerektiğini düşündükleri ilk üç kurum (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Sağlık Bakanlığı						
1. sırada	18.2	38.3	28.6	32.6	36.3	32.5
2. sırada	11.4	12.8	12.5	13.0	16.3	13.4
3. sırada	40.9	17.0	21.4	30.4	23.8	24.7
İlk üç toplamı	71.5	60.1	62.5	76.1	76.2	70.6
Hekimler						
1. sırada	11.4	30.9	28.6	34.8	35.0	29.4
2. sırada	22.7	11.7	14.3	23.9	16.3	16.6
3. sırada	13.6	25.5	8.9	10.9	20.0	17.5
İlk üç toplamı	47.3	60.1	51.8	69.6	71.2	63.4
Tabip Odaları						
1. sırada	31.8	13.8	26.8	21.7	13.8	19.7
2. sırada	25.0	31.9	35.7	34.8	45.0	35.3
3. sırada	18.2	21.3	19.6	28.3	23.8	22.2
İlk üç toplamı	75.0	67.0	82.1	84.8	82.5	77.2

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Üniversiteler						
1. sırada	34.1	13.8	16.1	6.5	11.3	15.3
2. sırada	27.3	20.2	14.3	13.0	7.5	15.9
3. sırada	15.9	17.0	12.5	10.9	10.0	13.4
İlk üç toplamı	77.3	51.9	42.9	30.4	28.7	44.7
Sağlık sendikaları						
1. sırada	0	2.1	0	0	6.3	2.2
2. sırada	11.4	16.0	7.1	13.0	13.8	12.8
3. sırada	6.8	8.5	19.6	4.3	11.3	10.3
İlk üç toplamı	18.2	26.6	26.8	17.4	31.2	25.3
Vakıf, dernek gibi sivil toplum kuruluşları						
1. sırada	4.5	1.1	0	0	0	0.9
2. sırada	2.3	1.1	3.6	2.2	0	1.6
3. sırada	2.3	2.1	1.8	2.2	5.0	2.8
İlk üç toplamı	9.1	4.3	5.4	4.4	5.0	5.3
Özel sağlık sektörü						
1. sırada	0	0	0	2.2	0	0.3
2. sırada	0	0	1.8	0	0	0.3
3. sırada	2.3	1.1	1.8	13.0	0	2.8
İlk üç toplamı	2.3	1.1	3.6	15.2	0	3.4
Özel sektör temsilcileri						
1. sırada	0	0	0	2.2	0	0.3
2. sırada	0	0	0	0	0	0
3. sırada	0	1.1	5.4	0	0	1.3
İlk üç toplamı	0	1.1	5.4	2.2	0	1.6
Sendikalar						
1. sırada	0	0	0	0	0	0
2. sırada	0	2.1	1.8	0	0	0.9
3. sırada	0	0	1.8	0	5.0	1.6
İlk üç toplamı	0	2.1	3.6	0	5.0	2.5
TOPLAM (n)	44	94	56	46	80	320

Antalya'da hekimler, sağlık politikalarının oluşturulmasında etkin olması gerekli kurumlar arasında birincilik sırasını en fazla oranda (%32.5) Sağlık Bakanlığına vermekte, birincilik açısından ikincilik ve üçüncülüğü Hekimler (%29.4) ve Tabip Odaları (%19.7) seçenekleri almaktadır. İkinci sırada en etkin olması gerektiği düşünülen ilk üç kurum ise açık arayla Tabip Odaları (%35.3), hekimler (%16.6) ve üniversitelerdir (%15.9). Buna karşılık sağlık politikalarının oluşturulmasında etkin olması gerektiği düşünülen ilk üç kurum içine en fazla oranda Tabip Odaları (%77.2) girmekte, onu sırasıyla Sağlık Bakanlığı (%70.6) ve hekimler (%63.5) izlemektedir. Bu durumda Antalya'daki hekimlerin, sağlık politikalarının oluşturulmasında, Sağlık Bakanlığının başta Tabip Odaları olmak üzere hekimlerle birlikte çalışması gerektiğini önerdikleri söylenebilir.

Hekimlerin, Tabip Odalarından ayrı bir yapı olarak ele alınmış olması ilginçtir. Bu veri Antalya'da hekimlerin, önemli denilebilecek bir oranda, Hekimler ile Tabip Odalarını ayrı yapılar olarak değerlendirdiklerini ve/veya Tabip Odalarının hekimleri temsil etmediğini düşündüklerini gösteriyor olabilir.

Öte yandan hekimlerin, sağlık politikalarının belirlenmesi sürecinde tamamen hekimci bir eğilim sergiledikleri de görülmektedir. Sağlık politikaları yalnızca hekimleri değil, diğer sağlık çalışanlarını ve toplumun genelini etkileyip, ilgilendirdiğine göre, politikaların oluşturulması, planlanması, uygulanması ve denetlenmesi süreçlerinin tümünde sağlık çalışanlarının ve toplumun katılımcı olması gereği açıktır. Esasen sağlık hizmetlerine toplumun katılımı konusundaki bilimsel tartışmalar da bu nokta üzerinde değil, bu saptamanın sonrasında, katılımın hangi mekanizmalarla sağlanacağı ve süreklileştirileceği noktalarında sürmektedir. O halde, hekimlerin sağlık hizmetlerinin sunumu konusundaki bu çağdaş yaklaşımdan uzakta durdukları anlaşılmaktadır. Nitekim, sağlık çalışanlarının örgütlü sesi olarak ortada duran sendikalara ancak %25.3 ve toplumun (en azından çalışan-emekçi kesimlerin) örgütlü sesi olan sendikaların da %2.5 oranında politika oluşturma sürecinin en etkin üç aktörü arasına girebilmiş olması bunun kanıtıdır.

Politika oluşturmaya katılacak kurumların seçiminde hekim grupları arasında da dikkati çeken farklılıklar vardır. Örneğin öğretim üyeleri Üniversite ve Tabip Odalarının üzerinde yoğunlaşmakta ve Sağlık Bakanlığına çok düşük bir oranda birinci ve ikinci sırada yer vermektedir. Özel sağlık sektörünü en fazla oranda öne çıkaranlar, beklendiği gibi, özel hekimlerdir. Sağlık sendikalarına, politika oluşturma sürecinde en yakın duranlar pratisyen hekimlerdir. İlginç bir biçimde pratisyenler, aynı zamanda, üniversitelere en uzak gruptur. Oysa bu grubun sürekli eğitimiyle ilgilenen iki kurdandan birisi, Tabip Odalarının örgütlü desteğiyle birlikte tıp fakülteleridir.

E.I.15. HEKİMLERİN TOPLUMSAL, SİYASAL ÖZELLİKLERİ

Antalya'da hekimlerin %42'sinin herhangi bir dergi izlemedikleri anlaşılmaktadır. İşin ilginç bu oran akademik bir ortamda eğitim almakta olan asistanlar için %60'a yükselmektedir. Mesleki bir dergi izleyen asistanların oranı yalnızca %21.1 ve pratisyenlerin oranı da %28.2'dir. Pratisyenlerin (Tablo 14'te sergilendiği gibi), hekimlerin bilgi ve beceri eksikliğini bir sorun olarak görmemeleri bir de bu nedenle ilginçtir. Buna karşılık öğretim üyelerinin %17.1'nin mesleki bir dergiyi düzenli olarak izlemiyor olmaları da dikkat çekicidir. Her tür dergi okurluğu oranı öğretim üyeleri arasında en yüksektir. Bu da, entelektüel faaliyet açısından, içinde çalışılan ortamın bireyleri araştırmaya, okumaya, yazmaya zorlayan karakterinin,

tek tek bireylerin çabalarından daha fazla oranda belirleyici bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 16: Antalya'da hekimlerin toplumsal, siyasi konumlarına ilişkin veriler (%'ler sütunlara ilişkindir

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Düzenli olarak izlenen dergi						
Yok	8.5	60.0	35.7	29.2	52.6	42.0
Mesleki	82.9	21.1	50.1	60.5	28.2	44.7
Sanat	17.0	9.5	7.2	8.4	11.9	10.8
Siyasi	12.7	3.3	5.4	12.5	7.7	7.6
Diğer	6.3	8.4	8.9	8.4	12.8	9.2
Toplam	47	95	56	48	78	324
Kendisini siyasi yelpazenin neresinde tanımlıyor ?						
Liberal	13.6	22.8	12.2	35.7	10.9	18.7
Milliyetçi	2.3	7.6	6.1	7.1	7.8	6.5
Maneviyatçı	0	1.3	0	2.4	3.1	1.4
Sosyalist	11.4	8.9	6.1	7.1	12.5	9.4
Sosyal demokrat	63.2	49.4	67.3	42.9	53.1	55.4
Diğer	4.5	10.0	8.3	4.8	12.6	8.6
Toplam (n)	44	79	49	42	64	278
Üye olduğu toplumsal örgütler						
Üye değil	0	60.8	1.8	0	9.9	20.7
Siyasi Parti	0	0	5.4	14.6	3.7	4.0
Vakıf	12.8	0	5.4	12.5	6.2	6.1
Dernek	61.7	10.3	28.6	29.2	21.0	26.1
Tabip Odası	72.3	20.6	98.2	97.9	76.5	66.2
Spor Kulübü	17.8	4.3	12.2	16.7	10.0	10.7
Sendika	22.2	7.4	26.8	0	20.0	14.1
Mesleki Dernek	53.3	8.5	22.0	31.3	5.7	20.1
Kooperatif	12.8	2.1	16.1	27.1	9.9	11.6
Toplam (n)	47	97	56	48	81	329

Antalya'da hekimlerin %55.4'ü kendisini sosyal demokrat olarak sınıflandırmaktadır. Sayısal bakımdan ikinci sırada liberaller (%18.7), üçüncü sırada sosyalistler (%9.4), dördüncü sırada milliyetçiler (%6.5) ve beşinci sırada da maneviyatçılar (%1.4) gelmektedir. Bütün bunlar bize, hekimlerin genel olarak sol değerleri benimsemiş bireyler olduklarını düşündürmektedir. Her ne kadar Sol'un ekonomik programı son yıllarda epeyce belirsizleşmiş ve Sol'un kamucu-devletçi-merkezi planlamacı geleneksel ekonomik yaklaşımı sosyalistlerle sınırlanmış olsa da, sosyal ve siyasi değerler açısından Sol'un halen belli bir netliği ifade ettiği belirtilebilir. Düşünce ve örgütlenme özgürlüğü, temel insan haklarına saygı gibi kavramlar halen Sol'un önemli değerleri arasındadır. Eğer böyleyse ve hekimler kendilerini bu anlamda Sol'da tanımlıyorlarsa, bu sonucun, hekimlerin ve

genel olarak emekçilerin sosyal, siyasal ve ekonomik haklarının savunulması, örgütlenme, toplumun parasız sağlık hakkının savunulması, insani yatırım alanlarına öncelik, yolsuzluklarla mücadele gibi başlıklarda Tabip Odalarına önemli ve somut nitelikli avantajlar sunmakta olduğu kabul edilmelidir. Bir başka ifade ile Tabip Odaları Sol değerleri savunan bir örgütsel çizgide, arkalarında geniş hekim kitlesinin desteğini bulacaklardır. Buradaki sorun, şüphesiz, Sosyal Demokratlık anlamındaki sol değerlerin nasıl bir bütünlük oluşturduğudur. Bu konuda hekimlerin çeşitli yargılara katılma dereceleri daha net fikir verici olacaktır.

Liberaler, asistanlar ve özel hekimler arasında çoğunluktadır. Öğretim üyeleri içinde milliyetçiler yok denecek kadar azdır. Maneviyatçılar öğretim üyeleri ve hastane uzmanlarında hiç yoktur. Sosyalistler öğretim üyeleri ve pratisyenlerde daha ağırlıktadır. Öğretim üyeleri ve hastane uzmanları özellikle sosyal demokrattır.

Antalya'da hekimler yaklaşık %80 oranında herhangi bir toplumsal örgüt çatısı altında örgütlenmişlerdir. Tabip Odası örgütlenme kanalı olarak başta yer almaktadır (%66.2). İkinci sırada dernekler gelmektedir (%26.1). Mesleki dernekler %20.1 oranıyla üçüncü sıradadır. Derneklerin bu şekilde sıralanışının nedeni, herhalde, uzmanlık derneklerine ve Akdeniz Üniversitesi Öğretim Üyeleri Derneği'ne üyeliklerin hiç olmazsa öğretim üyeleri arasında oldukça yaygın olmasıdır. Dikkati çeken bir diğer nokta sendika üyelik oranının %14.1 olarak görünmesidir. Bunda da, toplu pazarlık dönemi öncesinde (araştırmanın yapıldığı döneme rastlayan) sendika üyelik kampanyasının etkisi olsa gerektir.

En fazla oranda örgütsüz olan grup asistanlardır. Bu grup içinde Tabip Odası üyelik oranı da son derece düşüktür. Zaten asistanların içinde Tabip Odası üyesi olanların bir kısmı belki de başka bir Tabip Odasına üye durumda olup, aidat ödemeyen eski üyelerdir. Bu gerçek, aynı zamanda Antalya Tabip Odasının bir görevine de işaret etmektedir: Asistanların örgütlenmesi. Sendika üyeliğinin öğretim üyeleri, hastane uzmanları ve pratisyenler arasında dörtte biri yakalamış olması son derece sevindiricidir. Özel hekimler dışarıda tutulduğunda sendika üyelik oranı %17.1'e çıkmaktadır.

E.I.16. HEKİMLERE GÖRE TÜRKİYE'NİN EN ÖNEMLİ İLK BEŞ SORUNU

Antalya'daki hekimlere göre Türkiye'nin en önemli sorunları eğitim (%72.0), yolsuzluklar ve rüşvet (%69.3), sağlık (%52.5), hayat pahalılığı (%45.3) ve ekonomik politikalarıdır (%41.0). Bu sıralamayı insan hakları (%37.6), nüfus artışı (%28.9), siyasi partiler (%27.3) gibi başlıklar izlemektedir.

Tablo 17: Antalya'da hekimlerin Türkiye'nin en önemli ilk beş sorunu konusundaki düşünceleri (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Eğitim						
Tercih oranı	80.4	71.9	72.2	66.0	70.9	72.0
Yolsuzluklar, rüşvet						
Tercih oranı	58.7	67.7	70.4	80.9	69.6	69.3
Sağlık						
Tercih oranı	47.8	57.3	48.1	38.3	60.8	52.5
Hayat pahalılığı						
Tercih oranı	37.0	54.2	40.7	34.0	49.4	45.3
Ekonomik politikalar						
Tercih oranı	52.0	39.6	37.0	38.3	40.5	41.0
İnsan hakları						
Tercih oranı	39.1	47.9	29.6	25.5	36.7	37.6
Nüfus artışı						
Tercih oranı	28.3	22.9	38.9	44.7	20.3	28.9
Siyasi partiler						
Tercih oranı	28.3	25.0	27.8	36.2	24.1	27.3
Sosyal güvenlik						
Tercih oranı	21.5	25.0	27.8	23.4	21.5	23.9
Düşünce üzerindeki baskılar						
Tercih oranı	26.1	26.0	16.7	14.9	27.8	23.3
İrtica						
Tercih oranı	23.9	18.8	42.6	34.0	6.3	22.7
Hükümetin kendisi						
Tercih oranı	8.7	11.5	7.4	14.9	20.3	13.0
Çevre yıkımı						
Tercih oranı	10.9	8.3	5.6	6.4	11.4	8.7
Güney Doğu sorunu						
Tercih oranı	6.5	7.3	7.4	10.6	10.1	8.4
KİT'ler						
Tercih oranı	10.9	2.1	11.1	14.9	7.6	8.1
Ordunun siyasete müdahalesi						
Tercih oranı	4.3	6.3	1.9	2.1	10.1	5.6
Dini inançlar üzerindeki baskılar						
Tercih oranı	2.2	5.2	1.9	4.3	3.0	3.7
TOPLAM (n)	46	96	54	47	79	322

Burada da hekimlerin sorunları önem sırasına göre sıralamak konusunda dar bir bakış açısına sahip oldukları söylenebilir. Örneğin eğitim Türkiye için önemli bir sorun olmakla birlikte, eğitimi bir sorun haline getiren, eğitim fırsatından yararlanmayı engelleyerek cehaletin yaygınlaşmasına neden olan şey eğitime yatırım yapılmamasıdır ve bunu da doğru- dan doğruya eğitimi toplumsal öncelikler sıralamasında arkalara bırakan ekonomik politikalar belirlemektedir. Oysa ekonomik politikalar, hekimler

tarafından, ancak %41 oranında ve son sıradan ilk beş arasına sokulmuştur.

Yolsuzluklar ve rüşvetin bir sorun olarak algılanması olağan karşılanmalıdır. Çünkü, bu araştırma bu konunun gerçekten de tam bir sorun olarak Türkiye'nin gündemine oturduğu bir zaman diliminde gerçekleştirilmişti. Ancak burada da yolsuzluk ve rüşvet sorunuyla Türkiye'nin özellikle son 15-20 yıldır içine düşürüldüğü dışa bağımlılaştırılma, kamunun çökerilmesi, borçlandırılma biçimindeki ekonomik politikaların önemi görmezden gelinmekte-görülememektedir. Yine araştırmanın yapıldığı dönemde Türkiye çok önemli bir ekonomik krizin tam ortasındaydı, Türk Lirası önemli derecede devalüe olmuş, on binlerce çalışan işten atılmıştı. Kısacası hayat pahalılığı toplumun geniş kesimleri tarafından sık olarak dile getirilen bir sorundu. Hekimlerin böyle bir sorunu %45.3'lük bir tercihle ilk beşe sokmaları da, herhalde, sosyoekonomik bakımdan toplumun geniş kesimlerinden farklılaşmalarıyla ilişkili olsa gerektir. Yine aynı dönemde, ekonomik kriz kamuoyunda doğrudan doğruya hükümete bağlı bir sorun olarak algılanmaktaydı. Buna karşılık hekimler hükümeti ancak %13 oranında ilk beş önemli sorun arasına almışlardır. Bir başka deyişle hekimler toplumsal sorunlar ve krizler için geçici aktörlerin ötesinde daha kalıcı unsurları açıklayıcı faktör olarak ele almak eğilimindedirler. Eğitimin ilk sorun olarak öne çıkması da herhalde bunun göstergesidir. Nitekim, hekimlerin kendi alanları olan sağlığı üçüncü sırada bir sorun olarak değerlendirmiş olmaları da daha yapısal nedenlerin arayışı içinde olduklarının bir diğer göstergesi olarak nitelenebilir. Öte yandan, bir zamanların önemli sorunları olan Güney Doğu sorunu, KİT'ler gibi başlıklar artık, en azından Antalya'daki hekimler için bir sorun olmaktan çıkmıştır. İrtica başlığı da hekimler için önemli bir sorun oluşturmamakta, din üzerinde baskı bulunduğu düşünülmemekte ve ordunun dini geriletmeye yönelik doğrudan müdahalesine rağmen bu durum bir sorun olarak algılanmamaktadır. Hatta belki de, bütün bunlar birbiriyle ilişkili görüşlerdir ve ordunun dinci gericiliğin alanını sınırlamak için yaptığı 28 Şubat müdahalesi de Ordunun siyasete müdahalesi çerçevesine giren bir sorun olarak değerlendirilmemektedir. Bu da hekimlerin dini inançlar ile irticai faaliyetleri kesin sınırlarla birbirinden ayırdıklarını gösterebilir. Aynı şekilde, hekimler düşünce üzerindeki baskıların da belirgin bir sorun oluşturmadığı kanısındadırlar.

İnsan hakları konusu daha genç kuşağı temsil eden asistanlar tarafından daha fazla oranda sorun olarak görülmektedir. Eğitim konusu aynı zamanda birer eğitimci olan öğretim üyeleri tarafından en fazla oranda sorun olarak belirlenmiştir. Nüfus artışını sorun olarak görmeye özel hekimlerin ayrıştığı saptanmaktadır. Hayat pahalılığı, bu sorundan kendileri de diğerlerine göre daha fazla oranda etkilenen asistanlar ve pratisyenlerin öne çıkardıkları bir sorundur. Yolsuzluk ve rüşvette de ayrışan grup özel

hekimlerdir. Belki özel sağlık piyasasının içinde çalışıyor olmak kendilerini bu sorun karşısında daha duyarlı kılmaktadır. Hükümetin kendisini sorun olarak algılayanlar pratisyenler, irticayı sorun olarak algılayanlar belirgin biçimde hastane uzmanları ile özel hekimlerdir. Pratisyenler ise irticayı neredeyse hiç sorun olarak görmemektedir.

E.I.17. HEKİMLERİN ÇEŞİTLİ KONULARDAKİ DEĞERLERİ

Tablo 18: Antalya'da hekimlerin kendilerine belirtilen çeşitli yargılara katılma durumları (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Hastaneler özelleştirilmelidir						
Katılıyorum	11.1	10.5	23.2	37.5	12.3	17.2
Kısmen	48.9	30.5	37.5	35.4	38.3	36.9
Katılmıyorum	40.0	54.8	39.3	25.0	46.9	43.7
Fikrim yok	0	4.2	0	2.1	2.5	2.2
Toplam (n)	45	95	56	48	81	325
Sağlık alanındaki sorunlar, Türkiye'nin sosyoekonomik ortamı tarafından belirlenmektedir						
Katılıyorum	76.1	66.3	58.9	78.7	72.5	69.8
Kısmen	17.4	30.5	32.2	21.3	26.3	26.5
Katılmıyorum	6.5	3.2	8.9	0	0	3.4
Fikrim yok	0	0	0	0	1.2	0.3
Toplam (n)	46	95	56	47	80	324
Hekimlerin mesleki, ekonomik sorunları, Türkiye'nin sosyoekonomik ortamı tarafından belirlenmektedir						
Katılıyorum	71.1	68.4	55.4	66.0	66.3	65.6
Kısmen	22.2	25.3	30.4	29.8	26.3	26.6
Katılmıyorum	6.7	5.3	14.2	4.2	6.3	7.1
Fikrim yok	0	1.0	0	0	1.1	0.7
Toplam (n)	45	95	56	47	80	323
Hekimler mesleki çalışmalar dışında, sosyal ve siyasal çalışmalar içinde de olmalıdırlar						
Katılıyorum	57.8	60.0	55.4	62.5	60.5	59.4
Kısmen	40.0	28.4	35.7	25.0	29.6	31.1
Katılmıyorum	2.2	9.5	8.9	10.4	8.6	8.3
Fikrim yok	0	2.1	0	2.1	1.3	1.2
Toplam (n)	45	95	56	48	81	325
Hekimler, kendi çıkarlarından önce, halkın sağlık sorunlarını düşünmelidir						
Katılıyorum	37.8	30.9	25.0	27.1	40.0	32.5
Kısmen	44.4	55.3	53.6	60.4	36.3	49.5
Katılmıyorum	15.6	12.8	21.4	12.5	23.7	17.3
Fikrim yok	2.2	1.0	0	0	0	0.7
Toplam (n)	45	94	55	48	80	323
Hekimlerin mesleki, ekonomik çıkarları ile hükümetlerin çıkarları çelişir						
Katılıyorum	46.7	56.8	43.6	53.2	60.8	53.6
Kısmen	42.2	28.4	36.4	27.7	19.0	29.3
Katılmıyorum	11.1	10.5	16.4	19.1	15.2	14.0
Fikrim yok	0	4.2	3.6	0	5.0	3.1
Toplam (n)	45	95	55	47	79	321

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Hekimlerin verimli çalışabilmeleri için katılımcı yönetim yapısı gerekir						
Katılıyorum	86.7	80.2	81.8	81.3	82.1	82.0
Kısmen	13.3	13.5	12.7	14.6	16.7	14.3
Katılmıyorum	0	4.2	1.8	0	1.2	1.9
Fikrim yok	0	2.1	3.7	4.1	0	1.8
Toplam (n)	45	96	55	48	78	322
Olanakları yetersiz tıp fakülteleri kapatılmalıdır						
Katılıyorum	80.0	75.0	94.6	93.8	82.7	83.7
Kısmen	15.6	11.5	3.6	4.2	11.1	9.5
Katılmıyorum	4.4	12.5	1.8	2.0	6.2	6.4
Fikrim yok	0	1.0	0	0	0	0.4
Toplam (n)	45	96	56	48	81	326
Hekimler düzenli aralıklarla board sınavlarına alınmalı ve bunun sonucu özlük haklarına yansımalıdır						
Katılıyorum	73.4	56.8	69.6	60.4	41.3	58.0
Kısmen	24.4	27.4	16.1	27.1	32.5	26.2
Katılmıyorum	2.2	13.7	14.3	10.4	22.5	13.9
Fikrim yok	0	2.1	0	2.1	3.7	1.9
Toplam (n)	45	95	56	48	80	324
Yeterli ücret verilir ve çalışma koşulları iyi olursa, hekimler özel sektörde çalışmayı düşünmez						
Katılıyorum	55.6	70.5	91.1	68.8	71.6	72.0
Kısmen	28.9	23.2	7.1	20.8	23.5	20.9
Katılmıyorum	15.5	6.3	1.8	10.4	4.9	7.1
Fikrim yok	0	0	0	0	0	0
Toplam (n)	45	95	56	48	81	325
Etik sorunların sorumlusu önemli oranda hekimlerdir						
Katılıyorum	24.4	19.4	25.0	31.9	35.0	26.8
Kısmen	51.1	44.1	39.3	38.3	48.8	44.5
Katılmıyorum	22.2	35.5	35.7	27.7	16.2	27.8
Fikrim yok	2.3	1.0	0	2.1	0	0.9
Toplam (n)	45	93	56	47	80	321
Hekimler ilaç firmalarından promosyon almamalıdır						
Katılıyorum	48.9	44.2	58.9	66.7	63.8	55.6
Kısmen	35.6	33.7	26.8	29.2	25.0	29.9
Katılmıyorum	15.5	21.1	14.3	4.1	11.0	14.2
Fikrim yok	0	1.1	0	0	0	0.3
Toplam (n)	45	95	56	48	80	324
TTB ve TO, çalışmalarıyla, hekimlerin ekonomik ve sosyal haklarının geliştirilmesinde başarılı olmuşlardır						
Katılıyorum	2.2	4.2	1.8	2.1	2.5	2.8
Kısmen	15.6	29.5	14.3	18.8	25.3	22.3
Katılmıyorum	82.2	55.8	83.9	77.1	68.4	70.6
Fikrim yok	0	10.5	0	2.0	3.8	4.3
Toplam (n)	45	95	56	48	79	323

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
TTB ve TO, çalışmalarıyla, sağlık politikası alanında başarılı olmuşlardır						
Katılıyorum	0	5.2	3.6	4.2	9.9	5.2
Kısmen	37.8	33.3	25.5	22.9	35.8	31.7
Katılmıyorum	62.2	45.8	70.9	70.8	53.1	57.8
Fikrim yok	0	15.7	0	2.1	1.2	5.3
Toplam (n)	45	96	55	48	81	325
TTB ve TO, halk sağlığı ve sağlık politikası konularında, hükümetleri ve Bakanlığı etkileme gücüne sahip değillerdir						
Katılıyorum	60.0	43.2	55.4	60.4	55.7	53.3
Kısmen	33.3	36.8	35.7	25.0	31.6	33.1
Katılmıyorum	6.7	11.6	7.1	12.5	8.9	9.6
Fikrim yok	0	8.4	1.8	2.1	3.8	4.0
Toplam (n)	45	95	56	48	79	323
TTB ve TO, çalışmalarıyla, Türkiye'deki toplumsal ve siyasal sorunların çözümüne katkıda bulunmuşlardır						
Katılıyorum	0	9.5	5.4	8.3	7.7	6.8
Kısmen	28.9	28.4	26.8	22.9	38.5	29.8
Katılmıyorum	71.1	49.5	66.1	68.8	43.6	56.8
Fikrim yok	0	12.6	1.7	0	10.2	6.6
Toplam (n)	45	95	56	48	78	322
TTB ve TO, etik sorunlarla mücadelede başarılı olmuşlardır						
Katılıyorum	2.2	5.4	8.9	8.3	12.7	7.8
Kısmen	42.2	40.9	48.2	37.5	41.8	42.1
Katılmıyorum	53.3	38.7	42.9	50.0	39.2	43.3
Fikrim yok	2.3	15.0	0	4.2	6.3	6.8
Toplam (n)	45	93	56	48	79	321
TTB ve TO, hekimlerin sürekli eğitiminde başarılı olmuşlardır						
Katılıyorum	11.1	11.8	3.6	12.5	35.0	16.1
Kısmen	48.9	30.1	35.7	43.7	42.5	38.8
Katılmıyorum	37.8	43.0	55.4	43.8	20.0	38.8
Fikrim yok	2.2	15.1	5.3	0	2.5	6.3
Toplam (n)	45	93	56	48	80	322
Türkiye'nin koşullarını gözetirseniz, beklentilerinizin gerçekleşeceğini umuyor musunuz ?						
Evet	2.2	5.5	5.4	6.4	10.0	6.3
Kısmen	15.6	9.9	3.6	10.6	5.0	8.5
Hayır	55.6	44.0	41.0	48.9	30.0	42.3
Fikrim yok	26.6	40.6	50.0	34.1	55.0	42.9
Toplam (n)	45	91	56	47	80	319
Memurlara grevli, toplu sözleşmeli sendika hakkı verilmelidir						
Katılıyorum	73.3	79.3	72.7	44.7	74.4	71.0
Kısmen	22.2	8.7	18.2	31.9	16.7	17.7
Katılmıyorum	4.4	3.3	5.5	19.1	2.6	6.0
Fikrim yok	0	8.7	3.6	4.3	6.3	5.3
Toplam (n)	45	92	55	47	78	317

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	1. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Düşünce özgürlüğünün sınırı olmamalıdır						
Katılıyorum	53.4	53.8	54.7	44.8	48.7	51.3
Kısmen	42.2	29.0	34.0	34.0	33.3	33.5
Katılmıyorum	2.2	17.2	9.4	19.1	15.4	13.6
Fikrim yok	2.2	0	1.9	2.1	2.6	1.6
Toplam (n)	45	93	53	47	78	316
Kamu İktisadi Teşekkülleri (KİT'ler) özelleştirilmelidir						
Katılıyorum	39.1	25.6	42.9	66.0	39.2	39.9
Kısmen	34.8	47.8	33.9	29.8	35.4	37.7
Katılmıyorum	23.9	21.1	17.9	2.1	21.5	18.2
Fikrim yok	2.2	5.5	5.3	2.1	3.9	4.2
Toplam (n)	45	90	56	47	79	318
Ne gerekçe ile olursa olsun siyasi partiler kapatılmamalıdır						
Katılıyorum	28.3	31.5	27.8	19.1	31.6	28.6
Kısmen	34.8	37.0	37.0	44.7	35.4	37.4
Katılmıyorum	32.6	30.4	33.3	36.2	30.4	32.1
Fikrim yok	4.3	1.1	1.9	0	2.6	1.9
Toplam (n)	46	92	54	47	79	318
İsteyen herkesin ana dilde yayın yapma hakkı olmalıdır						
Katılıyorum	33.3	30.0	32.1	29.8	32.1	31.3
Kısmen	37.8	27.8	37.7	36.2	21.8	30.7
Katılmıyorum	22.2	38.9	28.3	31.9	42.3	34.5
Fikrim yok	6.7	3.3	1.9	2.1	3.8	3.5
Toplam (n)	45	90	53	47	78	313
Devlet ekonomik hayattan tümüyle elini çekmelidir						
Katılıyorum	6.7	4.3	16.1	27.7	12.8	12.3
Kısmen	48.9	41.3	41.1	44.7	42.3	43.1
Katılmıyorum	42.2	50.0	39.3	25.5	43.6	41.8
Fikrim yok	2.2	4.4	3.5	2.1	1.3	2.8
Toplam (n)	45	92	56	47	78	318

Hekimlerin %43.7'si hastanelerinin özelleştirilmesine karşıdır. Asistanlar ve pratisyenler arasında hastanelerin özelleştirilmesine karşı olanlar daha fazla oranda iken (%54.8 ve 46.9), hastanelerin özelleştirilmesini savunanlar özel hekimler arasında daha fazladır (%37.5). Özelleştirme konusunda daha fazla oranda kararsız konumda olanlar ise öğretim üyeleridir. Belki de, bu grubun bir yandan kamu kurumunda çalışmaları, bir yandan da aynı kurumun çeşitli olanaklarını özel muayene amacıyla kullanabiliyor oluşları onları bu kararsız konuma sokmaktadır.

Hekimlerin yaklaşık %70'i sağlık alanında yaşadığımız sorunların sosyoekonomik ortam tarafından belirlendiğini düşünmektedir. Buna karşın, daha önceden incelendiği gibi, sağlık alanındaki en önemli ilk beş sorun arasında siyasal ve ekonomik sorunlara ancak %27 oranında yer vermiş olmaları tam bir tutarsızlık olarak nitelenebilir. Bu konuda en kararsız olan

gruplar asistanlar ve hastane uzmanlarıdır. Bu yargıya katılmayanlar ise yok denecek kadar azdır.

Hekimlerin %65.6'sı kendi mesleki ve ekonomik sorunlarının da sosyoekonomik ortam tarafından belirlendiğini düşünmektedir. Bu yargıya katılmayanlar da yok denecek kadar azdır. Bu bulgularla birlikte bir üst paragrafta saptanan bulgular ve hekimlerin çoğunluğunun sosyal demokrat ve sosyalistlerden oluştuğu verileri birleştirildiğinde, hekimlerin sağlık alanının ve bireysel sorunlarının ele alınışı bakımından sol bir siyasallaşmaya oldukça açık oldukları sonucuna ulaşılabilir.

Yukarıdaki yargıyı, hekimlerin %59.4 oranında, mesleki çalışmaların dışında sosyal ve siyasal çalışmalar içinde de bulunmaları gerektiği yönündeki yargıları da desteklemektedir. Bu tercih açısından en kararsızlar ise öğretim üyeleri arasındadır. Bu yargının aksini savunanlar da yok denecek kadar azdır.

“Hekimler kendi çıkarlarından önce, halkın sağlık sorunlarını düşünmelidirler” yargısı bakımından kararsızların öne çıktığı görülmektedir. Bu yargıya katılanlar öğretim üyeleri ve pratisyenler arasında daha fazla oranda iken, karşı çıkanlar da pratisyenler arasında daha ağırlıklıdır.

Hekimlerin yarından fazlası hekimlerin mesleki, ekonomik çıkarları ile hükümetlerin çıkarlarının çeliştiğini düşünmektedir. %14'lük bir oran ise bu yargıya katılmamaktadır.

Hekimlerin çok önemli bir çoğunluğu (%82.0), verimli çalışabilmeleri açısından katılımcı bir yönetim biçiminden yanadır. Katılımcı yönetimin gerekliliğine katılmayanlar yok gibidir (%1.8).

Yine çok önemli çoğunluk (%83.7) yetersiz tıp fakültelerinin kapatılması gerektiği düşüncesindedir. Bu yargı açısından özellikle hastane uzmanları (%94.6) ve özel hekimler (%93.8) destekleyicidirler. Nitekim özel hekimlerin, diğer gruplara göre belirgin biçimde fazla oranda hekim sayısının fazlalığından yakındıkları da görülmüştü.

Hekimlerin %58.0'ı hekimlerin düzenli aralıklarla mesleki değerlendirme sınavlarına alınması ve bu sınavın sonuçlarının özlük haklarına yansıtılması gerektiğine inanmaktadır. Bu bakımdan en çekinik ve karşı konumdaki grup pratisyenlerdir. Bu sonuç, pratisyenlerin, hekimlerin bilgi ve beceri eksikliğini Türkiye sağlık ortamı açısından önemli bir sorun olarak algılamayışlarıyla da uyumludur. Bütün bunlara rağmen, hekimlerin doğrudan kendilerini etkileyecek, sıkıntıya sokacak, ancak mesleki ve etik değerlerin korunması bakımından önemli sayılabilecek böyle bir konuda yarından fazla bir çoğunlukla destekleyici olmaları önemlidir.

Hekimlerin %72.0 gibi bir çoğunluğu yeterli ücret verildiği ve çalışma koşulları düzeltildiği takdirde hekimlerin özel sektörde çalışmayacağını belirtmektedir. Bu konuda belki de en güvenilir değerlendirme özel hekimler ile yarı süreli çalışmayla karakterize hastane uzmanlarının olabileceği olabilir. Özel hekimlerde bu düşünceye katılanların oranı %68.8, hastane uzmanları arasında ise %91.1'dir. Hastane uzmanları arasındaki bu büyük çoğunluk hekimlerin yarı süreli çalışmayı istemedikleri biçiminde de yorumlanabilir. Öte yandan düşünceye katılmayanların oranı da ihmal edilebilir düzeydedir.

Hekimler ancak %26.8 oranında etik sorunların sorumlusunun kendileri olduğu düşüncesindedir. Bu yargıyla ilgili olarak hekimlerin önemli kısmı kısmen katılımcı konumundadır. Öte yandan pratisyenler diğer gruplara göre daha fazla oranda etik sorunlardan hekimleri sorumlu tutmaktadır.

Hekimlerin %55.6'sı hekimlerin ilaç firmalarından promosyon alması gerektiğine inanmaktadır. Bu konuda özel hekimler ve pratisyenler (muhtemelen promosyonla daha az oranda ilişkisi olan gruplar) daha net bir tutum içindedirler. Buna karşılık yargıya katılanların oranının en düşük olduğu grup öğretim üyeleridir.

Hekimlerin Tabip Odalarının ve TTB'nin etkinlik düzeyiyle ilişkili değerlendirmeleri son derece olumsuzdur. Yalnızca %2.8'i, meslek örgütümüzün, hekimlerin ekonomik ve sosyal haklarının geliştirilmesinde, %5.2'si sağlık politikası alanında, %7.8'i etik sorunlarla mücadelede ve %16.1'i de sürekli eğitim konusunda başarılı olduğunu düşünmektedir. Meslek örgütümüzün hükümetleri ve Bakanlığı etkileme gücü bulunmadığına inananların oranı %53.3, Türkiye'deki toplumsal ve siyasal sorunların çözümüne katkıda bulunduğu inananların oranı da %6.8'dir. Hekimler arasındaki bu yargıların meslek örgütümüzün gerçek etkinlik düzeyiyle mi, yoksa yapılan başarılı çalışmaların duyurulmasındaki eksikliklerle mi ilişkili olduğunun saptanması ise ayrı bir konudur. Öte yandan, özellikle asistanlar arasında meslek örgütünün çeşitli çalışmalarını sorgulayan sorulara yüksek denilebilecek oranlarda (%10-15 gibi) "fikrim yok" yanıtının verilmiş olması, meslek örgütünün bu gruba ulaşma sorunlarının bulunduğu düşünülmektedir.

Hekimlerin ancak %6.3'ü beklentilerinin gerçekleşeceği umudunu taşımaktadır. Buna karşılık beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği konusunda %42.9 gibi çok önemli bir çoğunluğun fikri yoktur. Beklentilerinin gerçekleşmeyeceğini en fazla oranda düşünenler öğretim üyeleridir. Bu da bize beklentilerin toplumsal ve ekonomik statüyle birlikte yükseldiğini düşündürmektedir.

Hekimlerin %71'i memurlara grevli, toplu sözleşmeli sendika hakkı verilmesi gerektiğine inanmaktadır. Bu yargıya karşı çıkanlar ihmal edilebilir kadardır. Buna karşılık katılmayanların ve kısmen katılanların özellikle özel hekimler arasında (%19.1 ve %31.9 oranlarıyla) yoğunlaştığı izlenmektedir.

Hekimlerin %51.3'üne göre düşünce özgürlüğünün sınırı olmamalıdır. %33.5 ise bu yargıya kısmen katılmaktadır. Bu veriler, hekimlerin Sosyal Demokrat kimliğiyle herhalde uyumludur.

Hekimlerin %39.9'u Kamu İktisadi Teşekküllerinin özelleştirilmesi gerektiği kanaatindedir. Yargıya katılmayanların oranı %18.2'dir. Önemli denilebilecek çoğunluk KİT'lerin özelleştirilmesiyle ilgili kararsız konudur. KİT'lerin özelleştirilmesine verilen desteğin, hastanelerin özelleştirilmesine verilen desteğin çok üzerinde olması da, hekimlerin sağlık alanını ekonominin diğer sektörlerinden bilinçli biçimde ayırdıklarının göstergesidir.

Benzer bir durum ne gerekçeyle olursu olsun partilerin kapatılmaması gerektiğini belirten yargı için de geçerlidir. Bu yargıya katılmayanların oranı %32.1, kısmen katılanların oranı %37.4'dür. Özellikle, son yıllarda "din istismarı" gerekçesiyle ilişkili olarak çeşitli partilerin kapatılmış olması hekimleri bu konuda mevcut uygulamalardan yana bir konuma itmiş gibi görünmektedir.

Hekimlerin ana dilde yayın yapmayı hak olarak gören yargıyla ilgili değerlendirmelerinde de "katılıyorum, "kısmen katılıyorum" ve "katılmıyorum" seçenekleri arasında tam anlamıyla dengeli bir biçimde dağıldıkları görülmektedir.

Kısacası, hekimlerin, düşünce özgürlüğü, siyasal yaşamda tam serbestlik, ana dilde yayın yapma gibi evrensel nitelikli olarak değerlendirilen siyasal değerlerle yüksek oranda uyum içinde oldukları söylenemez. Hekimler daha çok, Türkiye'nin, din istismarı, Türkçe/Kürtçe gerilimi ve devletin bütünlüğü gibi son yılların son derece aktüel konularında, resmi duyarlılıkları destekler ve evrensel nitelikli siyasi değerlere kısmen ve/veya kimi (belki de bu değerleri Türkiye toprağına göre yeniden yorumlayarak) çekincelerle destek verir konumdadırlar. Güney Doğu sorununun, irticanın bir sorun olmaktan çıkmış olması, bu konularla ilgili değerlerin bu şekilde yerleşiklik kazanmasıyla birlikte gerçekleşmiş görünmektedir. Bu tablo, belki de, Türkiye'deki Sosyal Demokrat kimliğin gerçek durumudur.

Devletin ekonomik yaşamdan tümüyle elini çekmesi gerektiğini düşünenlerin oranı yalnızca %12.3'tür. Bu yargıya kısmen katılanların oranı %43.1, katılmayanların oranı ise %41.8'dir. Öte yandan özel hekimler gibi bu konu açısından son derece özellikli bir grup dışarıda tutulduğunda dev-

letin ekonomik yaşamdan çekilmesini savunanların oranı iyiden iyiye azalmaktadır. Belki de kısmen katılanların bu düşüncesinin nedeni kimi devlet kuruluşlarının zarar ediyor-ettiriliyor oluşudur. Her ne olursa olsun, özelleştirme karşılığı yanındaki bu güç, yıllardır sürdürülen özelleştirmeci ve devleti küçültmeyi savunan propagandalar gözetildiğinde, önemli görülmelidir.

E.I.18. HEKİMLERE GÖRE TABİP ODASININ EN ÖNEMLİ GÖREV ALANLARI

Tablo 19: Hekimlerin Tabip Odasının en önemli görev alanları konusundaki düşünceleri (%'ler sütunlara ilişkindir) (Birden çok seçenek işaretlendiği için toplamlar %100'ün üzerindedir)

	Öğretim Üyesi	Asistan veya Öğretim Görevlisi	Devlet veya SSK'da Uzman	Özel Hekim	I. Basamakta Çalışıyor veya Devlet veya SSK'da Pratisyen	Toplam
Ücretler, özlük hakları	36.4	52.2	49.0	43.4	49.9	48.3
Sağlık politikaları	72.7	58.7	52.7	62.9	46.1	57.1
Etik	40.9	27.2	18.1	36.8	28.9	28.5
Sürekli eğitim	20.6	20.8	9.0	21.7	15.7	17.3
İşyeri hekimliği	11.4	4.3	3.6	6.5	7.9	6.4
TOPLAM (n)	44	92	55	46	76	313

Hekimlerin %57.1'i Tabip Odalarının en önemli görevinin sağlık politikaları olduğunu belirtmiştir. Bunu en önemli görev alanı olarak %48.3 ile ücretler ve özlük hakları alanı izlemektedir. Bu sonuç son derece ilginçtir. Çünkü hekimler arasında; Tabip Odalarının “esas” işleri olan hekim hakları ve sorunlarıyla değil, politikayla ilgilendikleri kanısının yaygın olduğunu biliyoruz. Öte yandan Antalya'daki hekimlerin de belirttiği sağlık politikası alanı başlı başına politik bir alandır. Bu durumda, hekimler ya sağlık politikası ile politikayı tamamen birbirinden ayırmaktadır ya da sağlık politikası alanındaki çalışmaların bir tür lobicilik faaliyeti olarak gerçekleştirilebileceğini sanmaktadır. Ne olursa olsun bu konunun hekimlerle meslek örgütü arasındaki en önemli iletişimsizlik noktalarından biri olduğu kesindir ve hekimler ile örgütleri arasında, sağlık politikası konusundaki kavramların yeniden tanımlanmasına yönelik bir ilişkiye gereksinim olduğu açıktır.

Yine son derece ilginç bir diğer bulgu hekimlerin ancak %6.4'ünün işyeri hekimliği alanını en önemli faaliyet alanları içinde görmeleridir. Oysa bilindiği gibi pek çok Tabip Odasında seçim süreçlerinde bile belirleyici olan en kritik başlık işyeri hekimliği uygulamalarıdır. Bu durumda bu iki veri aynı anda nasıl açıklanacaktır? Ya hekimlerin genel düzeydeki düşün-

celeri ile para kazanma pratiği içindeki düşünce ve tutumları arasında ciddi bir farklılık vardır ya da hekimler Tabip Odalarının işyeri hekimliği konusuyla şimdiki kadar ilgilenmesini istememektedir. Yani ya genel düzeyde işyeri hekimliği önemsiz görülürken, mesele işyeri hekimliğinde işyerlerinin dağıtımına, sözleşmelerin yenilenmesine, vb geldiğinde sorun olarak önem kazanmaktadır ya da hekimler işyeri hekimliği alanının düzenlenmesinde Tabip Odalarının şimdiki yetki ve sorumluluklarını bırakmasını istemektedir.

Yine ilginç bir biçimde sürekli eğitim konusu da hekimlerin Tabip Odası faaliyetleri içinde önemli görmedikleri bir alandır. Oysa Tabip Odalarının en başarılı olduğu ve Antalya'daki hekimlerce de diğerlerine göre en başarılı görülen alan sürekli eğitimidir. Kısacası hekimler Tabip Odalarını sağlık politikaları ve özlük hakları konusunda çalışma yapmak için beklerken, Tabip Odaları hekimlerin önemsemediği bir alanda faaliyet göstermektedir. Bu nedenle, bu konuda son derece başarılı olunsa bile, hekimlerin Tabip Odalarının genel başarı durumuna ilişkin değerlendirmelerinin değişmeyeceğini bilmek gerekir. Esasen hekimlerin Tabip Odalarına biçtikleri misyon son derece yerindedir. Ancak sağlık politikaları ve özlük hakları alanları özellikle son yıllardaki ekonomik politikalar çerçevesinde başarı elde etmenin iyiden iyiye zorlaştığı alanlardır. Dolayısıyla, hekimlerin meslek örgütüne yönelik bakışlarını kısa vadede (eğer iki temel konuda önemli ve kalıcı kazanımlar elde edilemezse) değiştirmek olanaksız olacaktır.

E.II. SINIF KONUMUNA GÖRE BULGULAR

E.II.1. HEKİMLERİN GELİRLERİYLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 20:Antalya'da hekimlerin sınıf konumuna göre gelir ve tasarruf durumları (%'ler sütunlara ilişkindir)

	Öğretim Üyesi	Uzman Kamu Emekçisi ve Burjuva ile (Pratisyen Kamu Emekçisi ve Burjuva)	Uzman Burjuva	Uzman Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyen Kamu ve Özel Emekçi	Pratisyen Kamu veya Özel Emekçi	Asistan	Toplam
Sayı ve %	47 (14.2)	52 (15.7)	35 (10.6)	17 (5.1)	14 (4.2)	68 (20.5)	98 (29.6)	331 (100.0)
Yaş N=313	42.4	42.0	52.3	49.2	37.9	36.3	28.6	38.1
Hekimin kazandığı aylık şahsi gelir (milyon TL) (N=311)								
	1917	2003	1396	1330	1042	691	892	1238
Hekimin kazandığı aylık şahsi gelirin için özel hekimliğin oranı (%) (N=294)								
	?	48.9	75.5	48.3	32.3	5.9	0	21.7
Eve giren aylık toplam gelir (milyon TL) (N=297)								
	2944	3052	2152	2136	1530	1475	1319	1962
Son 1 yıl içinde faiz geliri elde etti (%) (N=327)								
	23.9	51.9	41.2	31.3	14.3	13.4	16.3	25.7
Son 1 yıl içinde borsada yatırım yaptı (%) (N=326)								
	6.5	23.5	15.2	18.8	0	13.2	11.1	13.8
Son 2 yıl içinde geliri azaldı (%) (N=313)								
	68.1	71.2	79.4	68.8	90.9	88.1	61.6	73.0
Eve giren toplam gelir maddi açıdan tatmin etmiyor (%) (N=329)								
	40.4	33.3	44.1	41.2	42.9	66.2	57.1	50.0
Son 1 yıl içinde tasarruf yapamadı (%) (N=325)								
	57.8	54.9	81.8	76.5	85.7	82.4	72.2	71.4
Oturduğu ev kendisinin (%) (N=331)								
	61.7	65.4	88.6	82.4	57.1	41.2	25.5	51.1
Oturduğu evden başka evi var (%) (N=323)								
	50.0	34.6	36.4	47.1	69.2	64.7	45.7	48.6
Arsası-toprağı var (%) (N=324)								
	26.1	61.5	44.1	31.3	35.7	29.9	35.8	38.0
Otomobili var (N=330)								
	89.4	98.1	94.1	100.0	85.7	83.8	69.4	84.5
Evinde bilgisayarı var (%) (N=329)								
	93.6	90.4	80.3	76.5	57.1	55.2	67.3	73.6

Antalya'daki hekimler içinde en yaşlı grup uzman burjuvalar iken, en genç grup asistanlardır.

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü gibi emekçi uzmanlarla, hem kamuda hem de özel sektörde çalışan pratisyenler sayıca çok küçük gruplar oluşturmaktadır: Sırasıyla 17 ve 14'ler kişilik (toplamın içinde %5.1 ve

4.2). Bu nedenle bu gruplara ilişkin sonuçların son derece ihtiyatlı biçimde yorumlanması gerektiği açıktır.

Şahsi geliri en yüksek olanlar kamu bağlantılı (uzman veya pratisyen) burjuva hekimlerdir (uzman kamu emekçisi ve burjuva ile pratisyen kamu emekçisi ve burjuva). Öğretim üyeleri ve uzman burjuvalar bu grubu izlemektedir. Geliri en düşük grup kamuda ya da özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerdir. Böylece hekimleri sınıfsal konumlarına göre ayırtıran bu yaklaşım gelir açısından daha ayrıntılı ve beklenene daha yakın bir sonuç vermektedir.

Kamuyla bağlantılı burjuva hekimlerin gelirlerinin yaklaşık yarısı özel hekimlikten gelirken, uzman burjuvalarda bu oran %75.5 olmaktadır. Uzman burjuvaların bu konumu muhtemelen emeklilik gelirlerinin toplam gelirleri içindeki oranının küçüklüğüyle ilişkilidir. Hem kamuda, hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenler ise gelirlerinin üçte birini özel sektörden elde etmektedir.

Bizim verilerimizi pratisyen ve uzmanları (asistanları dışarıda tutarak) özel, kamu ya da yarı süreli çalışma biçimlerine göre gruplandırarak analiz ettiğimizde, Türkiye genelinde hekimlerin gelirleriyle karşılaştırma yapmamıza olanak tanıyacak sonuçlara ulaşabiliyoruz. Buna göre, bizim araştırmamız aylık şahsi gelirin, yalnızca özel sektörde çalışan pratisyenlerde 669 Dolar (n=4), yarı süreli olarak çalışan pratisyenlerde 741 Dolar (n=15), yalnızca kamuda çalışan pratisyenlerde 497 Dolar (n=60), yalnızca özel sektörde çalışan uzmanlarda 1077 Dolar (n=33), yarı süreli çalışan uzmanlarda 1481 Dolar (n=83) ve yalnızca kamuda çalışan uzmanlarda 882 Dolar (n=33) olduğunu ortaya koyuyor. Bu sonuçları, Türkiye'de hekimlerin yıllara göre gelirlerini saptayan Sağlık Bakanlığı (1992-1998 dönemine ait) verileriyle birlikte aşağıdaki tabloda gösteriyoruz. (Burada da gruplardaki hekim sayıları küçük olduğu için, 2002 bulgularının ihtiyatla değerlendirilmesi gerekir. Ancak 2002 bulgularının son 10 yılın genel eğilimiyle ve yaşanan son ekonomik krizin belirlediği beklentilerle uyumlu olması gelirle ilişkili yorumları yapmamız konusunda cesaretlendirici olmuştur.)

Tablo 21: Türkiye'de hekimlerin, çalışma biçimine ve yıllara göre aylık gelirleri (Dolar Olarak) (2002 yılı bizim verilerimiz)

Hekim	Çalışma Biçimi	1992	1994	1996	1998	2002
Pratisyen	Özel	2400	1558	2383	1242	669
	Yarı Süreli	1500	1400	1917	800	741
	Kamu	762	611	619	651	497
Uzman	Özel	2433	1600	2458	2775	1077
	Yarı Süreli	2000	1442	2158	2033	1481
	Kamu	1085	772	713	832	882

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 1992-96: 50, Sağlık Bakanlığı 2001: 38 ve TTB 2002: 26

Gelirle ilişkili olan yukarıdaki tablo son derece önemli bir sonucu ortaya koymaktadır. Yalnızca kamuda çalışan uzman hekimlerin dışındaki bütün grupların aylık şahsi gelirinde belirgin bir erime vardır. Son dört yıl için erime düzeyi yalnızca özel sektörde çalışan pratisyenlerde %46.1, yarı süreli çalışan pratisyenlerde %7.4, yalnızca kamuda çalışan pratisyenlerde %23.7 iken, yalnızca özel sektörde çalışan uzmanlarda %61.2, yarı süreli çalışan uzmanlarda %27.2 düzeyindedir. Gelirdeki erimenin esas olarak özel sektörde çalışan hekimlerde belirgin olduğu görülmektedir. Bu gerçek muhtemelen, yaşanan ekonomik kriz sonucunda, toplumun gelir ve refah düzeyi ile alım gücündeki azalmaya bağlı olarak, özel sağlık hizmetleri piyasasının daralmasına bağlıdır. Yarı süreli çalışan pratisyenler eski gelirlerini hemen hemen korumayı başarırken, yalnızca kamuda çalışan pratisyenlerin ve yarı süreli çalışan uzmanların geliri dörtte birden fazla oranda erimiştir. Yalnızca kamuda çalışan uzmanlar ise son dört yıl içinde aylık şahsi gelirlerini %6.0 oranında artırmayı başarmıştır. Bu da muhtemelen, son bir kaç yıl içinde Antalya'daki Devlet ve SSK Hastaneleri'nde de yaşama geçirilmiş bulunan döner sermaye uygulamasına bağlıdır. Bu nedenle, Antalya'daki hekimler için gelir bakımından önemli bir proleterleşme sürecinin yaşandığı söylenebilir. Gelirdeki erimeye ilişkin bu bulgular, hekimlerin kendi gelirlerine ilişkin subjektif değerlendirmeleriyle de örtüşmektedir. Buna karşılık uzun yıllara dayanan ev, otomobil, arsa sahipliği gibi servet edinme durumunun, gelirdeki erimenin olumsuz etkilerini azaltacak, belki de ertecek bir etki yarattığı da kabul edilmelidir.

Gelirin son 10 yıllık değişimindeki durum da son dört yıla benzerdir. Yalnızca kamuda çalışan uzmanların dışındaki bütün gruplarda hemen hemen düzenli bir gelir erimesi vardır. 1992 ve 2002 dönemi için bakıldığında erimenin düzeyi yalnızca özel sektörde çalışan pratisyenlerde %72.1, yarı süreli çalışan pratisyenlerde %50.6, yalnızca kamuda çalışan pratisyenlerde %34.8, yalnızca özel sektörde çalışan uzmanlarda %55.7, yarı süreli çalışan uzmanlarda %26.0 ve yalnızca kamuda çalışan uzmanlarda %18.7'dir.

Yukarıdaki tablonun gösterdiği bir diğer gerçek hekim grupları arasındaki gelir eşitsizliğidir. Durumu en kötü olanlar pratisyenler ve onların içinde de yalnızca kamuda çalışan pratisyenlerdir. Yarı süreli çalışan pratisyen ve uzmanların durumu, kendi içlerindeki diğer gruplara göre daha iyidir. Son 10 yıl içinde gelirdeki erime oranlarına bakıldığında pratisyen ve uzman alt grupları arasındaki eşitsizliğin daha da belirginleştiği anlaşılmaktadır. Çünkü her bir pratisyen alt grubundaki gelir erimesi, her bir uzman alt grubundaki gelir erimesinden daha belirgindir. Buna karşılık pratisyen ve uzman alt gruplarının aralarındaki eşitsizlik yıllar içinde azalmış ve bu alt gruplar gelir bakımından daha benzeşmiştir. Kısacası 10 yıllık sürede uzman ve pratisyenler arasındaki gelir uçurumu (bütün grup-

lar için ve gelirdeki azalmaya rağmen) artmış ve pratisyenler ile uzmanlar kendi içlerinde daha homojen bir yapı kazanmışlardır.

Eve giren aylık toplam gelirin ortaya çıkardığı tablo şahsi gelire benzerdir.

Faiz ve borsada yatırım yapma sıralamasındaki durum da gelirdeki sıralamayla uyumludur.

Gelirlerinin son iki yıl içinde azaldığını belirtenler en fazla oranda hem kamuda hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenler (%90.9) ile kamuda ya da özel sektörde çalışan emekçi pratisyenler (%88.1) arasında yoğunlaşmıştır. Gelirlerinin kendilerini tatmin etmediğini belirtenler de kamuda ya da özel sektörde pratisyenlik yapan emekçi hekimler (%66.2) arasındadır. Kamu bağlantılı burjuvaların, elde ettikleri gelirden olduğu gibi, bu bakımdan da en sıkıntısız grup olduğu (%33.3) ortaya çıkmaktadır. Son bir yıl içinde tasarruf yapamayanlardaki durum da gelirdeki duruma benzerdir. Görüldüğü gibi, gelirle ilişkili göstergelerde, verilerin sınıf konumuna göre analiz edilmesi, statü konumuna göre yapılan analizden daha ayrıntılı sonuçlar vermektedir. Bütün bunlar, gelir durumu açısından, hekimlerin sınıf konumlarına göre tanımlanmasının daha doğru bir tercih olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Uzman burjuvaların %88.6'sının oturduğu ev kendilerininindir. Bu oran asistanlarda %25.5'e inmektedir. Uzman burjuvaların bu değişken açısından en avantajlı grup olması yaşları ve zaman içindeki birikimleriyle açıklanabilir. Uzman burjuvalar, belki de, aynı zamanda en zorunlu gereksinim olarak ortaya çıkan "ev sahipliği"ne bir birikim yöntemi olarak yatırım yapmışlardır. Hem kamuda, hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerin %69.2'si oturdukları ev dışında da başka ev(ler)e sahiptirler. Arsa ve toprak sahipliği (%61.5) kamu bağlantılı burjuva hekimlerde en yüksektir. Öğretim üyeleri en fazla oranda evlerinde bilgisayar sahibi hekim grubudur (%93.6).

E.II.2. HEKİMLERİN EŞLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Eşi hekim olanların en fazla oranda olduğu grup asistanlar (%73.1), en düşük olduğu gruplar da kamu ya da özel sektörde çalışan emekçi uzmanlar (%33.3) ile uzman burjuvalardır (%34.4). Eşi sağlıklı olanların durumu da buna benzerdir. Emekçi pratisyenler ile asistanların eşlerinin %90'dan fazlasının eşinin gelir getirici bir işi varken, bu oran uzman burjuvalarda yarıya düşmektedir.

Eşi beyaz yakalı olanların toplandığı sınıf hem kamuda hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerdir (%45.5). Yüksek nitelikli eşler asistanlar (%57.7) arasında en fazla orandadır. Küçük burjuva eşler kamuda

ya da özel sektörde çalışan uzman emekçiler (%37.5), kamu bağlantılı burjuva hekimler (%28.6) ve asistanlar (%26.9) arasında toplanmıştır. Uzman burjuvaların eşlerinin %41.2'sinin eşi işsizdir. Bu da uzman burjuvaların yaşlarıyla ilişkili bir gerçeklik olarak değerlendirilebilir.

Tablo 22: Antalya'da hekimlerin sınıf konumuna göre eşlerine ait bilgiler (%'ler sütunlara ilişkindir)*

	Öğretim Üyesi	(Uzman Kamu Emekçisi ve Burjuva) ile (Pratisyen Kamu Emekçisi ve Burjuva)	Uzman Burjuva	Uzman Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyen Kamu ve Özel Emekçi	Pratisyen Kamu veya Özel Emekçi	Asistan	Toplam
Eşi hekim (%) (N=231)								
	51.2	54.2	34.4	33.3	36.4	44.6	73.1	48.5
Eşi sağlıkçı (%) (N=231)								
	60.5	70.8	40.6	66.7	63.6	58.9	80.8	62.3
Eşinin gelir getiren işi var (%) (N= 231)								
	86.0	81.6	51.5	56.3	90.9	91.1	92.3	80.3
Eşin sınıfsal konumu (%) (N=231)								
Niteliksiz Emekçi	0	2.0	0	0	0	0	0	0.4
Beyaz Yakalı	16.3	20.4	8.8	25.0	45.5	30.4	7.7	20.5
Yüksek Nitelikli	34.9	30.6	11.8	18.8	36.4	33.9	57.7	32.1
Kendi Hesabına	7.0	0	8.8	0	0	5.4	3.8	3.8
Küçük Burjuva	23.1	28.6	23.5	37.5	18.1	23.2	26.9	25.6
Büyük Burjuva	4.7	6.1	5.9	0	0	1.8	0	3.4
İşsiz	14.0	12.3	41.2	18.7	0	5.3	3.9	14.2

*Yalnızca evli olanlar için hesaplandı

Bu durumda, öğretim üyesi eşleri yüksek nitelikli/küçük burjuva, kamu bağlantılı burjuva hekimlerin eşleri yüksek nitelikli/beyaz yakalı, uzman burjuvaların eşleri küçük burjuva, kamuda ya da özel sektörde çalışan emekçi uzmanların eşleri küçük burjuva, hem kamuda hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerin eşleri beyaz yakalı ve yüksek nitelikli, kamu da ya da özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerin eşleri yüksek nitelikli ve beyaz yakalı ve nihayet emekçi karakter taşıyan asistanların eşleri de yüksek nitelikli sınıfsal bir karakter sergilemektedir.

Hekimlerin eşlerine ilişkin bu sınıfsal tabloyu dikkate alarak hekim ailelerinin ortalama sınıfsal yapısı hakkında da bir takım fikirler elde edebiliriz. Öğretim üyelerinin ailelerinin (kendilerinin de küçük burjuva karakteri dikkate alınırsa) önemli oranda küçük burjuva, kamu bağlantılı burjuva hekimlerin ailelerinin (eşleri yüksek nitelikli ve beyaz yakalı olsa da) burjuva, uzman burjuva hekimlerin ailelerinin tam anlamıyla burjuva, emekçi uzman hekimlerin ailelerinin önemli derecede emekçi-kısmen küçük burjuva, yarı süreli çalışan konumundaki emekçi pratisyenlerin ve kamu da ya

da özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerin ailelerinin tam olarak emekçi ve nihayet asistanların ailelerinin de tam olarak emekçi bir sınıf karakteri taşıdığını söyleyebiliriz.

Daha kısa özetlersek, aynı zamanda genç kuşakta yer alan asistanlar ile pratisyenlerin tam olarak emekçi, burjuva hekimlerin (ki bunların çoğunluğunu öğretim üyeleri ve hastane uzmanları oluşturuyordu) burjuva ve emekçi uzmanların da kısmen burjuvalaşmış bir aile yapıları vardır.

E.II.3. HEKİMLERİN TATİL SEÇENEKLERİ

Tablo 23: Antalya'da hekimlerin sınıf konumuna göre tatil seçenekleri (%'ler sütunlara ilişkindir)

Öğretim Üyesi	Uzman Kamu Emekçisi ve Burjuva ile Pratisyen Kamu Emekçisi ve Burjuva	Uzman Burjuva	Uzman Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyen Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyen Kamu veya Özel Emekçi	Asistan	Toplam
Tatil yapmıyor (%) (N=331)							
0	11.5	17.1	23.5	28.6	11.8	8.2	10.9
Yurt dışına gidiyor (%) (N=331)							
10.6	20.9	11.5	5.9	7.1	0	0	7.2

Hem kamuda, hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerin %28.6'sı, kamuda veya özel sektörde çalışan emekçi uzmanların %23.5'i tatil yapmadığını belirtmiştir. Hatırlanacağı gibi yine hem kamuda, hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenler son 2 yıl içinde gelirlerinin azaldığını ve son 1 yıl içinde de tasarruf yapmadığını en fazla oranda belirten gruptu. Yine bu grup en düşük oranda faiz geliri elde eden iki gruptan birisiydi ve bu grubun hiç bir üyesi borsada yatırım yapmıyordu. Öğretim üyeleri arasında ise tatil yapmadığını belirten yoktur.

Yurt dışı tatil seçeneği kamu bağlantılı burjuva hekimler (%20.9) ile öğretim üyeleri (%12.7) arasında en fazla oranda tercih edilebilmektedir. Yine hatırlanacağı gibi bu gruplar gelir göstergelerinin hemen tümü açısından en yukarıda yer alan sınıflardı. O halde, tatil seçeneklerinin de bir yandan gelir göstergeleriyle, bir yandan da hekimlerin sınıf konumlarıyla son derece tutarlı bir dağılım sergilediği söylenebilir. Öte yandan hekimlerin sınıf konumlarına göre ayrıştırılması, bu bakımdan da uzman ve pratisyen grupları içindeki ayrıntıların da daha net biçimde gösterilmesine yardımcı olmaktadır.

E.II.4. HEKİMLERİN EBEVEYNLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER**Tablo 24: Antalya’da hekimlerin sınıf konumuna göre ailelerinin bazı özellikleri (%’ler sütunlara ilişkindir**

	Öğretim Üyesi	(Uzman Kamu Emekçisi ve Burjuva) ile (Pratisyen Kamu Emekçisi ve Burjuva)	Uzman Burjuva	Uzman Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyen Kamu ve Özel Emekçi	Pratisyen Kamu veya Özel Emekçi	Asistan	Toplam
Babası üniversite eğitilmiş olanlar (%) (N=328)								
	63.0	37.3	32.4	5.9	21.4	38.2	43.9	40.2
Babası sosyal güvencesiz olmayanlar (%) (N=331)								
	4.3	5.8	25.7	35.3	14.3	7.4	7.1	10.3
Babanın sınıf konumu (%) (N=328)								
Mavi Yakalı	4.3	1.9	2.9	0	21.4	11.9	15.3	9.1
Niteliksiz Emekçi	4.3	7.7	0	0	7.1	3.0	4.1	4.0
Beyaz Yakalı	44.7	38.5	20.6	25.0	35.7	38.8	39.8	37.2
Yüksek Nitelikli	14.9	9.6	11.8	0	0	7.5	7.1	8.5
Kendi Hesabına	17.0	9.6	38.2	37.5	7.1	13.4	12.2	8.5
Küçük Burjuva	8.5	13.5	14.7	6.3	7.1	11.9	10.2	16.5
Büyük Burjuva	2.1	13.5	0	6.3	0	4.5	5.1	11.0
İşsiz	0	0	0	6.3	0	3.0	1.0	1.2
Küçük Topraklı	2.1	3.8	8.8	18.8	21.4	6.0	3.1	5.8
Büyük Topraklı	2.1	1.9	2.9	0	0	0	2.0	1.5

Öğretim üyelerinin babalarının %63.0’ı üniversite mezunudur. En genç kuşak olan asistanlarda bu oran %43.9’da kalmaktadır. Bu durumda öğretim üyelerinin avantajının açıkça sınıfsal bir karakter gösterdiği ortaya çıkmaktadır. En eski kuşaklarda ise üniversite mezunu babaların oranı %5.9 ve %21.4’tür.

Babası sosyal güvencesiz sınıflar ise, yaşlarına bağlı olarak beklendiği gibi, kamuda ya da özel sektörde çalışan emekçi uzmanlar ile uzman burjuva hekimlerdir (%35.3 ve %25.7). Diğer gruplardaki durumun birbirine benzer olduğu söylenebilir.

Öğretim üyelerinin, kamuyla bağlantılı burjuva hekimlerin, hem kamuda hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerin, kamuda ya da özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerin ve asistanların babaları önemli oranda beyaz yakalıdır (sırasıyla %44.7, %38.5, %35.7, %38.8 ve %39.8 oranlarında). Uzman burjuvaların babaları kendi hesabına çalışanlar (%38.2) ve beyaz yakalılar sınıfındadır (%20.6). Kamu ya da özel sektörde çalışan emekçi uzmanların durumu da buna benzerdir. Kısacası, eski kuşak

hekimlerde kendi hesabına çalışan babaların ağırlığı diğer hekim gruplarına göre daha fazladır. Emekçi pratisyenler ile asistanlarda mavi yakalı babaların önemli denilebilecek bir toplam oluşturdukları (%21.4, %11.9 ve %15.3) izlenmektedir. Öğretim üyelerinde %14.9 oranında yüksek nitelikli baba vardır.

Bir başka deyişle, hekimler arasındaki sınıfsal ayrışmanın kökeni aileye kadar uzanmaktadır. Öğretim üyeleri ve kamu bağlantılı burjuva hekimler eğitilmiş beyaz yakalı ve burjuva karakterli ailelerden, eski kuşak hekimler (uzman burjuvalar ve kamuda ya da özel sektörde çalışan uzman emekçiler) beyaz yakalı ve kendi hesabına çalışan ailelerden, emekçi pratisyenler ve asistanlar mavi ve beyaz yakalı emekçi ailelerden gelmektedir.

E.II.5. HEKİMLERİN MESLEKİ DOYUMLARI

Tablo 25: Antalya'da hekimlerin sınıf konumuna göre mesleki doyumları ve hekimliği yeniden seçmeye ilişkin düşünceleri (%'ler sütunlara ilişkindir)

Öğretim Üyesi	(Uzman Kamu E-mekçisi ve Burjuva) ile (Pratisyen Kamu E-mekçisi ve Burjuva)	Uzman Burjuva	Uzman Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyen Kamu ve Özel Emekçi	Pratisyen Kamu veya Özel Emekçi	Asistan	Toplam
İşinde mesleki doyum elde edemiyor (%) (N=329)							
8.5	11.5	31.4	11.8	14.3	36.4	15.3	19.5
Şu anda söz konusu olsa yine hekimliği seçmez (%) (N=322)							
24.4	32.0	33.3	29.4	42.9	46.2	28.6	33.2

Yaptığı işte mesleki doyum elde edememe konusunda en olumsuz durumdaki sınıf kamu ya da özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerdir (%36.4). Herhalde maddi etkenlerin (gelir gibi) bunda önemli derecede payı vardır. Öte yandan, yaptığı işten mesleki doyum sağlama bakımından en olumsuz ikinci sıradaki sınıf uzman burjuvalardır. Hatırlanacağı gibi bu sınıf tam süreli olarak özel sektörde çalışıyor ve gelirle ilişkili göstergeler bakımından üçüncü sırada yer alıyordu. O halde bu sınıfın mesleki doyum-suzluğunu maddi nedenlerle değil, çalışma koşullarıyla, belki de meslekte gelişememe, mesleki beklentisizlik, yaptığı işte bir anlam görmeme gibi psikolojik nedenlerle ilişkilendirmek gerekir. Aynı etkenlerin emekçi pratisyenlerin mesleki doyum-suzluğu bakımından da etkili olduğu düşünülmeli ve buna bir de toplumun pratisyenlere bakışındaki olumsuzluklar eklenmelidir.

En fazla oranda mesleki doyum elde eden sınıf öğretim üyeleridir. Asistanların gelirle ve gelirle ilişkili bütün değişkenlerdeki olumsuz konumlarına, aşırı iş yüklerine ve uzun çalışma sürelerine rağmen mesleklerinden

önemli derecede doyumlu olmaları (%60.8'i "kısmen" doyumlu olsa da) ilginçtir. Bunda herhalde fakülte ortamı gibi gelişmeye daha açık bir işyerinde çalışıyor olmanın ve geleceğe yönelik beklentilerin halen diri bulunmasının etkileri vardır.

E.II.6. HEKİMLERİN SİYASİ TERCİHLERİ

Tablo 26: Antalya'da hekimlerin sınıf konumuna göre siyasi tercihleri (%'ler sütunlara ilişkindir) (N = 278)

	Öğretim Üyesi	(Uzman Kamu Emekçisi ve Burjuva) ile (Pratisyenden Kamu Emekçisi ve Burjuva)	Uzman Burjuva	Uzman Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyenden Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyenden Kamu veya Özel Emekçi	Asistan	Toplam
Liberal	13.6	14.3	36.7	26.7	0	13.0	22.8	18.7
Milliyetçi	2.3	4.8	6.7	6.7	9.1	9.3	7.6	6.5
Maneviyatçı	0	0	3.3	0	0	3.7	1.3	1.4
Sosyalist	11.4	2.4	10.0	13.3	27.3	9.3	8.9	9.4
Sosyal Demokrat	63.2	73.8	43.3	46.7	54.5	51.9	49.4	55.4
Diğer	4.5	4.8	0	6.6	9.1	12.8	10.0	8.6

Öğretim üyelerinde ve kamu bağlantılı burjuva hekimlerde sosyal demokrat görüş hemen tamamen hakimdir. Bunu liberal görüş izlemektedir. Öğretim üyeleri arasında sosyalist görüşün %10'dan fazla bir oranda üçüncü sıraya yerleşmesi dikkat çekicidir. Uzman burjuvalar, emekçi uzmanlar ve asistanlarda sosyal demokrat görüş yarıya yakın oranla yine hakim olsa da, liberal görüş daha dengeli bir dağılımla ikinci sıradadır. Hem kamuda, hem de özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerde sosyalist görüş %30'a yakın bir oranla ikinci sıradadır. Kamuda ya da özel sektörde çalışan emekçi pratisyenlerde ise sosyal demokrat görüşün dışında liberal, milliyetçi ve sosyalist görüşlerin daha dengeli bir dağılım sergilediği görülmektedir. Sosyalist tercihin yok denecek kadar az olduğu grup, beklenmesi gerektiği gibi, kamu bağlantılı burjuva hekimlerdir. Kamu ya da özel sektörde çalışan emekçi pratisyenler de liberal düşünceye sahip olanların bulunmaması ve nihayet milliyetçi görüşlerin genç kuşak hekimlerde diğerlerine göre daha fazla olması da dikkat çekicidir.

E.II.7. HEKİMLERİN ÇEŞİTLİ KONULARDAKİ DEĞERLERİ

Tablo 27: Antalya'da hekimlerin sınıf konumuna göre çeşitli yargılara katılma yüzdeleri (%'ler sütunlara ilişkindir)

Öğretim Üyesi	Uzman Kamu Emekçisi ve Burjuva ile (Pratisyen Kamu Emekçisi ve Burjuva)	Uzman Burjuva	Uzman Kamu veya Özel Emekçi	Pratisyen Kamu ve Özel Emekçi	Pratisyen Kamu veya Özel Emekçi	Asistan	Toplam
Hastaneler özelleştirilmelidir (N=325)							
11.1	23.1	41.2	35.3	14.3	10.6	10.5	17.2
Sağlık alanındaki sorunlar, Türkiye'nin sosyoekonomik ortamı tarafından belirlenmektedir (N=324)							
76.1	59.6	77.1	64.7	78.6	71.6	66.3	69.8
Hekimlerin mesleki, ekonomik sorunları, Türkiye'nin sosyoekonomik ortamı tarafından belirlenmektedir (N=323)							
71.1	55.8	60.6	76.5	69.2	65.7	68.4	65.6
Hekimler mesleki çalışmalar dışında, sosyal ve siyasal çalışmalar içinde de olmalıdır (N=325)							
57.8	53.8	69.7	64.7	64.3	58.2	60.0	59.4
Hekimler kendi çıkarlarından önce, halkın sağlık sorunlarını düşünmelidir (N=323)							
37.8	19.2	23.5	58.8	30.8	39.7	30.9	32.5
Hekimlerin mesleki, ekonomik çıkarları ile hükümetlerin çıkarları çelişir (N=321)							
46.7	46.0	51.5	62.5	69.2	60.3	56.8	53.6
Hekimlerin verimli çalışabilmeleri için katılımcı yönetim yapısı gerekir (N=322)							
86.7	87.8	78.8	87.5	92.3	80.3	80.2	82.0
Hekimler düzenli aralıklarla board sınavına alınmalı ve bunun sonucu özlük haklarına yansımalıdır (N=324)							
73.3	71.2	57.6	58.8	76.9	38.5	56.8	58.0
Yeterli ücret verilir ve çalışma koşulları iyi olursa, hekimler özel sektörde çalışmayı düşünmez (N=325)							
55.6	88.5	64.7	88.2	78.6	70.6	70.5	72.0
Etik sorunların sorumlusu önemli oranda hekimlerdir (N=321)							
24.4	28.8	36.4	23.5	35.7	31.3	19.4	26.8
Hekimler ilaç firmalarından promosyon almamalıdır (N=324)							
48.9	55.8	73.5	70.6	64.3	61.2	44.2	55.6
TTB ve TO hekimlerin ekonomik ve sosyal haklarının geliştirilmesinde başarı olamamışlardır (N=323)							
82.2	84.6	76.5	88.2	35.7	72.7	55.8	70.6
TTB ve TO sağlık politikası alanında başarılı olamamışlardır (N=325)							
62.2	72.6	76.5	64.7	57.1	50.0	45.8	57.8
Türkiye'nin koşullarını gözettiğinde, beklentilerinin gerçekleşeceğini ummuyor (N=319)							
55.6	46.2	45.5	35.3	35.7	29.9	44.0	42.3
Memurlara grevli, toplu sözleşmeli sendika hakkı verilmelidir (N=317)							
73.3	70.6	42.4	64.7	92.3	69.7	79.3	71.0
Düşünce özgürlüğünün sınırı olmamalıdır (N=316)							
53.3	53.1	48.5	47.1	50.0	47.8	53.8	51.3
Kamu İktisadi Teşekkülleri (KİT)'ler özelleştirilmelidir (N=318)							
39.1	46.2	66.7	47.1	38.5	40.3	25.6	39.9
Ne gerekçe ile olursu olsun siyasi partiler kapatılmamalıdır (N=318)							
28.3	24.0	21.2	29.4	38.5	29.9	31.5	28.6
İsteyen herkesin ana dilde yayın yapma hakkı olmalıdır (N=313)							
33.3	27.1	33.3	29.4	38.5	28.8	30.0	31.3
Devlet ekonomik hayattan tümüyle elini çekmelidir (N=318)							
6.7	19.2	27.3	23.5	7.7	11.9	4.3	12.3

Hastanelerin özelleştirilmesini savunanlar uzman burjuvalarla kamu ya da özel sektörde çalışan emekçi uzmanlardır. Genel olarak hastane uzmanları arasında özelleştirme taraftarlarının daha fazla oranda olduğu söylenebilir.

Sosyoekonomik ortamın sağlık alanındaki sorunları belirlemediğine daha fazla oranda inananlar kamu bağlantılı burjuvalardır. Belki de bu grup, yüksek gelir elde etmenin getirdiği refah düzeyinin de etkisiyle, tamamen “kendi yağında kavrulmakta” ve bireysel kurtuluş yolları peşinde bulunmaktadır. Benzer durum hekimlerin mesleki, ekonomik sorunları ile genel sosyoekonomik ortam arasındaki ilişki açısından yapılan değerlendirme için de geçerlidir.

Yukarıdaki yargımızı hekimler ile halk sağlığı sorunları arasındaki ilişkiyi sergileyen sonuçlar da desteklemektedir. Kamu bağlantılı burjuva hekimler, hekimlerin öncelikle halk sağlığını düşünmeleri gerektiğine önemli oranda katılmamaktadır.

Emekçi uzmanlar, emekçi pratisyenler ve asistanlar, kısaca tamamen emekçi karakterli sınıflar hekimlerin ve hükümetlerin çıkarlarının çelişik olduğu kanısındadır. Bu değişken açısından da diğer uçtaki sınıf yine kamu bağlantılı burjuva hekimlerdir.

Bütün hekimler katılımcı yönetim anlayışının yanındadır.

Board sınavından en uzakta duran sınıflar emekçi pratisyenler ile asistanlardır.

Kamu bağlantılı uzman burjuvalar ile emekçi uzman hekimlerin, aslında özel sektörde çalışmak istemedikleri anlaşılmaktadır.

Etik sorunların esas sorumlusunun hekimler olduğu yargısına en az oranda katılanlar asistanlardır.

Hekimlerin ilaç firmalarından promosyon almaması gerektiği düşüncesine en az katılım Fakülte Hastanesindeki hekimler ile kamu bağlantılı burjuva hekimlerdir.

Türkiye koşulları gözetildiğinde beklentilerinin gerçekleşeceğini ummayanlar öğretim üyeleri, kamu bağlantılı burjuva hekimler ve uzman burjuvalar (yani en yüksek gelirli gruplar) arasında daha fazla orandadır. Oysa bu üç grup refah düzeyi en yüksek ve en azından bu bakımdan beklentilerini en fazla oranda gerçekleştirmiş gruplardı.

Uzman burjuvalar memurlara toplu sözleşmeli, grevli sendika hakkı verilmesi düşüncesine en uzak duran gruptur. Öğretim üyeleri, asistanlar ve emekçi pratisyenler KİT’lerin özelleştirilmesine en az oranda destek vermektedir.

Devletin ekonomik hayattan elini çekmesi gerektiği düşüncesi de öğretim üyeleri, asistanlar ve emekçi pratisyenler arasında en az oranda benimsenmektedir. Özel sektörle daha içli dışlı olan uzman hekimlerin ekonomik konularda daha “liberal” bir görüşü benimsediği ortaya çıkmaktadır.

SONUÇLAR

Bu bölümde, daha önceden ortaya çıkan sonuçların bir kısmından, meslek örgütümüzün mücadele stratejisine etkilerini dikkate alarak yeniden söz edeceğiz.

I- Antalya’da hekimler, elde ettikleri gelir bakımından toplumun önemli bir kısmına göre daha avantajlı konumdadır. Toplumun %1’lik gelir dilimleri içindeki yerleri yukarıdan 5. gelir dilimidir. Aynı durum gelirin daha çok geçmişteki durumu hakkında fikir veren servet (ev, arsa, otomobil) göstergeleri için de geçerlidir. Gelir ve servetle ilgili bu “zenginliğin” hekimleri toplumun genelinden önemli derecede ayırtırdığını kabul etmek gerekir.

Öte yandan, bu gerçeğe, önemli derecedeki proleterleşme eğilimi de eşlik etmektedir. Hekimlerin statüsüyle ilgili önemli bir tez, Giriş kısmında da söz ettiğimiz gibi, yıllar içinde ortaya çıkacak proleterleşme eğilimiydi. Buna göre, bir yandan neoliberal politikaların, bir yandan, sağlığa ayrılan kamu fonlarının küçültülmesinin, bir yandan da ilk ikisiyle ilişkili biçimde ortaya çıkan özel sağlık sektörünün etkisiyle, hekimlerin gelirlerinde reel bir azalma ortaya çıkacağı ve bu azalmanın, rekabetin zaman içinde iyiden iyiye kızışacağı özel sağlık hizmetleri piyasasında telafi edilemez bir boyut kazanacağı söyleniyordu. Bu varsayımın, hekimler halen toplumun geneline göre daha üst düzeydeki bir refah seviyesinde yaşıyor olsalar da, önemli derecede gerçekleştiği görülmektedir. Yine bizim verilerimiz, gelirdeki proleterleşme sürecinin önemli kısmının, esas olarak son bir kaç yıl içinde ortaya çıktığını göstermektedir. Ancak proleterleşmenin toplumun geneliyle ekonomik açıdan benzeşmek anlamına gelmediği de ortadadır. Bu gerçek, proleterleşme eğilimine karşın, hekimleri eski refah seviyelerini koruma amaçlı, bireysel (örgütsel değil) reflekslere pekala yönlendirebilir. Nitekim bu tür reflekslerin zeminini hazırlayan başka faktörler de vardır ve bunlardan az sonra söz edilecektir.

Yalnızca kamuda çalışan uzmanlar ise, kamu hastanelerinde, sosyal güvenlik kurumlarının ve hizmeti kullanan halkın üzerine abanmak pahasına gerçekleştirilen döner sermaye uygulamasının etkisiyle ve çeşitli mekanizmalarla elde ettikleri ikinci, hatta üçüncü iş olanakları üzerinden, eski gelir seviyelerini küçük oranda artırmayı başarmışlardır. Ancak bu avantaj daha düşük bir gelir seviyesinde yakalanmıştır.

Proleterleşme eğilimi bütün pratisyen gruplarında uzmanlara göre daha belirgindir. Buna karşılık uzman ve pratisyen grupları kendi içlerinde birbirine benzeşmektedir. Bu gelişmelerin hekim gruplarının tutumunu

değişik biçimlerde etkileyeceği varsayılabilir. Pratisyenlerle uzmanlar arasındaki gelir açısının büyümesi gruplar arası "iletişimsizliği" artırıcı, uzman ve pratisyen gruplarının kendi içlerinde benzeşmesi uzman ve pratisyenlerin kendi içlerindeki dil, talep, kader birliğini artırıcı ve nihayet genel proleterleşme gerçeği bütün hekimlerde ortak hareket etme ve sorunları ortak, sosyoekonomik nitelikli üst belirleyenlere bağlama eğilimini artırıcı etkide bulunabilecektir. Değişik dinamiklerin etkili olacağı böyle bir ortamdan, bütün hekimlerin (ve bu arada tabii ki halk sağlığının) yararına çıktılar elde edebilmenin, meslek örgütünün, tıp ortamındaki sorunların zeminindeki ekonomik-siyasal nesnel gerçekliği öne çıkaran, siyasallaştırıcı tutumu tarafından da belirleneceği açıktır.

2- Üretim araçları karşısındaki nesnel konuma göre tanımlanan sınıf pozisyonu bakımından en emekçi nitelikli hekim grubu asistanlardır. Ancak bu durum asistanlar için tamamen geçicidir. Asistanları pratisyen hekimler izlemektedir. Buna karşılık pratisyenlerde bile %20'den fazla oranda özel sektör bağlantısının bulunması dikkat çekicidir. Kısacası, hekim gruplarının önemli kısmında emekçi kimliği bozan ve hekimlere burjuva sınıf karakterini şu ya da bu ölçüde kazandıran özel iş bağlantıları bulunmaktadır. Bir üst maddede gelir ve servetle ilgili olarak saptanan durumla birlikte, sınıf karakterindeki bu bulanıklık ve sınıf atlama yönündeki olanaklar hekimlerin kendi meslek örgütlerinden, sendikalardan kendileri için umutkar olmalarının önündeki önemli engelleri oluşturmaya devam edecektir. Hekimlerin gelirlerinde ciddi erime ortaya çıksa, neredeyse dörtte üçü gelirlerinin azaldığını belirtse, gelirden tatmin olanların oranı yalnızca %13'te kalsa da, yukarıda tanımlanan nesnel sınıfsal yapı, hekimlerde, birlikte hareket etme, örgütlenme ve örgütlerden bir şeyler bekleyerek, destek olma yönündeki tutum ve davranışları engelleyici olmaya devam edebilecektir. Açıkçası bu, birey olarak kendi içine kapanan bir tutum anlamına gelecektir. Bütün gruplar içinde sınıfsal açıdan en dinamik mücadele potansiyeli taşıyanın pratisyenler olduğu varsayılabilir.

3- Yukarıdaki saptamalara karşın, bir diğer gerçek, hekimler arasında ciddi bir ayrışmanın bulunduğuudur. İster mesleki statüye göre, isterse sınıf pozisyonuna göre değerlendirilsin bu gerçek değişmemektedir. Sınıfsal bir bakışla ele alınırsa, gruplar arasındaki sınıfsal ayrışmanın kökeninin ailenin ve/veya babanın sınıf konumuyla başladığı ve bir sonraki nesilde devam ettiği görülmektedir. Hekimler arasındaki sınıfsal ayrışmanın bir benzeri, bir önceki kuşakta, babaların sınıfsal pozisyonundaki farklılaşma ile ortaya çıkmakta, bu farklılık, hekimlerin okudukları lise ve tıp fakültesine yansımakta ve en nihayet kendi aralarındaki sınıfsal farklılık olarak sürmektedir. Babaları daha üst sınıflara mensup olan hekimler daha iyi liselerde ve tıp fakültelerinde eğitim almakta ve öğretim üyesi veya burjuva karakterli uzmanlar olarak kendi yaşamlarında pozisyon edinmektedir. Eğer

böyleyse, meslek örgütünün mücadele stratejisi içinde, hekim kitlesi içindeki bazı alt gruplara (örneğin pratisyenlere) daha fazla önem vermesi kaçınılmaz görünmektedir. Hekimlerin sınıf konumuna göre ayrıştırılması ve verilerin buna göre analiz edilmesi, özellikle gelir, servet ve gelir ile ilişkili diğer değişkenler ve tatil seçenekleri açısından mevcut farklılıkları, mesleki statü temelinde yapılan ayrıştırmaya göre belirgin biçimde daha net olarak ortaya koymaktadır.

4- Hekimler sağlık alanındaki sorunları değerlendirirken oldukça eklektik bir akıl yürütme tarzına sahiptir. Sağlık politikaları, sağlık alanının en önemli sorunu olarak görülse bile, bunu da belirleyen siyasal ekonomik ortamın önemine oldukça az bir oranda değinilmektedir. Aynı durum Türkiye'nin önemli sorunlarının sıralanışında da geçerlidir.

5- Hekimler bir yandan katılımcı bir yönetim anlayışını benimsemekte, bir yandan da, bununla uyumlu tarzda, Sağlık Bakanlığı, meslek örgütü ve hekimlerin birlikte politika oluşturması gerektiğini belirtmektedirler. Bu tercih meslek örgütüne yüklenen işlev bakımından olumlu olarak nitelenebilir. Öte yandan, politika oluşturma sürecindeki aktörler arasında meslek örgütünün ve hekimlerin ayrı ayrı sokulmuş olması ilginçtir. Anlaşıldığı kadarıyla, hekimler, meslek örgütü ile hekimler arasında bir ayrım koymaktadır. Bu somut veri ve dördüncü maddede belirlenen ideolojik sınırlılıklar, meslek örgütünün (bugünkü hakim çizgisiyle) hekimlerle temasını zorlaştıran faktörlerdir. Bu ortamda meslek örgütünün merkezi organlarının tıp ortamına özgün, yaratıcı, esnek bir siyasallaştırma faaliyetini, halk sağlığı biliminin bütün olanaklarından yararlanarak ısrarla sürdürmesi kaçınılmaz görünmektedir. Bir yandan da, gelirdeki proleterleşme eğilimi, bu stratejinin etkinliğini artırıcı bir işlev görebilir.

6- Siyasal kimlik olarak sosyal demokratlık öne çıkmaktadır. Hekimlerin hükümetle araları açıktır ve hükümetlerin kendi çıkarlarını temsil etmediği inancındadırlar. Öte yandan Türkiye sağlık sektörünün ve hekimlerin mesleki, ekonomik sorunlarının sosyoekonomik ortam tarafından belirlendiği kanısındadırlar. Bütün bunlar meslek örgütünün, insan hakları, eşitlik, parasız sağlık hizmeti gibi politik ilkeler için vereceği mücadelede hekimlerle bütünleşmesi bakımından olumlu bir zemin sunmaktadır. Hekimlerin siyasal görüş olarak sosyalist görüşü benimsemeleri emekçi sınıf kimliğiyle aynı, burjuva sınıf kimliğiyle ters yönde bir ilişki sergilemektedir.

7- Yukarıdaki yargımızı destekleyen diğer veriler hekimlerin mesleki değerler konusundaki düşüncelerinden gelmektedir. Elde ettiğimiz bulgulara göre hekimlerin %58'i bir board sınavına inanmaktadır, yaklaşık yarısı (%43.7) hastanelerin özelleştirilmesine, yarıdan fazlası (%56) promosyona karşıdır ve %72'si (çalışma koşulları ve ücret düzeyi uygun olduğunda)

tam gün kamuda çalışmaya razıdır. Buna karşılık üçte ikisi KİT'lerin kapatılmasına en azından karşı değildir. KİT'lerle ilgili bu tercih, hekimlerin ekonominin diğer sektörleri ile sağlık hizmetlerini birbirinden belirgin biçimde ayırdıklarını, ekonominin diğer alanlarında özelleştirme yanında yer alsalar bile, sağlık için (kimi çekinceleri var olsa da) kabul edilemeyeceğini düşündüklerini göstermektedir. Özelleştirmeye karşı çıkanlar ve devletin ekonomide şu ya da bu ölçüde etkin olması gerektiğini en fazla oranda belirtenler öğretim üyeleri ile emekçi karakterli hekimlerdir.

8- Genel siyasal tercihler açısından değerlendirildiğinde hekimlerin mevcut egemen siyasal paradigma ile önemli derecede uyum içinde oldukları söylenebilir. Örneğin, hekimler, düşünce özgürlüğünden yana olmakla birlikte, siyasi partilerin kapatılabileceğini belirtmekte ve ana dilde yayın yapmayı desteklememektedirler. Kısacası, mesleki ve ekonomik konularda hükümetle ve sistemle arası açılan hekimler, resmi siyasal paradigmanın en önemli başlıklarında sistemle uyumlu bir yönelim içindedirler.

Son saptama olarak şu söylenebilir: Antalya'da hekim kitlesi mesleki ve toplumsal alanlardaki değerlerde (genel olarak) kararsız bir pozisyonadadır. Bunun önemli istisnaları sağlıkta özelleştirme karşıtı tutum ile sağlık sektöründeki sorunların ülkenin sosyoekonomik ortamı tarafından yaratıldığını belirten net düşüncedir. Meslek örgütünün, sağlık ortamındaki sorunların üzerine giderken ve Türkiye'nin ilericileştirilmesi mücadelesine katkı koyarken ucundan tutacağı ipuçları bunlar olacaktır. Bu ipuçlarının ne tür sonuçlara götüreceğini ise hekimlerin mesleki statülerini, sınıfsal konumlarını, gelirlerini ve sınıfsal olarak toplumla aralarındaki mesafeyi etkileyecek nesnel süreçler önemli derecede belirleyecektir. Aynı nesnel süreçler, aynı zamanda, şimdiki siyasal ideolojik çizgisiyle tanımlı meslek örgütü ile hekimler arasındaki mesafe üzerinde de yine aynı derecede etkili olacaktır. Ancak nesnel süreçler konusunda şimdiden varsayılacak şey, önümüzdeki ("yeni"-AkParti hükümetli) dönemde de eskisiyle aynı genel ekonomik politikaların uygulanacağı, bunun etkisiyle de proleterleşme eğiliminin (kimi küçük olumlu dalgalanmalarla birlikte) süreceğidir. Türkiye hekimler açısından da bir yöne doğru gitmektedir. Süreç hekimlerin statü ve sınıf konumları açısından çelişki ve olanaklarla doludur. Buradan nasıl bir şey çıkacağı konusu, meslek örgütünün mesleki, ideolojik, siyasal işlevini daha da önemli kılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Bakır B, Kasapoğlu A, Erdem L (1993) Ankara Merkezde Çalışan Hekimlerin Genel Sağlık Sorunlarına Bakışları, Toplum ve Hekim Dergisi, 1993, Sayı 58: 7-10.
2. Belek İ (1999), Postkapitalist Paradigmalar, Sorun Yayınları, İstanbul.
3. Belek İ (2000), Antalya'nın İki Mahallesinde Sınıfsal Sağlık Eşitsizliklerinin Değişimi, Toplum ve Hekim, 15 (3): 214-222.
4. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN (1997), Smoking Behaviour and Attitudes (Ankara-Turkey), Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, No: 8, Ankara.
5. Bodur S, Tanrıku Z (1998), Sağlık Ocağı Hekimlerinde Mesleki Doyum, 6. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 14-18 Nisan 1998, Adana: 341.
6. Bosma H, Mheen HV, Mackenbach JP 1999 Social class in childhood and general health in adulthood: Questionnaire study of psychological attributes. B M J 318: 18-22.
7. Breen N, Rottman DB (1995), Class Stratification, Biddles Ltd, Great Britain.
8. Callinicos A, Harman C (1994), Değişen İşçi Sınıfı, Z Yayınları, (Çev: O. Akınhay), İstanbul.
9. Capital (2000), İşçinin Yeni Profili, Sayı 4: 100-104.
10. Carchedi G (1975), Reproduction of Social Classes at the Level of Production Relations, Economy and Society, Vol. 4: 362-383.
11. Drucker P (1994), Kapitalist Ötesi Toplum, İnkılap Yayınları, (Çev: B. Çorakç), İstanbul.
12. Edgel S (1993), Class, Routledge Pub, London.
13. Erengin H (1996), Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbidite Sıklığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Uzmanlık Tezi, Antalya.
14. Gürpınar E, Kılıç B, Ergör A (2002), Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin İş Doyumu, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 23-28 Eylül 2002 Diyarbakır: 463-465.

15. Hout M, Brooks C, Manza J (1993), *The Persistence of Classes in Post Industrial Societies*,
16. *International Sociology*: 259-260.
17. Kurçer MA, Şimşek Z, Güneş G ve diğ. (2002), Şanlı Urfa İl Merkezindeki Hastanelerde Hekimlerin Sigara İçme Durumlarına Göre Hastalarına Sigara Bırakturma Konusunda Tutum ve Davranışları, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 23-28 Eylül 2002 Diyarbakır: 809-812.
18. Marx K (1978), *Kapital Cilt 3*, Sol Yayınları, (Çev: A. Bilgi), Ankara.
19. Marx K, Engels F (1991), *Komünist Manifesto*, Sol Yayınları, (Çev: M. Erdost), Ankara.
20. *Medi Magazin* (1999), Piyango Hekime Çıksa, 1-15 Aralık, Sayı 4.
21. Öngen T (1994), *Prometheus'un Sönmeyen Ateşi: Günümüzde İşçi Sınıfı*, Alan Yayın, İstanbul.
22. Power C, Matthews S (1997) *Origins of health inequalities in a national population sample. The Lancet* 350: 1584-1589.
23. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*, Ankara.
24. Sağlık Bakanlığı (2001), *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, Ankara.
25. Toffler A (1981), *Üçüncü Dalga*, Altın Kitaplar, (Çev: A. Seden), İstanbul.
26. *Toplum ve Hekim* (2000), *Türkiye'de Gelirin %1'lik Hanelere Göre Dağılımı*, 15 (6): 478-479.
27. TTB (2002), *Yeni Bin Yılım Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu*, Ankara.
28. Turner B (1997), *Eşitlik*, Dost Kitabevi, (Çev: B. Şener), Ankara.
29. Wright EO (1985), *Classes*, Verso, New York.