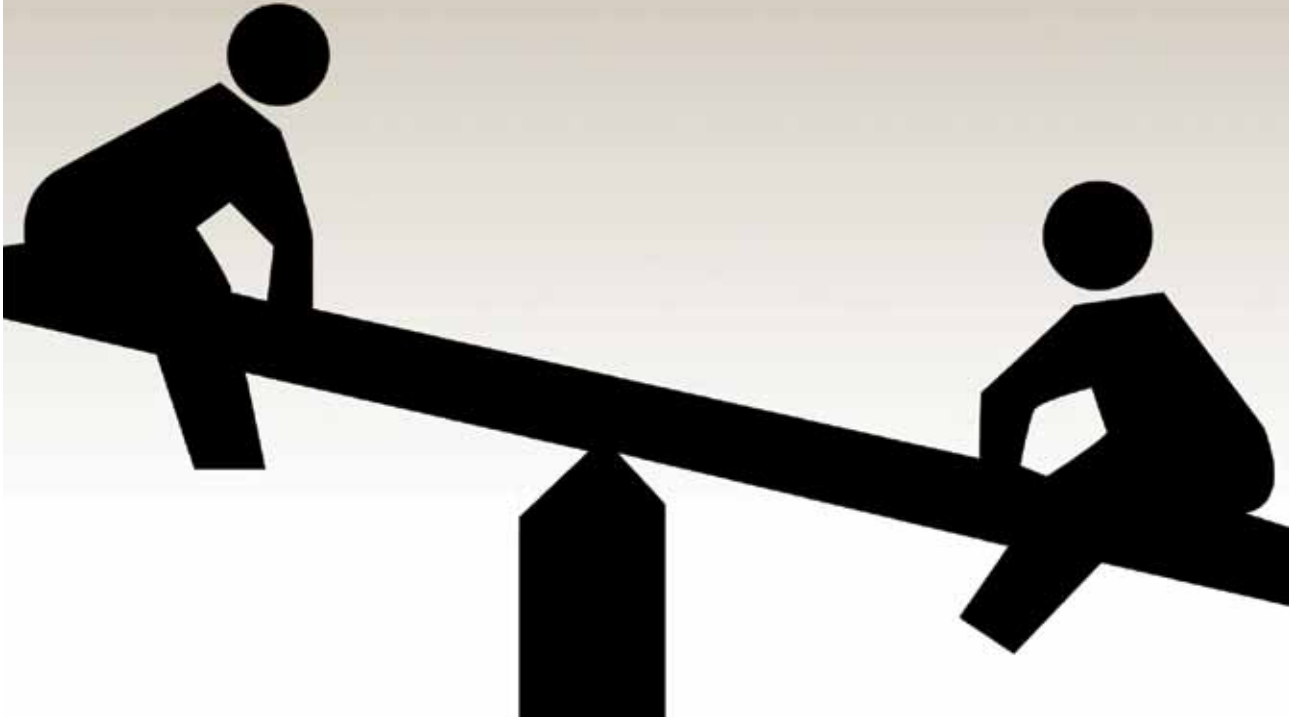




Küresel ve Ulusal Akciğer Sağlığına En Büyük Tehdit Sağlıkta Eşitsizlik

Ali KOCABAŞ

kocabasa@gmail.com



*ah güzel ahmet abim benim
insan yaşadığı yere benzer
o yerin suyuna, o yerin toprağına benzer*

Edip Cansever

İ Sağlıkta eşitsizlik; bireyler ve toplumun değişik kesimleri arasında ekonomik, siyasal, sınıfsal, mesleki, dinsel, kültürel veya benzeri sosyal nedenlerle ve sağlık hizmetlerine ulaşımındaki yetersizlik nedeniyle sağlıkla ilgili önenebilir ve kabul edilemez farklılıklardır (1). Günümüzde Japonya'da veya İsveç'te doğan bir kız çocuğunun 80 yıldan fazla yaşaması beklenirken, Afrika'nın bazı ülkelerinde doğan bir kız çocuğunu ise 45 yıldan az bir yaşam süresi beklemektedir. Aynı ülke içinde yaşayan insanlar arasında da sağlıkta dramatik farklılıklar bulunmaktadır. Tüm ülkelerde tüm gelir düzeylerinde sağlık ve hastalık bir toplumsal yokuşu izler; daha düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanlar daha kötü sağlığa sahiptirler. Nitekim, en düşük ve en yüksek sosyoekonomik gruplar arasında doğumda beklenen yaşam süresi farklılığı erkeklerde 10 yıla, kadınlarda 6 yıla ulaşabilmektedir.

Sağlıktaki bu eşitsizlikler, insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar ve hastalıkla ilgili davranışları nedeniyle ortaya çıkar. İnsanların yaşadığı ve öldüğü koşullar, politik, sosyal ve ekonomik sistemler tarafından belirlenir (2). Sosyal ve ekonomik politikalar, bir çocuğun tüm potansiyeli ile büyüyüp gelişebileceği ve iyi bir hayat süreceğini mi, yoksa onun hayatının kötü mü geçeceğini belirleyen bir etkiye sahiptir. Sağlıkta eşitsizliği azaltmak/ortadan kaldırmak bir etik zorunluluktur. Çünkü insanların ölümünden büyük oranda sosyal adaletsizlik sorumludur.

Toplumlar zenginlik düzeylerine göre sıralandığında, zenginlik düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmezken, eşitlik düzeylerine göre sıralandıklarında, daha eşit toplumların, daha eşitsiz toplumlara göre çok daha sağlıklı oldukları gözlenmektedir (3). Ülkeler,

toplum içindeki eşitlik düzeylerine göre sıralandığında doğuştan yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı gibi göstergeler daha eşit toplumlarda çok iyi iken, eşitsiz toplumlarda oldukça kötüdür. Bu durum bize önemli olanın gelir düzeyi değil, *gelir/zenginlik eşitsizliği* olduğunu göstermektedir. Bir toplumun eşitlik düzeyi, o toplumun en zengin yüzde 20'lik kesiminin en yoksul yüzde 20'sinden ne kadar zengin olduğu ile tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletler verilerine göre Kuzey ülkeleri olarak tanımlanan Finlandiya, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde en zengin yüzde 20'lik dilimle en yoksul yüzde 20'lik dilim arasındaki zenginlik farkı 4 kattan azken, Portekiz ve ABD gibi ülkelerde bu fark 8 kattan fazladır. TÜİK verilerine göre Türkiye'deki fark da 8 kat civarındadır. Toplumun en zenginleri ile en yoksulları arasındaki farkın büyüklüğü, o toplum içindeki gelir dağılımının adaletsizliğini ve eşitsizliğin daha büyük olduğunu göstermektedir (3).

İnsanların ve toplumların sağlık durumu, büyük oranda çok çeşitli belirleyicinin karmaşık etkileşimi tarafından belirlenir. Sağlığın belirleyicileri, çok çeşitli kişisel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörü içerir (Tablo1) (1,2). Sağlığın bu sosyal belirleyicilerinin kombinasyonu ve karşılıklı etkileşimi sonucu, bireylerin ve toplumların sağlık durumlarında farklılıklar oluşur. Sonuçta, bireyler ve değişik toplum kesimleri arasında sağlıkta eşitsizlik ortaya çı-

Bir toplumun sağlığının %15'inin biyoloji ve genetik faktörlere, %10'unun fizik çevreye, %25'inin sağlık hizmetlerinin tedavi edici çalışmalarına, fakat %50'sinin tümüyle sosyal ve ekonomik çevreye bağlı olduğu gösterilmiştir.

kar. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin bir toplumun sağlığına etkisi konusunda birçok çalışma bulunmaktadır (4-6). Bu çalışmalar, toplum sağlığının %15'inin biyoloji ve genetik faktörlere, %10'unun fizik çevreye, %25'inin sağlık hizmetlerinin tedavi edici çalışmalarına, fakat %50'sinin tümüyle sosyal ve ekonomik çevreye bağlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, sağlığın, sağlık hizmetlerinden çok daha fazla ve öte bir şey olduğunu, sağlığın tüm sosyal belirleyicileri arasında sosyo-ekonomik çevrenin sağlığın en önemli belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

Fakat, gerek kamuoyunda, gerekse sağlık görevlileri arasında, sağlığın esas olarak tıp dışı nedenlerle belirlendiği konusunda yeterli farkındalık bulunmamaktadır. Nitekim, günümüzde çoğu hekimin sahip olduğu biyo-medikal tıp anlayışı, hastalıkları bireysel yaşam faktörlerinin sonucu olarak görmekte, sağlık hizmetini hastane bakımı ve ilaç tüketiminden ibaret olduğunu düşünmektedir

Tablo 1. Sağlığın sosyal belirleyicileri

- Erken çocukluk gelişimi
- Eğitim
- İş ve çalışma koşulları
- Gelir ve sosyal statü
- Sosyal çevre
- Fizik çevre
- Sosyal destek ağı
- Yaşam stili, kişisel sağlık pratikleri ve baş etme becerileri
- Cinsiyet, toplumsal cinsiyet
- Kültür
- Nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşım

(Şekil 1). Oysa, toplumcu (biyo-psi-ko-sosyal) tıp anlayışı; hastalığın “bireysel” değil, “toplumsal” bir sorun olduğunu ve hastalıklarla mücadele etmek ve hastaları iyileştirmenin toplumun yükümlülüğünde olduğunu, bir bireyin hasta olmasını o bireyin “kusuru” değil, toplumun başarısızlığı olduğunu ve sağlık sorunlarının çözümün bireysel değil toplumsal olmak zorunda olduğunu kabul eder.

Son yıllarda sağlıkta eşitsizlik konusu büyük ilgi çekmektedir. Çünkü, ABD’de sağlıkta eşitsizlik ve erken ölümlerin maliyetinin 2003-2006 yılları arasında 1.24 trilyon dolar olduğu Avrupa Birliği’nde ise sağlıkta eşitsizlikle ilişkili kayıpların 1.000 milyar Euro olduğu tahmin edilmektedir (7). Son 200 yıldır serbest pazar ekonomisi ile giderek artan, fakat 1970’li yıllardan sonra neoliberal politikalar nedeniyle büyük ivme kazanan sağlıkta eşitsizlik sorunu, mevcut ekonomik ve politik sistem üzerinde büyük bir yük oluşturmakta ve sistem kendi varlığını tehdit eden bu gelişmeyi varlığını zarar vermeden aşmaya çalışmaktadır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bünyesinde 2005’de oluşturulan “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu”, sağlıkta eşitliği teşvik için neler yapılabilir ve buna ulaşmak için küresel bir hareket nasıl hızlandırılabilir sorularına yanıt aramaktadır (2). Komisyon, Dünya Sağlık Örgütü ve tüm hükümetlere çağrıda bulunarak, sağlıkta eşitliğe ulaşmak için sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde küresel eylemde bulunmak konusunda kendilerinin önderlik etmelerini istemektedir. Buna ek olarak, sivil toplumun ve yerel hareketlerin bu çabaları ivmelendirmesi beklenmektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlik

Bir ülkede gelir dağılımındaki eşitsizliğin bir ölçütü olan Gini katsayısı, adaletli dağılımda 0’a, adaletsizlik arttıkça da 1’e doğru yaklaşır. OECD’nin 33 üye ülkesinde Gini katsayısı ortalaması 0.31 iken, bu oran 2012 yılında Türkiye’de 0.40 düzeyindedir ve son birkaç yıldır da

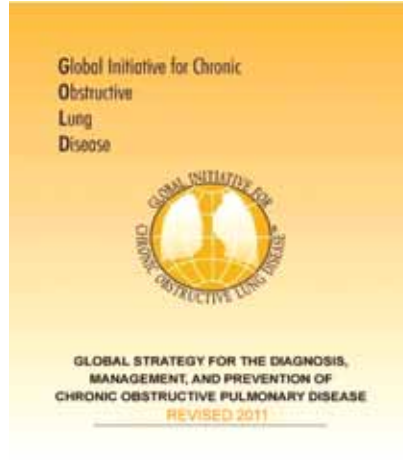
değişmemektedir. Bu oranla Türkiye, Meksika’dan sonra gelir dağılımının en kötü olduğu ülke özelliği göstermektedir. TÜİK verilerine göre Türkiye’de 2012 yılında en zengin %20’lik grupta, en yoksul %20’lik grup arasındaki gelir farkı 8 katdır. En zengin %20’lik grubun ülke gelirinden aldığı pay %46.6 iken, en düşük gelire sahip %20’lik grubun aldığı pay ise %5.9 dur (8).

Diyarbakır il merkezinde bulunan 17 aile hekimine kayıtlı 50 yaş üzeri 12 bin bireyde kronik hastalık sıklığı ve nedenlerini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, birçok kronik hastalığın (HT, diyabet, kemik hastalıkları) kötü ekonomik duruma ve düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda daha yaygın olduğu bildirilmiştir (9). Bunlara ek olarak, uzman he-

kimlerin bölgelere göre dağılımlarındaki farklılıklar, doğum öncesi tıbbi bakım alma, 1-2 yaş grubu çocukların aşılması yönünden kent-kır ve doğu-batı bölge farklılıklarının varlığı, Türkiye’de sağlıkta eşitsizliğin önemli boyutlarda olduğunu düşündürmektedir.

Akciğer Sağlığı ve Sağlıkta Eşitsizlik

Akciğer hastalıkları küresel morbidite ve mortalitenin ana nedenlerinden biridir. En yaygın görülen akciğer hastalıklarının (akciğer kanseri, KOAH, tüberküloz, astım ve akut solunumsal enfeksiyonlar) temel nedenleri büyük oranda dışsal/çevresel nedenlerdir (tütün, iç ve dış hava kirliliği ve mesleki maruziyetler). O nedenle, bu hastalıklar çok ciddi boyutlarda önlenbilir hastalıklardır (10).



Şekil 1. Biyo-medikal veya biyo-mekanik tıp anlayışının tipik örneği olarak tanı-tedavi rehberleri. Sağlığın sosyal belirleyicilerini, yoksulluk ve sağlıkta eşitsizliği görmeden küresel tanı ve tedavi rehberleri ne işe yarar?

Sağlıkta eşitsizliği iyileştirmek için Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri şunlardır:

- İnsanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı ve yaşlandığı günlük yaşam koşullarını iyileştirmek
- Gündelik yaşam koşullarının yapısal nedeni olan, gücün, paranın ve kaynakların eşitsiz dağılımını, küresel, ulusal ve yerel düzeyde durdurmak
- Sorunun boyutlarını ölçmek, değerlendirmek, konu ile ilgili bilgiyi genişletmek, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda eğitilmiş bir insan gücü oluşturmak ve sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda kamuoyu farkındalığını artırmak

Sağlıkta eşitsizlik, solunum sistemi hastalıklarında, diğer sistem hastalıklarına göre daha yaygındır. Bunun da nedeni, farklı toplumsal grupların yaşadıkları çevrelerdeki farklılıklar ve çevrenin solunum üzerine etkisidir. En düşük sosyal grupların, en yüksek sosyal gruplara göre, 14 kat fazla solunum sistemi hastalığına sahip olduğu bildirilmiştir (7). Tütün dumanı, iç ve dış hava kirliliği, çevresel maruziyetler ve mesleki tehlikeler diğer organlara göre akciğerleri daha çok etkilemekte ve etnik azınlıklar ve düşük sosyoekonomik durumda bulunanlarda eşitsizliğe yol açmaktadır (Şekil 2).

kirliliğine maruziyet artışı, kötü beslenme durumu, sağlık hizmetleri ve ilaçlara yetersiz ulaşım ve tedaviye daha düşük uyum ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (11). Benzer şekilde, yaygın akciğer hastalıklarının tümü zengin kesimlere göre yoksul kesimlerde 10-15 kat fazla görülmektedir.

Akciğer Hastalıklarına İkincil Küresel Yükü Azaltmada Yeni bir Paradigma

Son 30-40 yıl içinde bu hastalıkların hücrel, moleküler ve genetik temellerini aydınlatmak için büyük zaman, emek ve para harcanmış ve

de aynı gerçek söz konusudur. Akut solunumsal enfeksiyonlar için aşı geliştirmede daha iyi ilerleme varken antibakteriyal ve antiviral ürün gelişimi ileri derecede yavaşlamıştır. Akciğer kanseri için son zamanlarda birçok yeni kemoterapötik ilaç geliştirilmişse de, bu hastalıkta sağ kalım süresinde anlamlı bir iyileşme sağlanamamıştır. Akciğer hastalıklarında heyecan verici ve yeni, fakat pahalı bu tedavi yaklaşımlarının solunum sistemi hastalıklarına ikincil küresel yükte kısa ve orta vadede önemli bir azalma sağlaması olası görünmemektedir. O nedenle, yeni bir paradigmaya gereksinim bulunmaktadır.



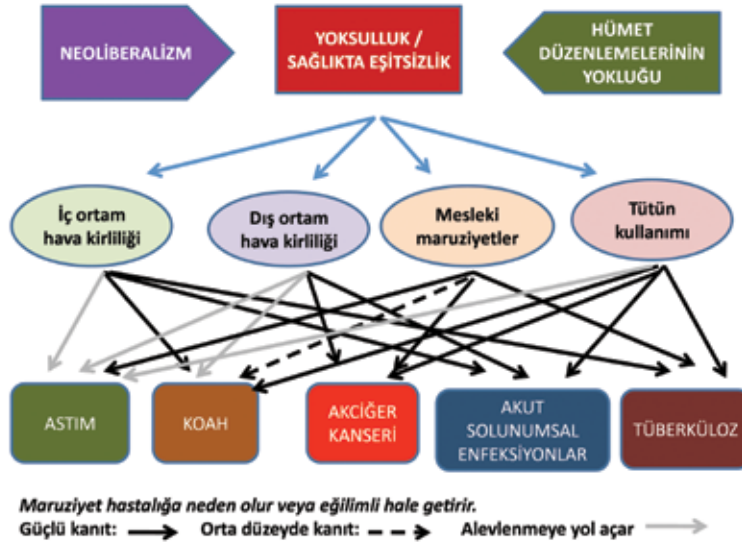
Şekil 2. Yoksulluktan kronik hastalıklara

Sağlığın sosyal, davranışsal ve çevresel belirleyicileri, sağlık hizmetlerinin niteliği ve sağlık hizmetlerine ulaşımından çok daha büyük oranda sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Bu sosyal ve çevresel faktörler sağlıkla ilgili davranışları (örneğin tütün kullanma, tedaviye uyum ve sağlık kuruluşlarına başvuru) etkileyerek ve fizyolojik süreçlerin etkilerini değiştirerek (örneğin hava kirliliği) solunum hastalıklarının gelişiminde önemli rol oynarlar. Nitekim, yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik durumun pasif sigara içimi, kötü barınma koşulları, hava

patogenezleri konusunda büyük bilgi birikimi sağlanmıştır. Bu süreçte bazı heyecan verici yeni tedavi yaklaşımları geliştirilmiş olmasına rağmen bu yaklaşımların çok pahalı olması, dünya nüfusunun büyük kısmının bu gelişmelerden yararlanmasını engellemiştir (12). Bronkodilatör ve inhale steroidlere dayalı astım ve KOAH tedavileri 30 yıldır kullanılmaktadır. Son 40 yıl içinde tüberküloz tedavisi için sadece bir yeni sınıf ilaç ABD'de kullanıma girmiştir, fakat bu ilacın (bedaquiline) kullanım endikasyonları oldukça kısıtlıdır. Son zamanlarda Avrupa'da onaylanan delamanid için

Her ne kadar akciğer hastalıkları farklı patogenezlere -kanser, inflamasyon, enfeksiyon ve immün düzenleme bozukluğu- sahip olsa da, bu hastalıkların temel nedenleri, büyük oranda insan vücudunun dışında, önlenemez çevresel maruziyetlerdir. Bu nedenler, yaygın akciğer hastalıklarının büyük kısmından sorumludur ve bunların herhangi birinde değişiklik yapmak, tüm bu hastalıkların küresel yükünde anlamlı iyileşmeye yol açabilir. New York şehri gibi şehirlerde uygulanan yoğun tütün karşıtı önlemler, sigara içme oranında %14 azalma sağlamış ve bu durum akciğer kanseri ve KOAH'da bugün kullanılan tedavi yaklaşımlarından çok daha yüksek oranda ölümleri önleyecektir. Tütün kontrolünde kullanılan yaklaşım hava kirliliği ve mesleki maruziyetler için de kullanılabilir.

Tüm dünyada akciğer hastalıklarının temel nedenlerini azaltmak veya ortadan kaldırmak o kadar kolay değildir. Çünkü bu hastalıklar büyük oranda yoksulluktan (örneğin temiz yakıtlara ulaşamamak, pişirmede etkili sobalara sahip olmamak) ve etkili hükümet politikalarının yokluğundan (sağlıkta eşitsizliği önleme, işçi güvenliği, tütün ürünlerinin satışı vb) veya bu ikisinin kombinasyonundan kaynaklanmaktadır. Ana sorun, hükümetlerin büyük şirketlerin ticari çıkarlarından mı, yoksa vatandaşlarının sağlığından mı yana tavır alacağı ile ilgilidir.



Şekil 3. Dünyada önde gelen beş akciğer hastalığı ve onların temel nedenleri

Dünyanın en büyük yedi uluslararası solunum derneğinin oluşturduğu forum olan FIRS (Forum of International Respiratory Societies) tarafından önerilen yeni paradigmanın değiştirilmiş hali Şekil 3'de gösterilmiştir (12). Fakat, gerek Dünya Bankası ve gerekse Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerinde de görüldüğü gibi, FIRS'ın önerisinde de tüm bu sorunun temelinde bulunan serbest pazar ekonomisine ve neoliberalizme yönelik bir ifadeye yer verilmiş olması dikkat çekicidir.

Hekim örgütleri Ne yapmalı

Son günlerde Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Solunum Derneği (ERS) sağlıkta eşitsizlik ko-

nusunda ortak politikalarını yayınlamışlar ve bu konuda örgütlerinin yapabilecekleri konusunda bir seri tartışmayı yürütmektedirler (Şekil 4) (7,13). FIRS'ın da dahil olduğu bu tartışmalar, hep sorunun temelindeki sosyo-ekonomik politikaları ihmal ederek yürütülmektedir.

Bir toplumda sağlıkta eşitsizliği gidermede bir çok yöntem önerilmiştir. Bunlar; bireysel düzeyde davranış değişikliği yaratmak (sigarayı bırakma çalışmaları), sağlık hizmeti kullanımını artırmak (İngiliz Sağlık Sistemi) ve refah sistemi yaratmak şeklinde özetlenebilir. Bunların içinde en etkin yaklaşım sonucudur.

Türk Toraks Derneğinin ülkemiz koşullarını ve temel doğruları dikkate alan sağlıkta eşitsizlik politikasını ve eylem planını belirlemesi ve dünyada eksik yürütülen bu tartışmaları doğru bir çizgiye getirmede müdahil olması beklenmektedir (14).

1. Hekim örgütleri, kendi içlerinde ve diğer sivil toplum örgütleri ile birlikte "Sağlıkta Eşitsizlik" komisyonları oluşturmalı ve bu konudaki politikaları ve eylem planlarını oluşturmalıdırlar.
2. Kamuoyu ve hekimler arasında farkındalık yaratılmalı, bu konuda donanımlı hekimler yetiştirmelidir.
3. Hükümetin sağlıkta eşitsizliği iyileştirmek konusunda bir politika geliştirmesi ve gerekli önlemler alması teşvik edilmeli, bu konuda kamuoyu baskısı oluşturulmalıdır.
4. Sağlıkta eşitsizlik konusunda mevcut durum tespiti yapılmalı, bu konuda araştırmalar planlanmalı ve sorun yakından izlenmelidir.



Şekil 4. Sağlıkta eşitliği sağlamak amacıyla ATS tarafından önerilen yaklaşım

Kaynaklar

1. Kılıç B. Sağlıkta eşitsizlikler. In: Kocabaş A (Edit): Göğüs Hastalıklarında Son Gelişmeler. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara 2014, sah: 569-574

2. World Health Organization. Commission on Social Determinant of Health. Closing the gap in a generation. Geneva 2008
3. Akalın A. Yoksulluk değil eşitsizlik hasta ediyor. <http://satobel.blogspot.ch/2013/12/yoksulluk-degil-esitsizlik-hasta-ediyor.html>
4. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs 2012;21:78-93.
5. Canadian Institute of Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch. AB/NWT 2002, quoted in Kuznetsova, D. (2012) Healthy places: Councils leading on public health. London: New Local Government Network. Available from New Local Government Network website
6. Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. The role of medical care in determining health: Creating an inventory of benefits. In, Society and Health ed Amick III et al. New York: Oxford University Press. 1995. pp.305-341
7. Schraufnagel DE, Slasi F, Kraft M, et al. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society policy statement: disparities in respiratory health. Eur Respir J 2013;42:906-15.
8. TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2012. TÜİK Haber Bülteni . 2013. Sayı: 13594
9. Kılınç Z, Gördük MN, Kolsuz S, Saka G. 50 yaş üzeri bireylerde kronik hastalıkların yaygınlığının değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Antalya, 2013. Sayfa: 626
10. Ferko T, Schraufnagel D. The global burden of respiratory disease. Annals ATS 2014; 11: 404-406
11. Thakur N, McGarry ME, Oh S, et al. An ATS perspective: The LUNG-CORPS' approach to reducing health disparities in respiratory diseases. Annals ATS 2014; 3 April (e-pub ahead)
12. Schluger NW, Koppaka R. Lung disease in a global context. A call for public health action. Annals ATS 2014; 11: 407-416
13. Celedon JC, Roman J, Schraufnagel D, et al. Respiratory health equity in the United States: The American Thoracic Society Perspective. Annals ATS 2014, 13 March (e-pub ahead)
14. Kocabas A, Atuş B, Çöplü L, et al. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu (2014). Turkish Thoracic Journal 2014; 15: S1-S76

Ali KOCABAŞ - Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Adana



I Sağlığın Değişen Yüzü

I Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN Levent AKYILDIZ I

tgonc@anadolu.edu.tr

leventyildiz@hotmail.com



I Günümüzde hekimlerin pek çok sorunla baş etmek zorunda kaldığını ve bir meslek grubu olarak şimdiye kadarki en zor zamanlarını geçirdiğini söylemek sanırım yanlış olmaz. Hekimlik statüsünün zayıfladığı yönündeki algılar, meslekî aidiyet duygusunun zayıflaması, hekime yönelik şiddet, özlük hakları ile ilgili sorunlar, sözleşmeli çalışma koşulları, performans kriterleri gibi hekimlerin performansını ancak niceliksel açıdan ölçebilecek uygulamalar bu sorunlardan bazıları. Üstelik işgücü piyasasındaki hekim sayısı artsa da hekimlerin bu gibi sorunlarla baş etme gücü önceki dönemlere oranla azalıyor. Bu sorunların sağlığı metalaştıran, sağlık sistemini ticarileştiren sağlık politikalarının ve genel olarak ekonomi politikalarının sonucu olduğunu söylemek malumun ilanı olur. Bu sorunları, bu politika-

ları da içeren ancak bununla sınırlı kalmayan, bir meslek olarak hekimliğin ve bir toplumsal kurum olarak tıbbın gelişimini de içeren bütüncül bir bakış açısıyla görmek daha etkili olabilir. Belki de meseleyi ortaya koymalı, hekimlerin bugün pek çok sorunu var ve bu sorunları çözümünün de içerecek bir değişim istiyorlar. Peki, durum önceden nasıldı ve neden değişti? Bu yazıda meslek açısından köşe taşı niteliğindeki temel tarihsel ve toplumsal değişimlerle birlikte tıbbın siyasal iktidarla olan ilişkisinin, hastalığa ve hastaya yaklaşımının ve hekimin pozisyonunun nasıl değiştiğinin izini sürmeye çalışacağız.

Bir toplumsal kurum olarak tıbbın devletle arasındaki ilişki sıklıkla değinilen bir ilişkidir. Ancak geleneksel toplumda, yani 19. yüzyıl öncesinde

tıbbın siyasal iktidarla kurumsal bir ilişkisi henüz yoktu. Bu dönemde hekimler üretim araçlarına ve üretim sürecinin kontrolüne sahip özerk zanaatkar olarak çalışıyorlardı. Kullandıkları araç gereçler ve mekânlar kendilerine aitti, teşhis ve tedavi konusunda kendilerini herhangi bir açıdan sınırlandıran bir bürokrasiye bağlı değildiler, özerktirler. Bürokrasiye bağlı değildiler çünkü modern anlamda hastaneler henüz ortaya çıkmamış ve sosyal sigortacılık anlayışı da henüz gelişmemişti. Bu durum yoksul kitlelerin sağlık hizmetlerinden faydalanamamasına, hekimlerin de sağlık hizmetlerini ancak ücretlerini ödeyebilecek küçük ve zengin bir hasta kitlesine ulaştırmasına neden olmaktadır. Hastalar ve hekimler genellikle aynı toplumsal sınıfların üyesiydiler ve bu durum hasta hekim-ilişkisine de yansıyor.